



Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación

**Título del documento: El rol del comunicador : aportes y antecedentes en comunicación y salud :
Ministerio de Salud de la Nación, 1996-1999**

Autores (en el caso de tesis y directores):

Cynthia Gisela Slamovits

Diego Jaimes, tutor

Ianina Lois, co-tutora

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2016

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





Universidad de Buenos Aires

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Ciencias de la Comunicación Social

El rol del comunicador

Aportes y antecedentes en Comunicación y Salud.

Ministerio de Salud de la Nación.

-1996-1999-

Tesina de grado

Tesista:

Cynthia Gisela Slamovits

DNI. 21.114.572

Móvil: 15.6497.8052

e-mail: cynthia.slamovits@gmail.com

Tutores:

Diego Jaimes

Ianina Lois

Año 2016

Capítulo 1 – Introducción

1.-Presentación	1
2.-Objetivos	3
3.-Universo de análisis	4
A. Delimitación del problema	4
B. Producción de materiales sobre inmunizaciones	6
C. Producción de materiales sobre dengue	7
4.-Metodología	7
A. Autoetnografía institucional	10
B. Consulta de documentos personales	11
C. Análisis de materiales educativos de promoción de la salud	12
D. Consulta bibliográfica	15
E. Anexos: Documentación de época	15
5.-Breve panorama comunicacional hacia 1996	16
A. ¿Las TIC?	16
B. Recursos, Recursos Humanos y Comunicación	16
C. Sobre el modelo de comunicación y salud	18
6.-Estado del Arte	20

Capítulo 2 – Descripción de la experiencia

1.-El inicio:

<i>El Ministerio, la comunicación y los recursos comunicacionales</i>	29
A.-Inquietudes de comunicación	30
B.-El enfoque de trabajo	31
C.-Prensa	32
D.-Internet	33
E.-Estructura de la Subsecretaría – Organigrama	35

2.-Marchas y contramarchas:

<i>Los materiales educativos sanitarios</i>	38
A.-Materiales previos a 1996	39
B.-Equipos de trabajo	43
C.-Materiales producidos	47
D.-Prensa de la Subsecretaría.....	54

Capítulo 3 - Marco teórico

Introducción	59
1.-El Estado en los años noventa	60
2.-Comunicación y Políticas Públicas	61
3.-Comunicación, Salud y Políticas Públicas	64
A.-Los fenómenos de poder	68
B.-Los fenómenos grupales	70
4.-Producción comunicacional	72
A.- Materiales educativos	72

Capítulo 4 – Análisis de la experiencia

Introducción	83
1.-Los materiales educativos sanitarios	86
A.-Análisis de materiales previos a 1996.....	86
B.-Análisis de los materiales producidos (1996-1999).....	88
C.-Dos casos: Inmunizaciones y Dengue	90
2.-Representaciones del comunicador y la comunicación	96
3.-Sobre la época y la comunicación	99
4.-Sobre la estrategia inicial	100
5.-Sobre el final de la experiencia	103

Capítulo 5 – Conclusiones

1.-Inclusión del destinatario ————— **107**

2.-Obstáculos ————— **108**

3.-Aportes y desafíos ————— **109**

Bibliografía ————— **113**

Anexos ————— **117**

Capítulo 1

Introducción

1.-Presentación

La tesina se constituye como informe de investigación y aborda la construcción del **“rol del comunicador”** en el **ámbito de las políticas públicas**, específicamente en el Ministerio de Salud de la Nación¹ entre 1996 y 1999 (en adelante MS).

En esos años, todavía era incipiente la participación de profesionales de la comunicación en las áreas de salud y en el Estado. El MS no era ajeno a esta realidad y hacia 1996 no dispone de un equipo o área de comunicación. Se investiga un período que podría denominarse “inicial” respecto de la conformación del campo profesional de la comunicación y de la inserción laboral de los comunicadores estudiantes y egresados de la carrera.

En el contexto de esos años, en la Subsecretaría de Salud Comunitaria (en adelante “la Subsecretaría”), surgen inquietudes sobre la producción de *“mensajes de salud entendibles y accesibles para los destinatarios”*² y se posibilita la conformación de un Área de Comunicación. El desarrollo de la tesina presenta y analiza algunas de las intervenciones en comunicación desarrolladas por la Subsecretaría que, según se ha registrado, formaron parte de las primeras experiencias de comunicación en salud de este Ministerio durante la década de los noventa. Esta Subsecretaría³ tuvo bajo su esfera los

1 Organismo del Estado Nacional que asiste a la Presidencia e interviene en todo lo referido a la salud de la población y a la promoción de conductas saludables en la comunidad.

2 ENTREVISTA la Dra. Dora Vilar de Saráchaga, Subsecretaria de Salud Comunitaria en el período 1991-1999. La entrevista es de 1996.

3 La Subsecretaría cambió de nombre a lo largo de su período de gestión (1991-1999), alternó entre “Salud Comunitaria” y “Atención Comunitaria”. Para simplificar, en este trabajo se apelará al nombre “Subsecretaría de Salud Comunitaria”.

programas de salud materno infantil, de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, de promoción y protección de la salud y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Dr. Carlos Malbrán”.

El presente trabajo indaga sobre el rol del comunicador en el ámbito de las políticas públicas del sector salud, sus intervenciones y aportes. Pregunta por el imaginario existente sobre el rol del comunicador, sobre la salud y cómo esas representaciones operan en la organización y sus actores. A partir de estas preguntas se reflexiona sobre las posibilidades y limitaciones observadas en el quehacer profesional.

El período analizado se circunscribe a esas primeras experiencias del Área de Comunicación en la Subsecretaría desarrolladas entre 1996 y diciembre de 1999, fecha en que se produce el cambio de gobierno y el consecuente recambio de recursos humanos de la gestión precedente.⁴

Se trata, entonces, de historizar para reconstruir parte de esa memoria que permita continuar pensando el campo de la comunicación y la salud y el quehacer profesional de los comunicadores.

4 Entre 1995 y 1999 la tesista, estudiante de la Carrera de Ciencias de la Comunicación, se desempeñó como asistente técnico del Proyecto “Salud de la mujer y su familia” y como consultora para los temas de comunicación en la Subsecretaría de referencia.

2.-Objetivos

General

- Analizar cómo se construyó el rol del comunicador en el ámbito de las políticas públicas del Ministerio de Salud de la Nación (1996-1999) indagando algunas de las intervenciones de comunicación en salud realizadas desde la Subsecretaría de Salud Comunitaria.

Específicos

- Describir y analizar cómo fue el quehacer profesional, en tiempos donde no existía un área de comunicación, indagando el proceso de producción de los materiales gráficos sobre inmunizaciones y de prevención del dengue.
- Evaluar posibilidades y restricciones que se presentaron en el proceso.

De manera tangencial, se pretende reconstruir relatos relacionados al desarrollo del campo de la comunicación en un momento histórico determinado y aportar datos sobre la experiencia de intervención desde la comunicación en el ámbito del Estado Nacional.

3.-Universo de análisis

El recorte analítico se realiza sobre algunas de las iniciativas y acciones que se impulsaron desde el área de Comunicación de la Subsecretaría de Salud Comunitaria entre los años mencionados, que permitan dar cuenta de la construcción del rol del comunicador en el ámbito de las políticas públicas del sector.

Se incluyen las acciones realizadas en conjunto con las áreas dependientes de la Subsecretaría y se dejan fuera del análisis las del área de Prensa del Ministerio.

Las iniciativas que forman parte del análisis son⁵:

- producción de materiales sobre inmunizaciones
- producción de materiales de prevención del dengue

A. Delimitación del problema

Para la descripción y análisis del rol del comunicador en el ámbito de las políticas públicas del sector salud se recuperan algunos relatos surgidos a partir de **dos casos particulares (inmunizaciones y prevención del dengue)**. Se identifican posibilidades y restricciones a partir de las intervenciones del comunicador social, tanto en la producción de materiales gráficos como en la conformación de equipos de trabajo, de manera de relevar y conocer parte de la experiencia de intervención desde la comunicación.

5 Estas iniciativas se profundizan en el **Capítulo 4**. Dos casos: inmunizaciones y dengue y se adjunta el material producido en la sección **Anexos**.

La línea de trabajo para arribar al objetivo aludido se organiza a partir de las siguientes preguntas:

- ¿Cómo son las características de la ÉPOCA en relación al rol profesional del comunicador?
- ¿Qué características presenta el ÁMBITO del Ministerio de Salud en relación al rol del comunicador?
- ¿Qué necesidades y representaciones de la comunicación se manifiestan en el momento de la intervención realizada?
- ¿Qué se puede hacer, cómo, con quiénes?

Se busca

- Reseñar algunos aspectos sobresalientes sobre la época histórica y el ámbito particular de las políticas públicas del sector salud, vinculados al quehacer profesional del comunicador.
- Señalar las principales controversias suscitadas a partir del tratamiento “profesional” de los temas de comunicación en la organización.
- Discutir y analizar algunos desafíos que surjan de lo investigado.

B. Producción de materiales sobre inmunizaciones

Una de las funciones de la Subsecretaría de Salud es la de responder a través de licitaciones públicas de material impreso, a las necesidades de difusión de información que contribuyen con la promoción de la salud de la población.

A partir de la conformación del área de Comunicación una de las primeras observaciones que se realizan está vinculada a los bajos índices de vacunación infantil.

Al mismo tiempo, en reuniones con el Depto. de Inmunizaciones se comprueba que el abastecimiento de vacunas en todo el país es satisfactorio, como así también las condiciones del transporte de las vacunas, la conservación de la cadena de frío y demás requerimientos que el traslado de vacunas precisa.

Dado este panorama, se plantea el interrogante sobre el por qué de la baja tasa de vacunación a la vez que se culpabiliza a las “madres de los niños” de esta omisión.

Desde la perspectiva de la comunicación se pone en evidencia no solo que la información básica sobre el tema no llega a la población interesada, sino que no hay “información básica disponible”. Esta perspectiva no es tenida en cuenta por el área y a partir de la intervención de los comunicadores se considera la producción de materiales educativos para abordar la problemática de la baja tasa de vacunación.

El resultado del trabajo entre las áreas de Comunicación e Inmunizaciones es la producción y distribución del Calendario Nacional de Vacunación actualizado y una Cartilla educativa para padres, madres y agentes sanitarios. El material impreso fue presentado en una Jornada Nacional de Inmunizaciones con una anécdota a escala nacional que permite aclarar e instalar el rol del comunicador.

C. Producción de materiales sobre dengue

Para fines de 1997 aumenta la preocupación por el inminente arribo del dengue a la Argentina. Brasil, Paraguay y Bolivia tienen casos reportados. Si bien en el país se registra la presencia del mosquito transmisor de la enfermedad, no se registran casos.

Las áreas de Comunicación y Epidemiología ya tienen antecedentes de trabajo en conjunto, el área de Comunicación participa de reuniones, da seguimiento a inquietudes de Epidemiología y proporcionaba alternativas de trabajo concretas.

Se realizan varios materiales gráficos con objetivos preventivos para generar conciencia en la población y ofrecer procedimientos sencillos para evitar la presencia del mosquito. Es la primera vez que se logra actuar anticipadamente en la prevención, según lo relatan los profesionales del área. En 1998 se reportan los primeros casos. Esta situación motiva la realización de otros materiales educativos con objetivos diferentes del primero.

4.-Metodología

“A lo largo de la historia de la humanidad el hombre se ha preocupado por conocer la realidad social y hacerle desvelar sus secretos.”

Pérez Serrano. 1994.-

La investigación propone acercarse a las primeras experiencias de comunicación en el ámbito de las políticas públicas de salud en el Estado Nacional de manera de poner en disponibilidad cierta información que permita pensar, reinterpretar, transformar el todavía joven campo de la comunicación y su desarrollo. Propone definir y redefinir las acciones de comunicación tendientes a contribuir con la calidad de vida de la población y los roles y funciones del comunicador en cuanto a los aportes que pueda acercar a la cultura organizacional de la administración pública. No se trata de arribar a un conocimiento

neutral, rigurosamente objetivo e invariante ni pretender una mirada o un análisis unívocos; se admite que forman parte del conocimiento de la realidad las múltiples miradas sobre un mismo objeto, las sucesivas reinterpretaciones y la polifonía de análisis.

En tanto acercamiento a una realidad dada es necesario disponer de una metodología acorde al conocimiento al que se pretende arribar. Según Taylor y Bogdam, metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas (1986). En la actualidad es aceptado que la complejidad de los fenómenos sociales no puede ser abordada únicamente por los tradicionales métodos de investigación positivistas. Este enfoque toma el modelo de conocimiento de las ciencias naturales y físicas y lo traslada al campo de lo social. Se apoya en la medición, cuantificación y tratamiento estadístico de los fenómenos observables de manera de establecer regularidades y generalizaciones. Se comprende que la complejidad surgida de la realidad social presenta matices que no pueden ser explicados ni abordados únicamente por este enfoque cuantitativo, es así que el presente trabajo requerirá echar mano del enfoque cualitativo.

Dado que la investigación aborda cuestiones de tipo descriptivo/interpretativas que surgen de las prácticas de la unidad social investigada (Rodríguez Gómez, Gil Flores & García Jiménez, 1999) la mirada **sobre la experiencia de intervención en comunicación** se apoya en la metodología cualitativa, inscripta en la tradición del **paradigma hermenéutico o interpretativo**.

Tal como lo propone Vasilachis de Gialdino, “*el paradigma interpretativo está en vías de consolidación y su supuesto básico es la necesidad de comprensión del sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los participantes.*” (1993: 43)

El paradigma interpretativo procura tener una comprensión de aquello que existe y pone énfasis en el involucramiento del investigador-comunicador con aquello que está

conociendo. No se trata de obtener un conocimiento objetivo sino un conocimiento que le permita al investigador-comunicador entender lo que está pasando con su objeto de estudio a partir de realizar sucesivas interpretaciones.

Algunas premisas orientadoras del paradigma interpretativo (Vasilachis de Gialdino, 1993) o enfoque cualitativo son:

- Los actores tienen conocimientos válidos de su ámbito cotidiano que deberán ser tenidos en cuenta
- La teoría constituye una reflexión en y desde la práctica
- No se pretende forzar los hechos para hacerlos “cuadrar” en un modelo teórico preestablecido
- Los actores poseen estructuras significativas que es necesario comprender e interpretar
- La realidad no puede ser conocida ni de forma directa ni de manera infalible, sólo puede ser reflejada desde múltiples e interdependientes fuentes de conocimiento.

La etnografía, en tanto método de investigación interesado en los modos de vida, estructuras y valores de un grupo social determinado, se ajusta mejor al análisis cualitativo. Asimismo, permite utilizar herramientas como registros de reuniones, observaciones, documentos personales, entrevistas no estructuradas y notas de campo. En el marco de la utilización de estas herramientas, se agrega la recopilación de materiales educativos de promoción de la salud (gráficos) producidos antes y durante la intervención en comunicación realizada. Si bien no entran en las categorías de “documentos personales o notas de campo”, adquieren relevancia dado que, como se verá más adelante, constituyen una de las principales herramientas de comunicación utilizadas para difusión de información, promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades. La observación de materiales realizados con anterioridad y posterioridad a 1996 permite

establecer variantes, regularidades y en función de qué criterios. Este corpus de materiales junto con otros documentos de la época, permiten acercarse al objetivo: **la construcción del rol del comunicador, en un ámbito y período determinados.**

Para ello se utiliza las siguientes herramientas:

A. Autoetnografía institucional

El término autoetnografía se ha comenzado a utilizar, no hace tanto, para hacer referencia a cierto género narrativo de no ficción que se conforma como herramienta de investigación. Ciertos autores como Anderson, ubican hacia fines de los años setenta, la utilización de este término para nombrar aquellos escritos caracterizados por el estudio de un grupo social que el investigador considera como propio -por alguno de sus atributos económicos, socioculturales, laborales, etc.- diferente de un texto autobiográfico (Blanco, 2012). Para la década de los noventa, la autoetnografía cobra fuerza como método de investigación cualitativa reconociendo “la apropiación de modos literarios con fines utilitarios y las complicaciones de estar ubicado dentro de lo que uno está estudiando” (Gaitán, 2000: 1). Carolyn Ellis puntualiza: “La autoetnografía es un género de escritura e investigación autobiográfico que [...] conecta lo personal con lo cultural”(2003:209).

Se puede apreciar que la autoetnografía no descuida la vinculación del autor-investigador con su contexto cultural presente en la etnografía clásica, sino que incorpora y utiliza la producción escrita como aporte y método válido para la investigación, a la vez que reconoce la presencia de dimensiones objetivas y subjetivas en los textos.

La presente investigación se inclina por encuadrar los textos utilizados más del lado de una narrativa autoetnográfica que autobiográfica, en función de los temas abordados. Por otra parte, se asume cierta conciencia sobre el énfasis que pone el narrador a su relato y la selección que realiza sobre recuerdos y situaciones específicos. Se trata de la elección

metodológica preferida para incorporar y sacar provecho de escritos de época y de producción relativamente actual que no constituyen propiamente “notas de campo” y que, sin embargo, aportan información relevante para la investigación.

B. Consulta de documentos personales

“Documentos personales” es el nombre asignado por diversos autores como Pérez Serrano (1994: 233) en referencia al conjunto de técnicas de investigación cualitativa que involucran la actividad de observación por parte del investigador. Están constituidos por los registros no sistematizados producidos por el investigador tales como registros narrativos de observaciones, diarios, cartas, historia de vida, cuaderno de notas de trabajo, videos y audios. Estos registros son por definición subjetivos sin que por ello se desmerezca su validez en la investigación.

Los documentos personales seleccionados en esta investigación son: registros narrativos de observaciones, cuaderno de notas de trabajo y transcripciones parciales de entrevistas. Los mismos se produjeron durante el período analizado y presentan datos de relevancia a los que no sería posible arribar por otras vías. Permiten describir y explicar aspectos de las diferentes etapas de la intervención en comunicación como también situarse en la época. Así también resultan adecuados para relevar información sobre el terreno que, con el paso del tiempo, dan cuenta de las situaciones vividas al momento de producir los registros.

La modalidad de su producción se enmarca en la observación participante en tanto el investigador es parte de la organización y puede establecer contacto estrecho con sus miembros, participar de la vida institucional y de sus diferentes eventos. Se considera que “ningún fenómeno puede ser entendido fuera de sus referencias espacio-temporales y de su contexto” (Aguirre Baztán. 1995: 73-84) por tanto, la observación participante tiene por

objetivo obtener información a través del contacto directo con los observados, no sólo a partir de la formalidad de una entrevista sino en situaciones cotidianas, en donde la espontaneidad de los sujetos observados pueda hacerse visible.

Entre sus mayores ventajas está el acceso a valores, conflictos y diferentes representaciones que pone en juego el grupo en la organización y que, dado el período prolongado de la observación, se manifiestan con mayor fluidez ante quien forma parte del interjuego social del grupo.

Estos registros escritos (ya sea a mano alzada o digitalizados) ofrecen elementos importantes sobre la observación de los actores en su propio terreno que permiten captar el sentido de sus acciones y las estructuras significativas que las subyacen (Vasilachis de Gialdino. 1993: 43). Son de utilidad la hora de recomponer el período histórico y observar cómo se construyó el rol del comunicador.

C. Análisis de materiales educativos de promoción de la salud

Se utilizaron **dos tipos de herramientas**. Un **primer grupo** lo constituyen las provenientes de la **Etnografía** en tanto permiten poner en juego las **observaciones sobre la producción de materiales educativos** plasmadas en una matriz de análisis elaborada ad-hoc.

La matriz⁶ se basa en tres ejes conceptuales desarrollados por Gabriel Kaplún (2002) y busca registrar y exponer información sobre los siguientes aspectos de la construcción de mensajes educativos:

6 Los aspectos conceptuales de esta matriz se desarrollan en el **Capítulo 3 – Marco Teórico**.

- **Conceptuales:** temáticas y criterios de selección.
- **Pedagógicos:** información sobre destinatarios y sus características culturales, aspectos facilitadores del aprendizaje.
- **Comunicacionales:** incluye los aspectos formales concretos por los cuales se establece un modo de relación con los destinatarios (formato del material, tipo de papel, modalidad de impresión, estilo de redacción).

El **segundo grupo de herramientas** utilizadas para el análisis de los materiales gráficos provienen de la **Semiótica** de segunda generación, ya que es la disciplina que se ocupa de los **procesos de construcción de sentido**, es decir que hace foco en la cualidad procesual de la semiosis en tanto la producción de sentido se considera social y no como resultado de un trabajo individual.

Desde esta perspectiva, los materiales gráficos analizados se consideran **“objetos discursivos”** entendidos como un recorte espacio - temporal de sentido, un fragmento de la red de la semiosis social según lo propuesto por Eliseo Verón (1987). Un objeto discursivo forma parte de esta red de y su análisis permite acceder a un lugar donde el sentido social se materializa, se asienta. Verón propone una doble hipótesis a tener en cuenta: por una parte que todo fenómeno social tiene una dimensión significativa y, por la otra, que toda producción de sentido es una producción de sentido social.

Respecto de los materiales educativos de promoción de la salud se realizan observaciones de las figuras del enunciador, del enunciatario y de cómo se ubican en el intercambio comunicacional, la relación que se establece entre ellas a fin de dar cuenta de algún rasgo del orden de lo enunciativo. La figura del enunciador se entiende como la imagen del emisor, de quien habla, construye el texto a partir de ciertas marcas; la del enunciatario o destinatario, se corresponde con la imagen del receptor también construida

por el texto. Se comprende aquí que las figuras de la enunciación son instancias construidas y que, en razón de su naturaleza discursiva, no tienen que ser confundidas con las personas reales, de carne y hueso, que produjeron esos discursos o los recibieron.

Se dispone de una pequeña muestra de materiales educativos gráficos a los que se agrupa en dos conjuntos⁷:

- A) los realizados con **anterioridad a 1996** pero que todavía estaban en vigencia y eran utilizados por el Ministerio.
- B) los producidos durante la intervención en comunicación **entre 1996 y 1999** por el área de comunicación de la Subsecretaría de Salud Comunitaria.

El objetivo es identificar

- diferencias y similitudes entre ambos grupos
- variaciones producidas a partir de la intervención de los comunicadores y si ello pudo contribuir a mejorar algún aspecto de estos materiales.

Por una parte la utilización de las herramientas mencionadas pretende cierto rigor científico en el análisis de los materiales gráficos de la muestra, por la otra se asume que la elección de los mismos para su inclusión dentro de esta investigación responde a cuestiones subjetivas. Estas cuestiones se relacionan con la necesidad de comprender, aunque sea de manera parcial, algo de lo ocurrido en esas primeras experiencias de la comunicación en salud que contaron con la intervención de comunicadores sociales, de manera de poder acercarnos al rol del comunicador en el ámbito de las políticas públicas. Se acepta que el abordaje es parcial, que no se pueden poseer todas las perspectivas del período recortado para el análisis y que tampoco pueden advertirse la infinidad de posibles relaciones intertextuales que presenten los materiales gráficos analizados.

7 Ver **Anexo**.

D. Consulta bibliográfica

En tanto permite dar un marco de referencia adecuado al presente trabajo, la consulta bibliográfica se considera relevante para poner en perspectiva de diversos autores los temas abordados.

Se consultaron:

- materiales de estudio de la carrera
- material bibliográfico sobre comunicación y salud
- artículos y documentos provenientes de áreas como la Educación para la Salud, la Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades
- documentos elaborados por organismos nacionales e internacionales de salud.

Todos ellos son mencionados en la sección “**Bibliografía**”.

E. Anexos: Documentación de época

Si bien los Anexos no constituyen en sí mismos una técnica de investigación, corresponde mencionar aquí que se adjunta la muestra de materiales educativos analizados, notas, memos e informes que sirvan para documentar la investigación y aportar datos del período.

5.-Breve panorama comunicacional hacia 1996

Hacia 1996 el Ministerio de Salud carece de iniciativas coordinadas y lineamientos institucionales específicos relativos a la comunicación tanto interna como externa.

Las publicaciones de los materiales educativos son eventuales y anárquicas, no hay un acuerdo establecido sobre la imagen institucional, tampoco un manual de procedimientos u otra documentación similar.

A.-¿Las TIC?

Para situar el momento histórico respecto de las tecnologías de la comunicación cabe decir que, si bien están asignados los dominios web “gov.ar” se desconoce esta información en el Ministerio y no hay un sitio web institucional ni desarrolladores multimediales. Es incipiente el uso del correo electrónico, no existen los “boletines electrónicos” ni formatos de comunicación digital, no existe el PDF. Para enviar un documento a imprenta se graba un CD y se envía con un servicio de mensajería (no por mail ni compartiendo el archivo en internet). Se imprimen las “películas” para luego hacer las correcciones finales sobre la “prueba de galera”.

B.-Recursos, Recursos Humanos y Comunicación

En las áreas del organismo, gran mayoría de sus trabajadores utiliza la máquina de escribir eléctrica y se trabaja institucionalmente en la transición hacia la utilización de computadoras y procesadores de texto.

Se disponen de escasos y limitados recursos para el diseño de materiales, no solo tecnológicos sino también humanos. Se tiene conocimiento de la existencia de una sola computadora Macintosh en todo el MS ubicada en el Depto. de Educación para la Salud y

que solo es operada por una persona. No hay diseñadores gráficos, ilustradores o contenidistas. Los periodistas “de oficio” del Ministerio se dedican a cubrir eventos de la agenda del Ministro de Salud y a enviar gacetillas de prensa a los medios de comunicación.

Las decisiones sobre el contenido de los materiales, su redacción y composición gráfica están en manos de los profesionales médicos de las diferentes áreas, no existen los equipos de comunicación. La comunicación está determinada por el organigrama en un modelo institucional donde cada sector comunica desde sus áreas temáticas de pertenencia y no se entera si hay zonas temáticas compartidas con otras áreas.

En el presente trabajo se excluye el funcionamiento del Área de Prensa del Ministerio (en adelante “Prensa”) ya que, si bien es el área “cercana” a la comunicación que más antecedentes históricos tiene en la organización, su funcionamiento se rige por criterios más vinculados a la difusión mediática de las actividades del Ministro de turno que a una agenda de comunicación y salud. No se descarta que el área de Prensa merezca un análisis especial que excede a los objetivos de esta tesina.

Respecto de otros Comunicadores Sociales o estudiantes de la carrera que trabajan en el Ministerio, se inicia una búsqueda pero no se obtiene información. Solo se encuentra un comunicador en la Dirección de Promoción y Protección de la Salud, personal de planta con tareas administrativas asignadas por lo que no se logra su incorporación al área de Comunicación de la Subsecretaría. La única incorporación que se logra de personal específico de comunicación es la de un estudiante de la carrera, con especialidad en periodismo, contratado para participar de acciones de Prensa.

C.-Sobre el modelo de comunicación y salud

Para finalizar esta Introducción, y a modo de pantallazo general sobre el tema, se menciona que la **modalidad** de la comunicación en salud desde este organismo público, supone que una política pública no es neutral ni pretendidamente objetiva. El Estado argentino de la década de los '90 se caracteriza por la implementación de políticas neoliberales y el sector salud no escapa a ese modelo.

Las políticas neoliberales implementadas tienen el antecedente directo de la **dictadura militar** de 1976 a 1983, producen un deterioro pronunciado de los sectores de menos recursos de la sociedad y una pauperización acelerada de los sectores medios. Los años noventa se caracterizan por el **retramiento del Estado** de sus antiguas funciones de “Estado de Bienestar”, la creciente pérdida de derechos adquiridos y la implementación de políticas neoliberales convalidadas a través de la Ley de Reforma del Estado que declara en “estado de emergencia la prestación de los servicios públicos” (Ley 23696/89). En el marco de las políticas públicas de salud se promueve la descentralización y la “autogestión hospitalaria” (Decreto 1006/95) y se lleva a cabo el proceso de descentralización de los Hospitales Nacionales a las gestiones provinciales y municipales. Se implementa la desregulación y reestructuración del sistema de Obras Sociales, entre otras medidas.

Este es el contexto que afecta la comunicación en y desde el organismo público de salud, que supone un modelo de enunciador/enunciario determinado y un sistema operante de significaciones y representaciones determinadas sobre la salud, la comunicación y el rol profesional del comunicador.

La representación de la comunicación en el MS y los actores que intervienen en su producción se relacionan con el marco del Estado. En el MS predomina el modelo médico hegemónico que privilegia el saber médico naturalizado como verdad absoluta. En consecuencia, se presenta indiscutible e impermeable a interpelaciones desde otras áreas

profesionales “no médicas” como la comunicación. Este modelo hegemónico sustentando en el paradigma biomédico tiene su correlato y permea las representaciones sobre la salud, el modelo de relación en los equipos y el modelo de comunicación operante.

La **salud** se concibe, en primera instancia, como “ausencia de enfermedad” y, en el modelo de atención es característico el privilegio del saber científico y el tratamiento del síntoma en detrimento de los conocimientos de la persona asistida. De la misma manera, en el modelo de comunicación, es hegemónico y central el saber científico médico basado en la evidencia clínica y las estadísticas. Esto se observa tanto en el plano de lo textual o discursivo como en el plano de las interacciones grupales entre “funcionarios médicos” y “trabajadores no médicos”.

En todos los casos, **la palabra del médico** es “sagrada e incuestionable” poniendo en evidencia relaciones asimétricas de poder/saber que desacreditan e invalidan la palabra de quien desempeña en ese momento el “rol de paciente”, a la vez que descarga toda la jerarquía tradicional de la APN de los niveles superiores a los niveles inferiores del escalafón administrativo. Es así que, la estructura organizativa del MS y su organigrama, no escapan a este modelo unidireccional y vertical dando lugar a la conformación de áreas y sectores aislados, con escasa relación entre ellos y con una fuerte lógica verticalista de funcionamiento.

Como señala Ghitia respecto de la experiencia “Buenos Aires Salud 2003”, aquella se desarrolló en un contexto de cuestionamiento a las políticas neoliberales que posibilitó el surgimiento de experiencias sustentadas en la inclusión de lo diverso y el funcionamiento en red. Ciertamente, no es este el contexto de la experiencia realizada en el Ministerio de Salud entre 1996 y 1999.

6.-Estado del Arte

El “Estado del arte” como procedimiento documental permite acercarse a las formas en que otros actores han tratado el tema, ver hasta dónde han llegado y qué problemas han resuelto. Se ofrece aquí la observación sobre aquellos estudios y experiencias que han constituido una referencia frente a lo que se ha hecho y falta por hacer. En modo alguno este Estado del arte se considera un producto terminado.

La búsqueda se realizó sobre **Tesinas de grado** de la Carrera de Ciencias de la Comunicación de la UBA que tuvieran como temática el aporte del comunicador en el ámbito de las políticas públicas, intervenciones en comunicación en el ámbito del Estado y comunicación y salud. Todas las tesinas consultadas hacen referencia a la escasez de investigaciones sobre Comunicación y Salud.

En la investigación “**Aportes para la construcción de la identidad visual del Programa Nacional de Cáncer de Mama (2013)** ⁸” se presenta la búsqueda de un “signo identificador” para este Programa que funcione como impronta visual y pueda utilizarse en todos los productos (gráficos, de vía pública y televisivos) que el PNCM ofrece. Es un **estudio de tipo exploratorio y descriptivo** y constituye un primer acercamiento al tema. Este Programa se ubica en la **estructura de la APN** en el área de desempeño del MS, dentro del Instituto Nacional del Cáncer (INC), organismo público rector en materia de políticas públicas referidas al cáncer, creado por decreto en septiembre de 2010.

⁸ Tesina Nro. 2990/2013, Autora: Leticia Rivas, Tutora: Milca Cuberli disponible en la Dirección de la Carrera de Ciencias de la Comunicación y en versión digital: <http://comunicacion.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/16/2013/02/Tesina-Leticia-Rivas.pdf>

La **comunicación** es considerada eje fundamental en el Programa en tanto participa y acompaña a las acciones tendientes a reducir la mortalidad. La expectativa es que involucre más aspectos que la sola producción de mensajes y materiales de divulgación y que incluya estrategias basadas en la investigación para determinar los canales más efectivos en función de las audiencias elegidas. El Programa se propone **generar productos comunicacionales** que tengan en cuenta las **características sociales y culturales de las personas a las que se dirige**, a través de la promoción de mecanismos de participación de las mujeres en las diferentes etapas del proceso. Respecto de los **usos del lenguaje**, hace referencia a las metáforas militares en tanto contribuyen a estigmatizar ciertas enfermedades y por ende, a quienes están enfermos.

El **diseño de los signos** identificadores está a cargo del equipo de Diseño Gráfico del área de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación y los cuatro logos propuestos se validan en **grupos focales**.

La investigación adscribe al **paradigma de cuidados enfermeros** en tanto presta atención a la subjetividad del concepto y el ser humano es considerado en su dimensión social y con derecho a la toma de decisiones respecto de su estado de salud (Firpo, 2008). Este paradigma aportaría un marco teórico adecuado para repensar y rehacer las prácticas en salud pública que no han logrado los resultados esperados en el contexto “post” políticas neoliberales de los noventa. En esta investigación, la tesista formó parte del equipo del Programa Nacional de Cáncer y participó del proceso de búsqueda del signo identificador.

Análisis del estado de situación actual de las acciones de difusión del Plan Nacional de Sangre del Ministerio de Salud de la Nación (2013)⁹ es una investigación también circunscripta al **ámbito de las políticas públicas del sector salud**. Se analizan los **materiales de difusión** del Plan Nacional de Sangre (PNS) tanto gráficos, audiovisuales y digitales, cuyo objetivo es **promover el pasaje de la reposición de sangre por parte de familiares a la donación voluntaria, periódica y anónima no remunerada**.

La investigación indaga las posibilidades, límites, aciertos y contradicciones del PNS para el **diseño, la producción y difusión de campañas de comunicación** en función de los objetivos planteados, qué dificultades encuentra, quiénes conciben las acciones y a quiénes se construye como destinatario. Se orienta a identificar y describir las estrategias comunicacionales del PNS para interpelar al ciudadano y fomentar la donación voluntaria. Como el PNS concibe la **donación de sangre como un acto que salva vidas**, se considera fundamental la difusión de mensajes acordes a esta concepción. Se documenta con la dimensión histórica y normativa de la donación de sangre.

Respecto de la **metodología** se encuadra dentro de la **investigación cualitativa**, con análisis documental y entrevistas en profundidad con informantes clave. Observa que los organismos estatales desarrollan **modos asimétricos de comunicación** entendida como transmisión de información y difusión. El **comunicador** es considerado como facilitador del diálogo público y de la articulación de saberes; de acuerdo con lo propuesto por Uranga, se sostiene que la comunicación no puede separarse de la acción y que, en tanto comunicación para el cambio social, involucra y compete a los actores, sujetos individuales

⁹ Tesina Nro. 3157/2013, Autores: Ariana Grillo y Mauro Parra, Tutora: Ianina Lois, disponible en versión digital en la Dirección de la Carrera de Ciencias de la Comunicación. UBA.

y colectivos. La comunicación también es vinculada a los procesos educativos y de participación.

Se contextualiza a la **salud** en el marco de la Medicina Social Latinoamericana y en los postulados de la salud con **múltiples determinaciones políticas económicas** y biológicas, y a la enfermedad como expresión de la calidad de vida (Petracci et al. p. 11). Así también se aporta a la dimensión ciudadana del concepto de **salud como un derecho y una responsabilidad**¹⁰. Se incorpora la noción trabajada por Hugo Spinelli sobre el **concepto de campo de Bourdieu** en tanto propone pensar a la salud como un campo en el que convergen diferentes actores en lucha por la apropiación de capitales en juego y que permite expresar la división de los tres sectores privado, público y obras sociales.

Se observa la **verticalidad del organismo del estado y su relación con la modalidad de comunicación** y se concluye que la dimensión política tiene su manifestación en la dimensión comunicacional: todos los materiales fueron elaborados por la central del PNS y no revelan particularidades de las provincias. También aparece la temática de la escasez de recursos materiales y humanos para la comunicación, la falta de comunicadores en el equipo de promoción. En esta investigación los tesistas no participaron como comunicadores del PNS.

La tesina **“Políticas públicas y comunicación en salud. Diagnóstico y planificación de la comunicación en el CAPS Zeballos II. S/T”**¹¹ consiste en un diagnóstico y una planificación de la comunicación en un **Centro de Salud de la**

¹⁰ Bibliografía de tesina: Celia. 2004

¹¹ Tesina 1503/ 2004. Autora: Cynthia Romero. Disponible en versión digital en la Dirección de la Carrera de Ciencias de la Comunicación, UBA.

provincia de Bs.As. con el objetivo de optimizar los recursos e incentivar la participación de la comunidad.

En el contexto de la **emergencia sanitaria declarada por el gobierno en 2001**, la autora se interesa por la implementación de **la ley de genéricos**: observa confusión en la población destinataria consumidora de remedios debido a los mensajes generados por la industria farmacéutica y el Estado. La intervención en comunicación se propone como una **herramienta para fortalecer y clarificar la vigencia de esta política** teniendo en cuenta la confusión producida.

Metodológicamente se realizaron observaciones no participantes, charlas informales con actores, análisis de documentos y de políticas gubernamentales.

Los **conceptos de salud, educación y comunicación** son el punto de partida del análisis. Se aborda en la investigación la **noción de Promoción de la salud**: desarrollada a partir de 1986, con la carta de Ottawa, como **estrategia orientada a proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma**. Se vincula a la salud con la necesidad de garantizar al individuo las condiciones básicas que le permitan lograr un estado saludable: vivienda, alimentación, condiciones de trabajo dignas, justicia social, educación.

La investigación referencia la **evolución de las políticas de salud en Argentina** desde la incorporación de funciones referidas a la salud en los años '40, pasando por el surgimiento de las obras sociales en las décadas del '50 y '60 y por la sanción de la ley 18.610 en 1970 que extiende de manera obligatoria el sistema a toda la población trabajadora. Las décadas del '80 y '90 son caracterizadas por el surgimiento de las empresas de medicina prepaga orientadas a los sectores de mayores recursos y por la pérdida del rol protagónico del Estado y su liderazgo como financiador y proveedor de

servicios. Sitúa el período 1997 – 2001 como de creciente exclusión social, aumento del desempleo. También incorpora un panorama de la política nacional de medicamentos.

Distingue el concepto de **comunicación en salud** (OPS UNESCO, 1980) **diferenciado de la educación sanitaria** que constituía la idea central hasta ese momento. A nivel de la reflexión en comunicación, sitúa en la **década del 90** la difusión de la información por parte de los organismos internacionales de salud que orientan las **estrategias a provocar cambios en las comunidades, propiciar el diálogo y la interacción de diferentes actores sociales**. Esto caracteriza a los años '90 como un punto de inflexión que da lugar a un moderado traspaso de la visión instrumental de la información a una idea de la **comunicación como proceso**.

Las investigaciones consultadas permiten contribuir a la construcción colectiva de un corpus teórico para analizar el campo de la comunicación y la salud en el marco de la administración pública, ya sea de nivel nacional, provincial o municipal. Incorporan una dimensión histórica relevante a la hora del análisis e introducen una perspectiva para comprender la comunicación y la salud en relación a los aportes del comunicador.

Capítulo 2

Descripción de la experiencia

1.-El inicio

El Ministerio, la comunicación y los recursos comunicacionales

“Mensajes de salud entendibles y accesibles”

-Dra. Dora Vilar de Saráchaga¹².

Hacia 1996 el Ministerio de Salud de la Nación no dispone de un equipo o área de comunicación ni de iniciativas coordinadas entre sus áreas respecto de la comunicación. Como se mencionara en la Presentación y en el Estado del Arte, no es frecuente la inserción profesional de graduados y estudiantes de la carrera en las áreas del Estado.

El funcionamiento del Estado argentino durante el período analizado estuvo enmarcado por la sanción de la Ley 23.696 de Reforma del Estado que declara en estado de emergencia la prestación de los servicios públicos, entre otros aspectos. El Ministerio de Salud opera en el contexto de un **Estado retraído** de sus antiguas funciones de “Estado de Bienestar”, de los procesos de privatización y de la implementación de políticas neoliberales. Este marco normativo facilitó que las acciones vinculadas a la comunicación en la APN (campañas de difusión, producción de materiales, etc.) se tercerizaran en el sector privado.

12 Entrevista la Dra. Dora Vilar de Saráchaga, Subsecretaria de Salud Comunitaria en el período 1991-1999. La entrevista es de 1996.

A.-Inquietudes de comunicación

En este contexto, en la Subsecretaría surgen inquietudes sobre la producción de “*mensajes de salud entendibles y accesibles*”, según lo manifiesta la Subsecretaria de Salud. En las autoridades está la percepción de que los mensajes de salud emitidos no son los adecuados y se duda sobre su recepción: “*los mensajes de salud no le llegan a quien le tienen que llegar*”¹³, está presente la convicción de que con “*buenos mensajes se puede contribuir con la salud de la población*”¹⁴.

Esta necesidad de mejorar la calidad de los mensajes hace pensar en alguien del campo de la comunicación para integrarse a la Subsecretaría y conformar un equipo abordar los temas de comunicación que no eran desarrollados de manera satisfactoria en la organización, y proponer lineamientos de trabajo.

Como parte del **programa de trabajo inicial en comunicación** y con el objetivo de conocer a los actores, sus interacciones y el marco de la cultura institucional, se inician una serie reuniones de presentación y entrevistas. Se despliega cierta labor de **observación participante** acompañada de notas de campo. El objetivo es obtener información a través del contacto directo con los observados, no sólo a partir de la formalidad de una entrevista sino en situaciones cotidianas y otros momentos en donde la espontaneidad del sujeto observado pueda hacerse visible.

13 Ídem.

14 Ídem.

B.-El enfoque de trabajo

En el transcurso del primer año, la tarea de Comunicación prioriza:

- la producción de materiales educativos sanitarios,
- la producción de informes sobre temáticas de salud que la Subsecretaría quería profundizar, o la corrección de los ya elaborados,
- y la asistencia específica en comunicación a las áreas, programas y comisiones dependientes de la Subsecretaría.

Durante este período no se priorizan las acciones “clásicas” de Prensa, aunque se atienden los pedidos que eventualmente realiza Prensa del Ministro.

La **estrategia de trabajo inicial** es conocer a los actores y a las distintas áreas de la Subsecretaría, sus funciones, objetivos, las temáticas privilegiadas y los intereses particulares, de manera de poder establecer una **agenda de trabajo conjunto**.

La Subsecretaría establece entre sus prioridades ofrecer mensajes de salud que lleguen a quienes los necesitan; el formato **posible** para estos mensajes es el de los “**materiales educativos sanitarios**”. Para ello hay un dispositivo administrativo-burocrático en torno a los **expedientes** que solicitan su producción. Una vez originado el expediente, inicia un itinerario administrativo por diferentes áreas que cumplen en informarse, aceptar, denegar o corregir, habilitar partidas presupuestarias, entre otros procedimientos que deben registrarse por escrito, llevar la firma del funcionario del área, foliarse e incorporarse al cuerpo del expediente. Para decirlo sencillamente, se puede hacer muy poco por fuera del fuera pedido de un expediente.

En esta investigación no se detallan los **aspectos técnicos y administrativos** relacionados con el presupuesto para materiales y con el armado de **expedientes**, circuito **sumamente complejo**.

El trabajo en los materiales educativos sanitarios requiere una **labor conjunta con las áreas** para establecer criterios en cuanto a los contenidos, la forma del material, el diseño y, no menos importante, a quiénes están dirigidos.

C.-Prensa

El área más cercana a la comunicación con antecedentes históricos en la organización es “Prensa”, área que en el organigrama, depende directamente del Ministro. En **la primera etapa de la intervención en comunicación** el enfoque está puesto en la producción de contenidos y de materiales educativos y **no en la relación con los medios de comunicación**¹⁵, por tanto la relación con Prensa del Ministerio¹⁶ fue mínima. Este área no manifiesta inquietudes sobre la comunicación institucional o sobre el desarrollo de contenidos de comunicación y salud, tampoco sobre el diseño de materiales o la coordinación de estrategias de comunicación. Dado que no es posible establecer una alianza en estos aspectos, sí se establecen acciones respecto de la producción de **contenidos para los medios** referidos a las temáticas de salud que le corresponden a la Subsecretaría de Salud Comunitaria. Dichos contenidos, producidos en el área de Comunicación, integran los “insumos comunicacionales periodísticos” utilizados por Prensa en los años citados.

¹⁵ Esta decisión se revisa en el **Capítulo 4**, en Representaciones del comunicador y la comunicación.

¹⁶ En Prensa se realiza el tradicional “resumen de prensa ”: un relevamiento de las notas periodísticas publicadas en diarios impresos, en donde aparecía el Ministro o sus funcionarios. Se sacan fotocopias de los artículos y se confecciona manualmente una cantidad de juegos del material que se distribuye en los despachos del Ministro, los Asesores y los Secretarios. Prensa es el sector reservado a la gente de extrema confianza del Ministro, con contactos en los medios masivos de comunicación de manera de contribuir con la exposición pública del funcionario. Si cambia el Ministro también cambia su Jefe de Prensa.

D.-Internet

Respecto del desarrollo de internet en el país, se presenta un breve panorama de su evolución para dar cuenta de la situación del Ministerio. Como se mencionó, al momento de iniciar la intervención **no está implementado el uso del correo electrónico¹⁷ ni existe el sitio web del Ministerio**, los dominios “.gov.ar” están recientemente asignados. A partir de **1995** es que se da un crecimiento exponencial de la cantidad de usuarios particulares y empresas conectados a internet ya que es el año en que se venden **las primeras conexiones comerciales.**¹⁸

En **1995** los Ministerios que cuentan con conexión a internet son el de **Economía** y el de **Relaciones Exteriores** y para **1996** se calcula que alrededor de 45.000 personas y 500 empresas utilizaban la red (Diario Clarín, 1996). Esta información es conocida en la carrera de Ciencias de la Comunicación y por quienes participan de la intervención en comunicación. Por tanto, se propone utilizar el **dominio gov.ar correspondiente al Ministerio** para armar el sitio web. En la APN todo lo relacionado con internet está a cargo de personal técnico formado en ciencias

¹⁷ Hay solo pocos sectores que utilizan el e-mail a modo de experimento pero no es de ninguna manera una situación extendida en el Ministerio. La mayoría de las áreas no lo utilizan y manifiestan desconocer esta herramienta.

¹⁸ **Previo a 1995** el desarrollo en Argentina estuvo vinculado mayormente al Estado y las Universidades. **En 1988** se firma de un convenio entre la Secretaría de Ciencia y Técnica y la empresa de telefonía Entel a través del cual se cede un canal de datos para que la Universidad pueda tener correo electrónico: ése fue el uso exclusivo de internet hasta 1993, año en que nace el concepto de “navegador web” que populariza el uso del hipertexto, un servicio dentro de internet donde la información se traduce en imágenes, texto, sonido y video. Las Universidades de Buenos Aires, de Córdoba y de La Plata agregan enlaces propios con Internet, que se suman al que ya tenía la Secretaria de Ciencia y Técnica. Surge la World Wide Web con páginas que podían contener texto, imágenes y video, similares a las de la actualidad. (Cummins Andrea, 2010).

de la computación, ingeniería en sistemas y programación, ubicados en las áreas de Redes, Sistemas o Soporte Técnico. Se consulta a estas áreas sobre el **estado de situación tanto del dominio como del correo electrónico** y no disponen de información suficiente ni tecnología adecuada para su implementación. Internet es una novedad muy reciente y no se sabe bien cómo se implementará. Si bien el dominio “msal.gov.ar” está asignado, la información, los recursos humanos y los medios para implementar un sitio web son insuficientes, es por esto que desde el área de Comunicación no se logra impulsar el desarrollo del sitio web.

¿Tienes un e-mail?¹⁹

Se logra obtener una dirección de correo electrónico que **funciona en DOS** en una única PC. La **primera dirección es sppre@msal.gov.ar**, el nombre hace referencia a la Secretaría de Programas de **Prevención**, área de la cual depende la Subsecretaría. Se trata de **una sola cuenta de mail para todo el personal**, desde la Subsecretaría, sus asesores, consultores, secretarios, administrativos y comunicadores. Estos últimos son quiénes aprenden primero y enseñan al personal cómo utilizar el e-mail. El uso es **estrictamente profesional**; salvo los comunicadores, el personal de la Subsecretaría no tiene un webmail personal, no está extendida esta modalidad de uso; su incorporación a la Subsecretaría constituye una gran novedad²⁰.

¹⁹ Comedia romántica de 1998 dirigida por Nora Ephron, en donde los protagonistas Meg Ryan y Tom Hanks, sin saberlo, mantienen una relación romántica por e-mail, que era la novedad del momento.

²⁰ No se puede precisar la fecha exacta de la incorporación del e-mail pero se estima su gestión para fines de 1996 y otorgamiento del **sppre@ para 1997**. Se recopila un informe de prensa sobre Lactancia Materna producido por Comunicación en 1997 en cuya firma se incluye el e-mail (incorporado manualmente con una caja de texto de word al documento, lo que constituye “de

Se difunde en el MS que la Subsecretaría tiene un e-mail y otras áreas gestionan los propios. No obstante esto, no se estila escribir en el pie de página de las **Hojas oficiales con membrete**²¹ el e-mail o teléfonos del área, tampoco hay un lineamiento oficial sobre el tema.

Respecto de la **relación con Prensa**, si bien la Subsecretaría tiene e-mail cabe señalar que la mayoría de los medios no disponen de correo electrónico y las gacetillas se envían por fax.

E.-Estructura de la Subsecretaría - Organigrama

La Subsecretaría de Salud Comunitaria, dependiente de la Secretaría de Recursos y Programas de Salud, tiene entre sus objetivos (Decreto Presidencial 1006/95:10):

- 1. - Proponer al Secretario las normas y programas relacionados con la salud de la población, comprendiendo las acciones de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad, de educación*

avanzada”) y también se recupera un **intercambio de mails con la Red LACMAT** que datan de 1998 y el mail utilizado es el **sppre@**.

La **Red LACMAT** es la primera y única estrategia de comunicación en red desarrollada en la Subsecretaría, se trata de una iniciativa de los profesionales de la Comisión Asesora de Lactancia Materna del Ministerio. Cuando la Subsecretaría tiene su e-mail se incorpora al grupo, una **“lista de distribución”** de mails en la que el mensaje de un integrante le llega a todos los suscriptos. Se utiliza para difundir información, iniciativas, intercambiar contenidos para los textos producidos por Comunicación, consultas, etc.

²¹ Las **Hojas oficiales** con membrete son tamaño A4, las imprime la antigua imprenta del Ministerio y las distribuye a las áreas. Solo tienen impreso el encabezado, con el escudo nacional y el nombre del Ministerio a la izquierda, a la derecha se estila escribir el año y la leyenda que le corresponda como “año de los municipios”. Ver **Anexo**.

sanitaria y el desarrollo de programas y campañas específicas en función de las necesidades detectadas.

2. - *Promover programas y proyectos relacionados con la vigilancia epidemiológica de la población con el fin de brindar una eficaz solución a las patologías más significativas existentes en el país, ejecutando las acciones necesarias para enfrentar las emergencias sanitarias que se produzcan.*

3. - *Normatizar y coordinar las acciones relacionadas con la sanidad en áreas de frontera y transportes.*

4. - *Normatizar y coordinar las acciones relacionadas con la salud materno infantil.*

5. - *Coordinar las acciones de los Institutos Nacionales de Investigación, Docencia y Producción de su dependencia.*

Sus áreas dependientes son las siguientes:

Dirección Nacional de Epidemiología y Enfermedades Transmisibles

Responsabilidad primaria:

“Proponer normas y ejecutar programas de vigilancia epidemiológica y desarrollar proyectos y campañas específicas en función de las necesidades sanitarias detectadas.” (Decreto Presidencial 1006/95:10)

De esta Dirección dependen la Dirección de Epidemiología, el Departamento de Inmunizaciones y el Departamento de Educación para la Salud, entre otras. Se señalan éstas ya que parte de la intervención en comunicación se desarrolló en conjunto con estas áreas.

Dirección de Promoción y Protección

Responsabilidad primaria:

“Entender en materia de promoción y protección de la salud que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.”(Decreto Presidencial 1006/95:11)

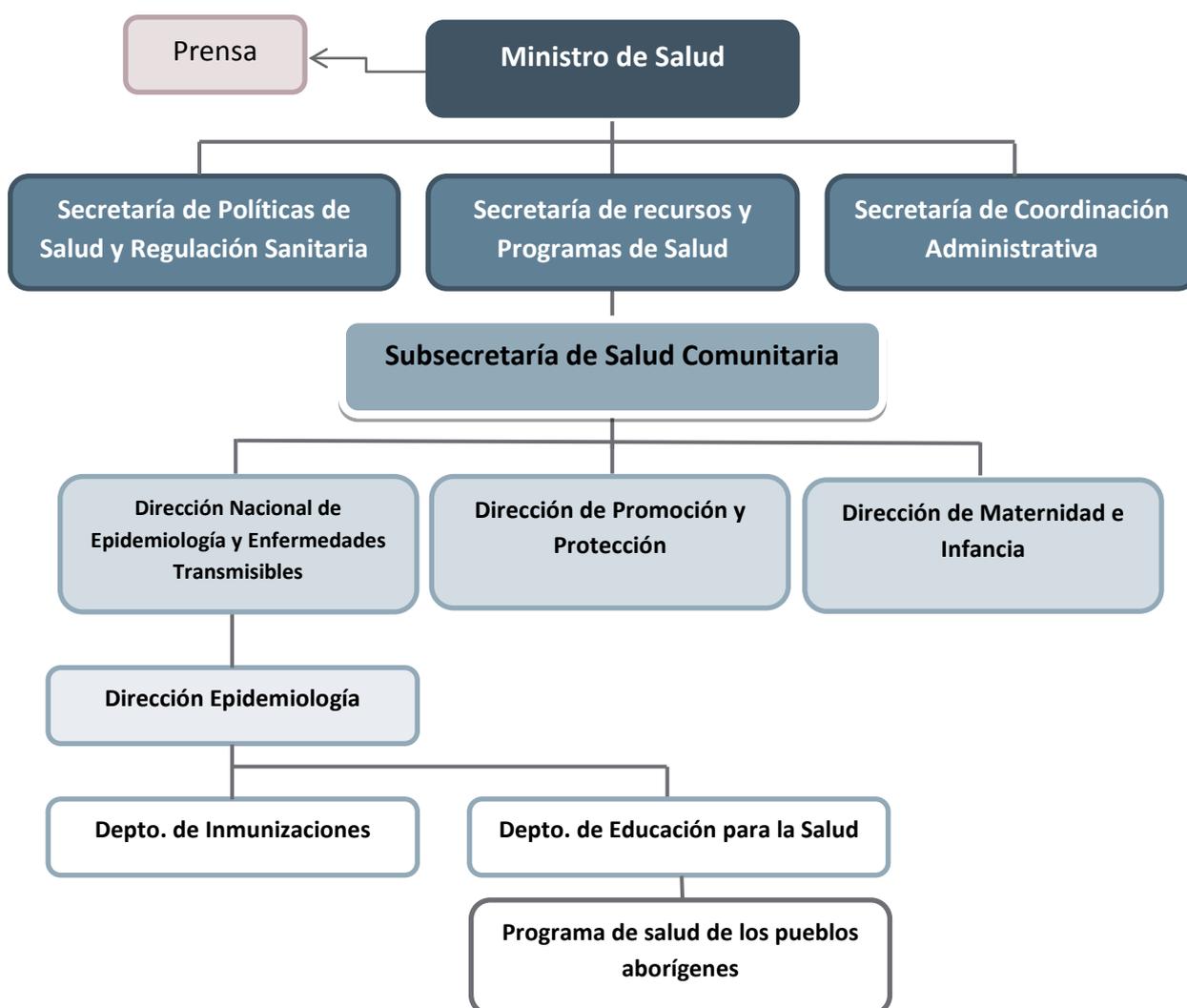
Dirección de Maternidad e Infancia

Responsabilidad primaria:

“Entender en los aspectos relacionados con la salud materno infantil y del adolescente.”(Decreto Presidencial 1006/95:11)

A su vez, cada una de las Direcciones está integrada por Institutos, Departamentos, Programas y Comisiones, con algún grado de inestabilidad dentro de la misma gestión de gobierno.

El **organigrama** del Ministerio en referencia a la ubicación de la Subsecretaría está representado así (faltan algunos departamentos, programas y comisiones de los que no se ha logrado obtener información precisa).



2.-Marchas y contramarchas:

Los materiales educativos sanitarios

Cada área dependiente de la Subsecretaría se encarga de “su” propia comunicación con sus propios criterios, más administrativos que comunicacionales.

El **Depto. de Educación para la Salud** (en adelante EPS) es el que tradicionalmente centraliza las producciones de materiales educativos sanitarios: afiches, folletos, cartillas, revistas y otras piezas comunicativas. Es el área donde se encuentra mayor cantidad de profesionales y administrativos en contacto con el terreno de la comunicación, aunque ninguno proviene de disciplinas vinculadas a ella, hay médicos, psicólogas, psicopedagogas y administrativos.

La **única Macintosh del Ministerio** está allí, es operada por un empleado de planta cercano a jubilarse y sin formación en diseño gráfico o disciplina similar. Salvo esta persona, no se encuentra a nadie que sepa cómo operar una Mac o interesado en hacerlo. No hay diseñadores gráficos, ilustradores o contenidistas. Dada la particular personalidad de este trabajador y su poca flexibilidad a la hora de diseñar, se decide conjuntamente resolver el diseño de materiales por otras vías: contratación directa²² de un estudio de diseño y la buena voluntad del imprentero de turno. Se disponen de **escasos y limitados recursos** para el diseño de materiales, no solo tecnológicos sino también humanos. La comunicación está a cargo de los profesionales médicos.

22 Para las contrataciones directas, en ocasiones se dispone de algún presupuesto de caja chica. Se solicitan tres presupuestos y se elige el más económico.

Las primeras tareas de Comunicación se centran en atender la urgencia de las licitaciones de “materiales educativos sanitarios”, ese es el nombre genérico que se les da a los materiales de promoción de la salud y prevención de enfermedades que produce el MS.

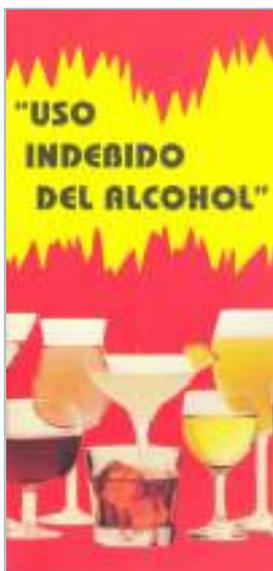
A.-Materiales previos a 1996

Para dar marcha a la realización de materiales educativos, se busca en las diferentes áreas qué materiales están vigentes²³, de modo de contar con un panorama sobre cómo se viene trabajando, cómo son los criterios de selección de temas, quiénes participan en la escritura, redacción y diseño, con qué imprentas trabajan.

En esta sección solo se incluye la **imagen de la tapa** para ilustrar, facilitar la lectura, ubicar al material y ver sobre qué se está hablando.

Se presentan los materiales de acuerdo a su **fecha de producción** desde los más recientes hacia atrás.

²³ Algunos de esos materiales pudieron conservarse y se presentan en el **Anexo**.

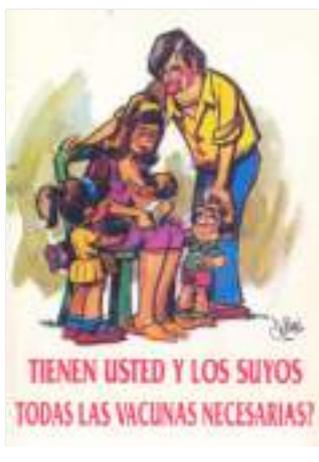


1995. Uso indebido del alcohol

Tríptico A4 – papel ilustración brillante de 90gr, 4 colores.

Autor: Secretaría de Recursos y Programas de Salud

Estado del material: en vigencia y circulación



1995. Vacunación

Díptico 30 cm x 21 cm abierto – papel ilustración brillante de 90gr, 4 colores.

Autor: Secretaría de Recursos y Programas de Salud

Estado del material: agotado en 1996, se recupera uno de los últimos ejemplares que se guardaban como archivo. En el Ministerio se desconoce la ubicación de los archivos originales para imprenta.



1994. Cuidado con el sol

Tríptico A4 – papel obra 80 gr.- blanco y negro

Autor: Secretaría de Salud

Estado del material: en vigencia en 1996 una fotocopia en blanco y negro del original. El original estaba agotado y no se reimprimió. Las fotocopias se agotaron durante 1996 y no se repitieron.

1994. Pediculosis

Tríptico A4 – papel ilustración brillante de 90gr, 4 colores.

Autor: Secretaría de Salud, Dirección Nacional de Medicina Sanitaria.

Estado del material: agotado, ejemplar de archivo.



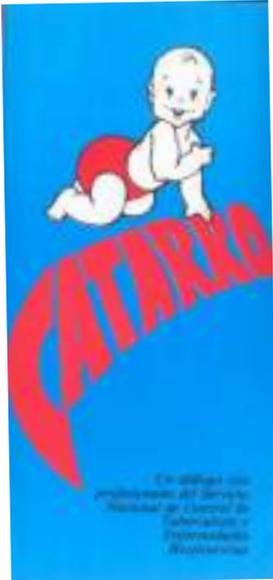
1993. La enfermedad de Chagas

Tríptico A4 – papel ilustración brillante de 90gr, 4 colores.

Autor: Secretaría de Salud, Dirección Nacional de Medicina Sanitaria, Programa de control de la Enfermedad de Chagas.

Estado del material: agotado, ejemplar de archivo.





1993. Catarro

Tríptico A4 – papel ilustración brillante de 90gr, 4 colores.

Autor: Secretaría de Salud, Dirección Nacional de Medicina Sanitaria.

Estado del material: escasos ejemplares para el público en la oficina de EPS.



1985. Autoexamen de mamas

Tríptico A4 – papel ilustración mate de 90gr, 2 colores.

Autor: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Salud, Dirección de Educación para la Salud.

Estado del material: ejemplares para el público en la oficina de EPS.

B.-Equipos de trabajo

Para el abordaje de las áreas en cuanto a la conformación de un equipo de trabajo, se realiza un breve diagnóstico previo. Cada área expresa una identidad propia y una trayectoria en trabajar aisladamente. La edad de los actores es de 40 años en adelante, los más jóvenes son los comunicadores con un promedio de 25.

En función de fijar la agenda de trabajo conjunto para la elaboración de materiales educativos y de las observaciones efectuadas en la reuniones y entrevistas, se evalúa que lo más adecuado es **IR hacia las áreas** y no esperar que sean ellas las que se acerquen a manifestar inquietudes comunicacionales. Se realizan reuniones periódicas en **todas las áreas**, así pueden relevarse los puntos más importantes para atender a nivel de la comunicación y aprovechar los recursos y las capacidades ya instaladas.

Como criterio para el armado de los equipos, se pone en juego un lineamiento **flexible y móvil** que evita el conflicto de ceder personal para Comunicación, asignar un espacio físico con equipamiento, entre otros aspectos que se dificultan en la organización. Se acuerda que los equipos se conforman en función del material a producir, con la coordinación de Comunicación. Se establece un “elenco estable” y el resto se suma según el tema en cuestión. El área de Comunicación se constituye como un **área móvil**: en ocasiones funciona en Maternidad e Infancia, en otras en Epidemiología, se gestionan los espacios de las áreas o las salas de reuniones.

Los equipos quedan conformados de la siguiente manera.

El **equipo de estable** integrado por:

- una edu-comunicadora²⁴ con orientación en Políticas y Planificación
- un comunicador con orientación en Periodismo
- una epistemóloga-bióloga, asesora de la Subsecretaria²⁵ (eje pedagógico)
- una psicopedagoga de EPS (eje pedagógico)

El **equipo móvil** integrado por:

- integrantes del área involucrada (eje temático y conceptual)
- diseñador, ilustrador e imprenta que se contrata (eje técnico comunicacional)

En todas las iniciativas y acciones realizadas, los actores involucrados son consultados respecto de diversas cuestiones (contenidos específicos y procedimientos de gestión administrativa) y también son invitados a sumarse a la tarea.

Trabajo conjunto

En el trabajo con **Maternidad e Infancia** surge como dato relevante, según las estadísticas del período, que el “*80% de las consultas pediátricas en las guardias de hospitales y centros de Salud se debe a los accidentes en la infancia*”²⁶. El tenor de esta información se percibe con mucha preocupación. Los comunicadores indagan

²⁴ Quien suscribe, además de formarse en comunicación, tiene formación en educación popular, recreación y animación sociocultural; en el Ministerio se utiliza el término “edu-comunicadora” para referirse a este perfil de comunicador, diferenciado del periodista.

²⁵ Esta Asesora, viendo el trabajo que se desarrolla en Comunicación manifiesta a la Subsecretaria su interés por participar del Equipo.

²⁶ Nota de reunión con Maternidad en Infancia. 1996.

sobre los accidentes, de qué tipo son, niños de qué edades, quiénes los llevan a la guardia, qué se ha hecho hasta el momento. El tema queda planteado, sin respuesta pero relevado.

Con posterioridad se realiza una reunión en la **Dirección de Promoción y Protección de la Salud**, con el área de **Prevención de Accidentes**: ellos tienen un **expediente para materiales educativos** de urgente resolución, quieren hacer un **material de prevención de accidentes** pero no saben por dónde empezar. Se los pone al tanto del tema de Maternidad e Infancia y se evalúa como alternativa a la demanda la realización de un material sobre “Prevención de accidentes **en la Infancia.**”

Ambas áreas están de acuerdo en la propuesta y en el trabajo en conjunto. Los comunicadores offician de “traductores y mediadores” para empezar a discutir sobre los destinatarios de los materiales, la génesis del accidente, dónde ocurren mayormente y escuchar todo el bagaje sobre el tema. Se inicia una rápida investigación y debate de ejes conceptuales y pedagógicos del material en función de los datos relevados sobre las situaciones más comunes de accidentes en los niños.

La Subsecretaria aprueba la propuesta y el tema: se atiende una demanda de salud importante y se utiliza una licitación en curso.

De esa investigación **surge uno de los primeros materiales y queda inaugurada una modalidad de trabajo** que despierta interés y trae satisfacción.

Metodología de entrevistas

Se diseña una suerte de “**instructivo-guía**” para el comunicador -investigador que orienta **pasos concretos de la entrevista** como así también el ánimo o la disposición previa del equipo de comunicación estable y se lo llama “Escucha Activa

aplicada a entrevistas”. Propone una serie de preguntas básicas, teniendo como premisa el **desconocimiento** del tema que se va a abordar. En su mayoría los temas a conocer y profundizar se orientan a la prevención de enfermedades o la promoción de la salud. Al implementarse esta herramienta de “escucha activa” en entrevistas se pretende dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué puntos considera centrales para comunicar?
- ¿Qué es lo más crucial de informar para que la persona no enferme, no se contagie, evite riesgos?
- Para los temas de prevención de enfermedades: para evitar enfermarme de X enfermedad ¿qué tengo que saber y qué tengo que hacer?
- Para los temas de promoción de la salud: para adoptar este hábito preventivo o saludable ¿qué tengo que saber y qué tengo que hacer?
- ¿Para qué grupo social²⁷ es de vital importancia esta información?
- ¿Cómo podemos explicar esto a un niño de 10 años? (esta pregunta apelaba a expresar conceptos de manera sencilla y entendible)

Se le hace saber al entrevistado la importancia de su rol y también que la información que se comparta pasa por un “procesamiento” de acuerdo a **criterios comunicacionales** que tienen por objetivo final contribuir a mejorar la calidad de vida de quienes reciban el mensaje. Se incluye la idea de los **destinatarios** y se explica que no todas las personas hablan de la misma manera por lo que es importante **cuidar el lenguaje utilizado** para que el material sea entendible por los destinatarios.

27 Se investiga edades, género, regiones del país y todo detalle que colabore en la caracterización de los destinatarios del mensaje.

C.-Materiales producidos

Los **criterios acordados para la elaboración del material**, respecto de los **contenidos** son:

- atender necesidades evaluadas por las áreas como urgentes, planteadas en el perfil epidemiológico nacional.

Se presentan aquí algunas imágenes de los materiales educativos producidos con alguna observación sobre la experiencia. Los materiales completos se adjuntan en el **Anexo**.

1996 - Prevención de accidentes en la infancia

Folleto tríptico A4 – papel ilustración mate – 115 grs. 4 colores



Este material simboliza el vínculo cooperativo entre áreas que trabajan separadamente y la aparición de un destinatario adulto involucrado en el cuidado de los niños. Es el primer material “sin propietarios”, ya que mueve el **eje de propiedad y autoría** y la pertenencia de un tema a un área del organigrama. Se lo imprime solo con la identificación del Ministerio de Salud.



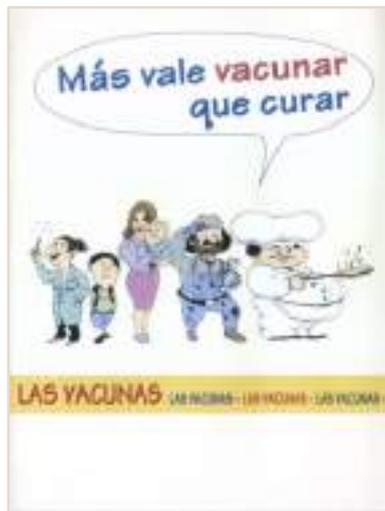
Exterior e interior desplegados

1997 – Promoción de la vacunación infantil

(Inmunizaciones)

Las Vacunas

Folleto díptico A4 – papel ilustración
mate – 115 grs. 4 colores



Exterior desplegado



Interior desplegado



Calendario Nacional de Vacunación

Volante 15 x 20 cm –papel ilustración
mate – 115 grs. 4 colores



Sobre estos materiales se
profundiza más adelante en
“Dos casos: Inmunizaciones y
Dengue”



1997 - Prevención del Dengue I*²⁸

Folleto tríptico A4 – papel ilustración mate – 115 grs. 4

colores



Exterior desplegado



Interior desplegado

1997 - Cartilla para agentes sanitarios y líderes comunitarios*



Tamaño medio A4 – papel ilustración mate de 115 gr. 2 colores.

6 páginas



1997 - Afiche de prevención* - Imagen no disponible

²⁸ (*) Sobre todos los materiales de Prevención del Dengue se profundiza en “**Dos casos: Inmunizaciones y Dengue**”.



1997 - Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante

Postales de cartón laqueado, 17.5 cm x 12cm

Material financiado por la Embajada de Nueva Zelandia

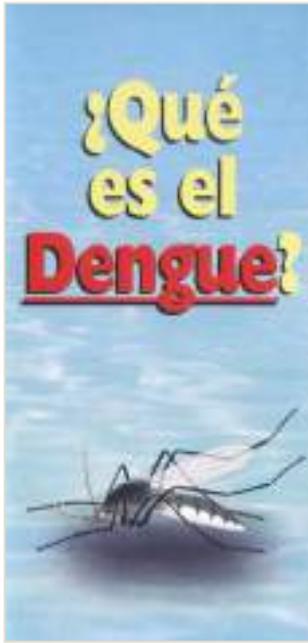


1997 - Afiche Lactancia materna

Este material responde a la urgencia de un expediente que debía ser resuelto a la brevedad. No se disponen de imágenes de lactancia materna que puedan usarse públicamente ni de tiempo para elaborar un texto.

El diseño se resuelve por la “buena voluntad” de la imprenta, con la que ya se han realizado varios trabajos. Se selecciona una imagen de un manual de la OPS correspondiente a una marcha en Nicaragua. Se valora la expresión de alegría de la mamá que, a la vez de manifestarse, da de mamar.

El material es aprobado por la Subsecretaria. Al llegar a imprenta, el responsable se comunica con Comunicación para avisar que el ingreso está demorado hasta constatar un dato. El profesional de la imprenta se acerca al MS y hace ver un detalle que **nadie ha visto**: en la foto elegida, la mamá lleva colgado del hombro un **fusil**. Se trata de una militante sandinista. Los funcionarios consideran inadecuado el fusil y la imprenta “lo borra” de la foto.



1998 – Prevención del Dengue II*

Folleto tríptico A4 – papel ilustración mate – 115 grs. 4 colores



Cantidad 100.000

Exterior desplegado



Interior desplegado

1998 – Prevención del Dengue*

Volante “Patio limpio” – 14 cm x 20 cm – papel obra 90 grs 2 colores – cantidad: 500.000



Volante “Dengue” – 14 cm x 20 cm – papel obra 90 grs 1 color – cantidad: 500.000





1999 - Prevención de enfermedades cardiovasculares

Folleto tríptico A4 – papel ilustración mate –

115 grs. 4 colores



Exterior e interior desplegados

Para la selección del tema se prioriza el dato obtenido en reuniones de equipo que posiciona a las **enfermedades cardiovasculares como primera**

causa de muerte en el país.

El material debe realizarse con urgencia dadas las contingencias administrativas del expediente en curso. No se disponen de imágenes para ilustrar el material. El Ministerio de salud de España tiene realizado un folleto sobre la temática en cuestión. Se logra contacto y autorizan el uso de las imágenes para la realización del material argentino.

Se enfoca el mensaje con algo de humor, resaltando al corazón como órgano vital. En la investigación de producción se concluye que una de las “ideas fuerza” de la prevención es el “cambio de hábitos” y no resulta fácil pedirle al destinatario del material que lo haga. Para suavizar los clásicos mensajes imperativos y culpabilizadores se utiliza el humor y un imperativo más del lado del “ruego” que de la “orden”.

Así el material remata con el pedido **“de corazón...;cambie!”**

El material se boceta a mano alzada y la imprenta aporta el diseño.



1999 - Los cuidados en el embarazo

Afiches para Hospitales y Centros de Salud



Las imágenes aquí presentadas son fotos del material original, en tamaño A4 se presentan en los Anexos²⁹.

Esta serie de afiches se realiza con la Dirección de Salud Materno Infantil por pedido de ellos.

²⁹ Quedan algunos materiales sin presentar, afiches de dengue y lactancia materna, folletos de promoción de la lactancia materna, cartillas de cuidados del embarazo para líderes comunitarios ya que no pudieron recuperarse en el Ministerio, se deterioraron los originales o no se editaron por diversas razones.

D.-Prensa de la Subsecretaría

Para **1997** se desarrolla una **estrategia de prensa integrada** al trabajo en comunicación que se viene realizando, no solo integrada: la idea es que participe del modelo conceptual. Se pretende, además, abordar una problemática de los medios: dados los intereses particulares, no siempre se interesan por difundir información sobre salud y prevención.

Las principales ideas de las acciones de Prensa desde la Subsecretaría son:

- manifestar coherencia con el concepto de salud que se promueve
- contribuir con la salud como un derecho básico
- promover el derecho a la información
- poner atención en los destinatarios y escribir en función de ellos
- destacar la prevención, los comportamientos de cuidado, la participación comunitaria y otros ejes del trabajo en comunicación.

Para ello se incorpora al equipo de la Subsecretaría un **estudiante de la carrera de la orientación en Periodismo**.

Comunicación de la Subsecretaría, además del desarrollo de contenidos, asistencia a las áreas y producción de materiales educativos, se aboca a escribir contenidos para los medios. Los temas son los clásicos de la **agenda de salud** y de los **días internacionales conmemorativos**: lactancia materna, tabaquismo, diabetes, hantavirus, dengue, inmunizaciones, entre otros. Las **gacetillas** tienen criterios periodísticos y educativos. A este respecto describe Fernando Sánchez³⁰, responsable de Prensa en Comunicación de la Subsecretaría entre 1997 y 1998:

³⁰ Fernando Sánchez es graduado de la carrera con orientación en Periodismo y se desempeñó como responsable de Prensa de la Subsecretaría durante 1997 y 1998.

“La sensación es que estaba todo por hacerse. No hay una estrategia de vinculación a los medios, una estrategia de prensa. Por un lado es una ventaja, una oportunidad porque cualquier tema que se propone, enseguida da resultado”. (Sánchez, 2015)

En esta etapa se hace más frecuente la relación con el área de **Prensa del Ministro** y se instala en la dinámica de la organización que la Subsecretaría responde a inquietudes de los medios vinculadas a los **temas de salud**.

Capítulo 3

Marco teórico

Introducción

En este capítulo se ofrecen los **conceptos** que operan como punto de partida o marco de referencia **para abordar el ámbito de desempeño** del comunicador: las políticas públicas del sector salud. La propuesta recorre de lo más general a lo más particular.

En la primera parte se desarrolla el contexto del **Estado en los años noventa**. Luego se suman aspectos conceptuales de **comunicación y políticas públicas**. Se continúa con lo específico del **campo de la salud** sumado a lo particular y concreto de las **organizaciones de la Administración Pública Nacional** en nuestro país. Para continuar con lo singular de las **organizaciones** en tanto están integradas por individuos que interactúan entre sí en función de tareas y objetivos definidos, es pertinente reflexionar sobre los **fenómenos grupales** ya que forman parte del ámbito más concreto en donde el quehacer profesional del comunicador se despliega y su rol se construye.

Para finalizar, se presentan algunos conceptos sobre las **producciones comunicacionales** específicas que caracterizan la intervención en comunicación analizada: los **materiales educativos**.

El esquema de este Capítulo es el siguiente:



1.-El Estado en los años noventa

El despliegue legal y normativo que desarrolla la “**Reforma del Estado**” caracteriza al Estado de los años noventa. Si bien en este trabajo no se profundiza la política económica neoliberal implementada en el período, es relevante mencionar algunas particularidades del **contexto social, político y económico de la época**.

Las políticas neoliberales implementadas por el Estado tienen su antecedente directo en la **dictadura militar** de 1976 a 1983. Para 1996, la sociedad argentina viene de atravesar un proceso hiperinflacionario entre 1989/1990 que produjo un deterioro pronunciado de los sectores de menos recursos de la sociedad y una pauperización acelerada de los sectores medios. El Estado se vale del montaje de un aparato legal basado en la figura de los “Decretos Presidenciales” (sin debate legislativo) que le aporta el **marco normativo** para privatizar empresas estatales y encuadrar el despido de trabajadores, solo por mencionar alguno de los aspectos devastadores que inició el mismo Estado.

Los años noventa se caracterizan por el **retramiento del Estado** de sus antiguas funciones de “Estado de Bienestar” y la creciente pérdida de derechos adquiridos. Esto permite entender que la idea de **lo público** cambia a lo largo del tiempo, desde un Estado de Bienestar que, luego de la 2da. Guerra mundial, pasa a ocupar todo el espacio de lo público hasta el Estado ausente o retraído de los años ‘90 que abandona el espacio público. Durante esta década, lo “público” permanece en gran medida pegado a lo “estatal”, sin embargo, en algunos sectores de la sociedad civil se concibe lo público trascendiendo al Estado mismo, como responsabilidad de todos los actores sociales. Los Ministerios nacionales son parte activa de este modelo de Estado. Es así que a la luz de esta breve descripción de época, es posible observar

un **modelo de comunicación** en consonancia con los principios del Estado, es posible encontrar marcas enunciativas en las producciones comunicacionales de la APN que refieren a un determinado modelo de enunciador - enunciatario y no a otro. Respecto de los tipos de mensajes emitidos por los organismos gubernamentales, como señalan Petracci y Waisbord (2011), vale preguntarse también por las “concepciones comunicacionales presentes en los tomadores de decisión del estado nacional”.

2.-Comunicación y Políticas Públicas

Hay conceptos generales relevantes a la hora de pensar la comunicación en el ámbito de las políticas públicas y aplicables, o si se quiere adaptables, a los diferentes niveles de organización del Estado ya sea en la administración nacional, la provincial o la municipal.

La **comunicación** en el ámbito de las políticas públicas es entendida desde de una **visión integral**, como un fenómeno humano ligado a la vida en comunidad, relacionado con la organización humana, con sus prácticas sociales y culturales y con la producción social de sentido. Es así que **toda organización de la APN**, sus integrantes, sus intercambios, sus saberes, sus conflictos, es el **lugar donde ocurre la comunicación**. Su mirada y la de sus producciones tienen en cuenta estos fenómenos por encima de lo vinculado a los medios de comunicación o las tecnologías y no pretende reducir el proceso de comunicación a lo estrictamente medible en términos de transmisión y medios de información. Como señala Jesús Martín Barbero se trata de pensar los procesos de comunicación **desde la cultura** y ello implica “*romper con la seguridad que proporcionaba la reducción de la problemática de comunicación a*

la de las tecnologías” (1991:227). Pensar en comunicación y políticas públicas no es centrarse en cantidad de computadoras, notas de prensa levantadas por los medios de comunicación, cantidad de visitas al sitio web o cantidad de notas periodísticas que se publican sobre el Ministro de turno. Si bien estos pueden constituirse como aspectos a observar y analizar entre otros, por sí solos no sustentan un abordaje integral de la comunicación. No obstante, es frecuente observar que esta visión instrumental de la comunicación sea la más difundida en la APN.

Esta visión encuentra sustento en frecuentes episodios que manifiestan la **confusión sobre la identidad disciplinar de la comunicación** (Petracci & Waisbord, 2011) ya que, en el ámbito de la salud los especialistas y funcionarios han comenzado a ver a la comunicación en función de las contribuciones que puede hacer a la salud.

Entender la comunicación desde un punto de vista integral es aceptar y dar cuenta de la **complejidad** que caracteriza a los **procesos comunicacionales**. Desde esta perspectiva se parte de comprender la **comunicación como un proceso de producción de sentido**, en el cual los actores sociales interactúan permanentemente y sus relaciones, historia, presente y entorno están atravesados por factores sociales, económicos, políticos y tecnológicos. Atender estas cuestiones es pensar en la **comunicación desde la cultura**, esto es, desde las prácticas sociales de la vida cotidiana y desde las relaciones sociales como procesos de comunicación en el contexto en que estos se inscriben.

Paul Watzlawick (1979) para analizar los comportamientos que se dan al interior de una **organización** señala que los modos de comportamiento empleados por los miembros de una misma cultura como medio de comunicación son infinitos y

responden al hecho de haber crecido, haberse formado y socializado dentro de una concreta forma cultural.

El abordaje de una organización de la APN desde una **perspectiva comunicacional** tiene como eje para su desempeño el análisis de la **cultura particular de la organización** y de la **comunicación como un proceso social permanente** que integra palabras, gestos, miradas, vínculos interpersonales, rituales institucionales, valores y normas de la organización. Es decir, la perspectiva comunicacional incorpora la multiplicidad de comportamientos y los sabe influenciados por contextos particulares, condiciones económicas, políticas, sociales y tecnológicas. En este sentido, es útil comprender la **noción de contexto** según lo proponen Marc y Picard (1992) como conjunto de sistemas simbólicos, estructuras y prácticas que constituyen un orden y un referente que hace posible el intercambio.

Este enfoque también es apoyado por Uranga en tanto que forma parte de los **objetivos del comunicador**: *“conocer a los individuos en el marco de las relaciones de unos con los otros y comprender los significados que se construyen en la interacción en situaciones concretas”* (2007:14-15) y con el encuadre que ofrecen Petracci y Waisbord en su investigación sobre Comunicación y Salud en la Argentina: *“una visión de la comunicación vinculada con el proceso de participación en la producción e intercambio de ideas y opiniones”* (2011:13).

Las **políticas públicas** son entendidas como aquellas acciones que tienen por objetivo la distribución de bienes y recursos que les corresponden por derecho a los ciudadanos (Uranga, 2011) y como el *“conjunto de acciones u 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” (Ozslak & O’Donnell, 1981:112). También como las decisiones y acciones que lleva adelante un gobierno en función de solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios (Tamayo Sáez. 1997: 2).

A los efectos del análisis hay que considerar que estos conceptos están atravesados por lo particular del contexto histórico de que se trate. Es decir que, dependiendo de la época, los conceptos mencionados estarán afectados por la singularidad de las características del Estado y lo público en ese momento y, muy posiblemente, las modalidades del comunicar estén también afectadas por el modelo político.

3.-Comunicación, Salud y Políticas públicas

Es difícil separar a la comunicación de la salud y de las políticas públicas. Se ha realizado el esfuerzo en función del análisis, proponiendo un recorrido que presente los conceptos que pueden aplicarse al campo de la comunicación y las organizaciones, independientemente de su categorización como “públicas”, “privadas” o de la sociedad civil”. Luego, se abordaron las cuestiones específicas del campo de las organizaciones públicas o de la APN en tanto organizaciones productoras de políticas públicas.

Ahora se presentan aquellos conceptos distintivos del campo específico de la salud, entendiendo que no es completamente posible aislarlo de la comunicación o de las políticas públicas. La relación entre estos campos es muy particular y podría pensarse que en este movimiento se produce un nuevo fenómeno, amalgamado, con características propias.

La **comunicación** en y desde un organismo público, como ya se mencionara, supone un modelo de enunciador/enunciataro determinado, vinculado con las acciones u omisiones en la modalidad de comunicar desde el Estado. Al incorporar la dimensión específica de la salud es necesario detenerse y observar el sistema operante de significaciones y representaciones determinadas sobre la salud, la comunicación y el rol profesional del comunicador.

Algunos autores sostienen que el **modelo médico hegemónico** sustentado en el paradigma biomédico es característico del modelo de atención médico – paciente y manifiesta el privilegio del saber médico en detrimento de los conocimientos de la persona asistida (Diez, Ghittia, Jait & Oliva, 2011).

El modelo médico hegemónico permite comprender el **sistema de jerarquías** que estructuran las organizaciones del sistema sanitario y, en algunos casos, reforzadas por las que traen consigo las organizaciones de la APN. El sistema de jerarquías se expresa en el régimen escalafonario de Recursos Humanos, los grados y categorías de los empleados, la organización vertical de las áreas y las maneras de comunicar, indicadas por el protocolo según sea el área de mayor o menor rango.³¹

Como se menciona en la **Introducción** de este trabajo, hacia 1996 eran pocos los egresados de la carrera de Ciencias de la Comunicación y no era frecuente la participación de egresados y estudiantes en los ámbitos estatales. El **sector privado**, en cambio, realiza **experiencias en comunicación** desde hace varias décadas, más

31 Por lo general en la APN los rangos (del más alto al más bajo): Ministros, Secretarios, Subsecretarios, Directores Nacionales, Directores, Institutos y Departamentos. Para escribir una nota o un pedido a un área superior tiene que incluirse la forma “**se eleva** para su conocimiento...” y si es de menor rango la forma correcta es “**se remite...**”.

bien ligadas la comercialización de sus productos, la publicidad, la imagen corporativa. Algunos autores justifican esta tendencia en la característica propia del sector privado en tanto necesidad de vender sus productos, seducir a los clientes y diferenciarse de la competencia. Por otra parte, y a diferencia del sector privado, el público está al margen de los avatares de la competencia y de la necesidad de vender sus productos, es así que el trabajo en comunicación en el Estado se caracteriza por la conformación de **equipos de prensa**, más vinculados a la difusión de las actividades del funcionario de turno.

La mirada desde la comunicación entiende a la salud como un derecho básico, como proceso colectivo que involucra *“múltiples dimensiones que se extienden más allá del tratamiento de la salud y la enfermedad”* (Diez, Ghittia, Jait & Oliva, 2011). La salud, en tanto fenómeno social posee de una dimensión significativa que involucra al campo de la comunicación; por su misma identidad, la comunicación es capaz de poner a la salud en el contexto de la producción de sentido social y puede leer y reconocer aquellos funcionamientos que, sin ser específicos de la salud, la afectan, la condicionan, la restringen o la promueven.

Las **políticas públicas**, en tanto “ponen en juego” recursos y bienes (Uranga, 2011) también involucran al campo de la comunicación: en el ámbito de las políticas públicas, sin comunicación es verdaderamente muy difícil poner en juego recursos y bienes de los ciudadanos.

La **comunicación** como disciplina procura que sus desarrollos, acciones o estrategias promuevan el ejercicio de esos derechos y contemplen esa visión extendida de la salud. De ahí se comprende que para hablar del comunicador en el ámbito de las políticas públicas de salud sea necesario hablar del contexto histórico, de las características de las organizaciones de la APN, de los grupos y sus

interacciones, de los destinatarios de las políticas públicas y no solo del proceso salud-enfermedad. De ahí la necesidad de pensar a la comunicación involucrada en el desarrollo y la gestión del organismo, acompañando con continuidad y no solamente acotada a la intervención en un período determinado impuesto por una “campana” sobre tal o cual tema.

En el presente trabajo se entiende por “**intervención en comunicación**” al conjunto amplio de acciones y estrategias planificadas e implementadas deliberadamente con el fin de facilitar o desarrollar la comunicación, en el ámbito de la políticas públicas.

Al desempeño del **comunicador** en este ámbito se lo entiende en función de facilitar procesos de comunicación (interna o externa) que permitan contribuir con la salud entendida como un derecho básico y un proceso colectivo, y promover el derecho a la información en tanto derecho habilitante de otros.

Su quehacer se vincula con la generación de instancias tendientes a:

- ofrecer información adecuada y de calidad tanto a los destinatarios como a quienes diseñan las políticas públicas del sector
- fomentar la conformación de equipos de trabajo interdisciplinarios, involucrados en los procesos de comunicación de la organización que tiendan a dar continuidad a los lineamientos de trabajo
- fomentar la participación de los destinatarios
- ofrecer herramientas para su autonomía de manera de favorecer “la construcción de escenarios de encuentro, concertación y participación para la creación de consensos y propósitos colectivos” (Jaramillo López; 2004).

A.-Los fenómenos de poder

El gran marco que define este trabajo es el ámbito de las **políticas públicas en el Estado Nacional**, luego lo específico del campo de la **salud**. Esto supone tener en cuenta una serie de características propias del funcionamiento de la APN que imprimen particularidades a la hora de “hacer comunicación”. Estas características, no solo diferencian a los organismos públicos de los privados en sus rasgos más generales como puede ser que el Estado no establece un intercambio comercial sobre un producto o servicio, sino que afectan las modalidades del comunicar, ya sea por acción u omisión. Vale para el caso el conocido axioma de Watzlawick que señala que es imposible no comunicar (Watzlawick, 1985:50).

Como se mencionara, las **políticas estatales** (o públicas) entendidas como el *“conjunto de acciones u 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”* (Ozslak & O’Donnell, 1981) también determinan las acciones u omisiones en la modalidad de comunicar desde el Estado. Es así que se entiende que **los organismos de la APN comunican**, aún no teniendo un área que organice los aspectos referidos a la comunicación. Comunican con sus edificios, con el acceso a sus oficinas, la disposición del mobiliario, de las computadoras y teléfonos; comunican con lo que dicen o no dicen sobre un determinado tema, con la distribución de tareas, responsabilidades y espacios físicos asignados a ellas, entre otros aspectos.

Estas particularidades tienen que ver con los **fenómenos de poder** en la organización y los ponen de manifiesto. Estos fenómenos se comprenden no solamente como represión o censura sino como “permeando” toda la red de lo social, con lugares de asentamiento más evidentes como el aparato del estado y con

emplazamientos menos evidentes. Es decir que, si bien son puestos de manifiesto con mayor visibilidad en la estructura de la APN, **no son exclusivos de ella** sino que operan en toda organización social ya sea pública, privada o de la sociedad civil. En tal sentido se considera al poder como un fenómeno productor de saberes, placeres, discursos, etc. y se lo entiende en tanto red productiva que atraviesa todo el cuerpo de lo social (Foucault, 1991).

En la organización **los fenómenos de poder remiten a su estructura organizativa** y se manifiestan no sólo en la distribución oficial de responsabilidades sino también en la red de poderes informales. Se pueden considerar posibles fuentes de poder en la organización las mencionadas anteriormente como la distribución de espacios físicos y recursos de trabajo, la asignación de recursos humanos y financieros, la posibilidad de generación de mensajes, el acceso a información y su posibilidad de difusión, la normativa interna, la experiencia técnico-profesional, las cualidades carismáticas de las personas y su ubicación clave en las actividades (Bartoli, 1992). El poder en la organización se inscribe en una relación ambivalente del tipo **poder-dependencia** y se lo entiende como una cierta **capacidad operante** que tiende a modificar acciones en un sentido deseado, para ello se provee de una red de sentidos que lo hacen **aceptable**.

Ciertos elementos observables en la organización podrán dar cuenta de las relaciones de poder y de los distintos tipos de poder circulantes. Estos “elementos” se relacionan con los modelos de distribución de las responsabilidades y posibilidades de decisión (grados de centralización) ejercicio del poder (directivo o participativo según el grado de delegación).

Los aspectos mencionados se encuentran vinculados a la comunicación, es así que donde se manifiesta la **circulación del poder** habrá también una **modalidad del comunicar** para ser notada.

B.-Los fenómenos grupales

En todo grupo social opera una manera particular de concebir la realidad. Esto también vale para las estructuras de la APN, tanto para las más grandes (como un Ministerio) como para las más pequeñas (un Programa). Es relevante e indispensable, a la hora de pensar en intervenciones de comunicación concretas, disponer de algunas herramientas que permitan el abordaje de lo grupal. Las que aquí se ofrecen no excluyen o descartan otras. Se trata de acercar la inquietud a quien se proponga intervenir como comunicador en una organización y presentar una alternativa de abordaje.

Ciertas formas sociales como los usos del lenguaje, la manera de practicar la cooperación, la reacción frente a la discriminación o frente a lo novedoso remiten al estado del **imaginario** de ese grupo. El concepto de imaginario social refiere a los sentidos presentes en el grupo, construidos en sus interacciones y que dan cuenta de una manera particular de percibir la realidad social. El **grupo**, en esa interacción que ocurre en la esfera de los vínculos interpersonales, construye sus representaciones, la imagen de sí mismos, de los otros y de su relación con esos otros. Esta representación del conjunto permite a los sujetos explicar, organizar y ordenar el mundo social y, así, actuar en él.

Stella Martini define el imaginario como *“el conjunto de imágenes, la representación hecha de memoria, experiencias y proyectos y/o utopías, de que se vale un grupo social para explicar, organizar, ordenar el mundo social, situarse y*

actuar en él” (...) “el imaginario de un grupo social actúa en las formas en que éste construye el sentido en un momento determinado” (1995: 12).

El grupo y sus **representaciones** constituyen un aspecto válido a tener en cuenta a la hora de hacer comunicación en el ámbito de la APN. La identificación de las representaciones sociales de un grupo determinado, como por ejemplo una Subsecretaría, un Instituto o un Programa, en un momento dado, es posible a través de la observación de sus publicaciones, las formas de expresarse de sus integrantes, el registro de prácticas sociales comunes, normas y valores ponderados. Estos indicadores operan en la vida cotidiana, en apreciaciones, discursos y conductas sociales, y expresan siempre un estado del grupo a la vez que reflejan su estructura actual y la manera en que reacciona frente a los acontecimientos.

El **imaginario** contribuye con la pertenencia grupal, designa su identidad colectiva, en esta operación marca las fronteras de éste y define sus relaciones con los otros. Por otro lado, el imaginario opera sobre la organización en el plano simbólico, es decir que interviene activamente en la **memoria colectiva** para la cual los hechos cuentan **menos** que las representaciones imaginarias de estos mismos.

Es necesario abordar la problemática del “grupo”, “lo grupal” y “los fenómenos grupales” para profundizar en la comprensión de los procesos de comunicación. La teoría de grupos propuesta por Pichon-Rivière (1985) propone realizar un enfoque transversal o, si se quiere, transdisciplinar: se deja de lado la pretensión de dar cuenta de los acontecimientos grupales desde un solo cuerpo teórico como pueden serlo la sociología, la comunicación, el psicoanálisis.

Tiempo, espacio, número de personas y objetivos comunes (tarea) crean las condiciones para la constitución de un grupo. Esto es lo que se llama el “**dispositivo grupal**” que es específico y propio de ese grupo y no de otro.

4.-Producción comunicacional

En el marco de esta investigación, producción comunicacional hará referencia a:

- los materiales educativos producidos en el período
- las diversas acciones específicas³² desarrolladas a fin de contribuir con los contenidos vinculados a la salud que la Subsecretaría deseaba comunicar a la población.

A.-Materiales educativos

Los materiales educativos agrupan una variedad de formatos, soportes y contenidos y se presentan como objetos, herramientas capaces de facilitar alguna experiencia de aprendizaje (Kaplún, G. 2002). Por “formato” se entiende la presentación, la forma que toma el material: si es gráfico (volante, tríptico, afiche, revista, cartilla, prendedor) audio, video, entre otros. El soporte será el material concreto con el que se hace: papel (tipo, gramaje, tamaño), CD, DVD u otro. Muchos

32 Se consideran parte del repertorio de la “producción comunicacional” aquellas acciones o actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, planificadas a modo de Taller, que se realizan como apoyo a la presentación de materiales educativos.

de estos nombres provienen de la categorización que hacen los fabricantes y se imponen a la jerga del comunicador debido a la información técnica que se requiere en las solicitudes de presupuestos.

La cualidad de “educativos” está dada por la intencionalidad en su producción, en la selección de información, en el cuidado del lenguaje utilizado en función de quiénes recibirán ese material para que pueda facilitarse una experiencia de aprendizaje. Se trata de posibilitar una “*experiencia de cambio y enriquecimiento en algún sentido: conceptual o perceptivo, axiológico o afectivo, de habilidades o actitudes, etc.*” (Kaplún, G. 2002). El material educativo persigue una **finalidad pedagógica**, entendida en un amplio sentido no exclusivamente acotado a la educación formal, y **transmitir un conocimiento** que enriquezca la experiencia individual y comunitaria. Por lo general en la producción de un material educativo están presentes una cantidad importante de preguntas a las que se intentará dar respuesta con el material. Preguntas por el contexto de uso, por las características de los destinatarios y por los criterios de selección de contenidos, por la forma del material, por su distribución. Aun así, con estos cuestionamientos y con la intencionalidad educativa presentes en las instancias de producción, no se garantiza que el material cumpla efectivamente esa función.

¿Cómo se produce un material educativo?

Creatividad, trabajo en equipo e investigación son algunos de los elementos necesarios para elaborar un material de calidad.

La **creatividad** es necesaria para encontrar las respuestas adecuadas a las problemáticas que motivan la creación del material.

Es necesario ocuparse del desarrollo de las propias competencias para promover el **trabajo en equipo** como por ejemplo las habilidades sociales y comunicacionales, que son las que permiten desarrollar un repertorio de comportamientos de manera que la persona se desenvuelva eficazmente en el ámbito de lo social. La capacidad de escucha activa, de reconocer y valorar las diferencias individuales y grupales, y de fomentar acciones prosociales en el equipo, entendidas como *“aquellas acciones que tienden a beneficiar a otras personas, sin que exista la previsión de una recompensa”* (Roche, 2013) facilitan el trabajo en equipo.

Asimismo, la elaboración de un material educativo, por lo general requiere de la **combinación de varios saberes** ya que es difícil que una sola persona reúna todas las competencias técnicas necesarias. Se requiere articular: conocimiento e investigación del tema, diseño, arte y redacción, entre otros.

La propuesta para producir un material educativo de calidad busca trabajar sobre **tres ejes: el conceptual, el pedagógico y el comunicacional** (Kaplún, G. 2002).

Eje conceptual

No solo refiere al tema que se va a tratar y a los contenidos que habrá que desarrollar, también considera la **pertinencia e importancia** de su elección: se requiere responder a criterios planteados claramente. Todo esto implica una **investigación** previa para conocer en profundidad el tema sobre el que se trabajará, realizar consultas a expertos, reunir información, debatir en torno a ella y acordar sobre qué **ideas principales** se busca promover el aprendizaje.

Así también, es tan necesario tener en claro los **motivos** que hacen relevante al tema como quiénes serán los **destinatarios** del material.

Los **motivos** por lo general son contextuales, se relacionan con una coyuntura determinada y las preguntas a las que hay que responder para evaluar la pertinencia y relevancia es ¿con qué propósitos colaborará el material una vez realizado?, ¿por qué es necesario hacerlo? y, en todo caso, ¿es necesario hacerlo?

Los **destinatarios** del material son fundamentales, reunir información sobre ellos de manera de conocer qué necesidades tienen, qué conocen sobre el tema, qué no, qué riesgos corren, dónde viven, dará un panorama para lograr precisión y simplicidad en el planteamiento de los conceptos. Por otra parte también permitirá utilizar un **lenguaje** adecuado en consonancia con la experiencia de aprendizaje que se pretende facilitar.

Eje pedagógico

En esta etapa del proceso es el momento del debate sobre el **cambio o desequilibrio cognitivo** que será necesario plantear para motivar la experiencia de aprendizaje. Es necesario interpelarse sobre **el conocimiento** ¿cómo conocemos?, ¿cómo conocen nuestros destinatarios?, ¿cómo se pasa de un estado de menor conocimiento a otro de mayor conocimiento?, ¿puede el material educativo que se está desarrollando contribuir a esto?

En este punto es importante saber que un material educativo no resultará en un estímulo que tenga una determinada y única respuesta. Es decir, una lectura del estilo de: “Con este material educativo sobre prevención del dengue se disminuirá en X cantidad de meses el número de afectados” sería una lectura errónea que desconoce que los procesos de aprendizaje no están circunscriptos a los modelos de estímulo-respuesta característicos del conductismo. Según la **psicología genética de Piaget**, genética entendida como origen y construcción, ningún comportamiento, aunque sea

nuevo para el sujeto, se inicia desde cero (Piaget & Inhelder, 1997). Se cuenta con esquemas preexistentes que permiten que los nuevos se integren a ellos, de manera que el progreso de las estructuras cognitivas se sustenta en una tendencia al equilibrio entre **asimilación** (interiorizar nuevos objetos, conocimientos, eventos, etc.) y **acomodación** (modificar la propia estructura para acoger un nuevo objeto, conocimiento, evento, etc.).

Como lo señalan Castorina, Fernández y Lenzi (1989)

“En la versión clásica del aprendizaje, la relación entre estímulo y respuesta es de asociación, mientras que en psicología genética es de asimilación. Esta actividad del sujeto es la que subyace al vínculo entre estímulo y respuesta.”

En esta concepción ya no hay un proceso lineal y dirigido de estímulo a respuesta, sino un proceso circular de asimilación inicial del estímulo al esquema de respuesta y de acomodación de las respuestas al estímulo así calificado.”

Del **desequilibrio** progresivo entre estos dos procesos surge el **aprendizaje** o el **cambio cognitivo**.

El **eje pedagógico** se enfoca en aquellos aspectos que puedan producir un cambio cognitivo y que hacen que este material sea “educativo” proponiendo una **clave de lectura** al destinatario; la **metáfora del camino** utilizada por Gabriel Kaplún (2002) es muy gráfica para explicar el recorrido conceptual que debería proponer un material educativo. El **destinatario** será alguien que recorrerá el material, lo usará, lo discutirá, le gustará o no, se apropiará o no de él. Y este es un aspecto no menor para la elaboración de un material educativo: se considera al destinatario, se piensa en él, se lo valora, se lo empodera, se entra en diálogo con él.

Mario Kaplún (1996) analiza tres **modelos pedagógicos** y describe los **modelos de comunicación** que se desprenden de ellos, estos modelos orientan el trabajo del eje pedagógico:

Énfasis en los contenidos

Corresponde al modelo de **educación bancaria** descrita por Freire y privilegia la transmisión de conocimientos e información. “*La educación bancaria dicta ideas, no hay intercambio de ideas. No debate o discute temas. Trabaja sobre el educando*”. (Freire, 1969).

El **modelo de comunicación** que deriva de este modelo pedagógico es el de la comunicación instrumental, como **transmisión de información**, consecuentemente la figura más relevante de este modelo es la del **emisor: es el que sabe**.

Énfasis en los efectos

Se corresponde con la “ingeniería del comportamiento” y está influenciada por la **psicología conductista de Skinner**; entiende que hay maneras efectivas de **modelar y manipular** las conductas de las personas mediante objetivos preestablecidos. Se fundamenta en el modelo de condicionamiento operante que Skinner utilizó en el adiestramiento de animales.

El **modelo de comunicación** es el del “**estímulo-respuesta**”. El emisor-comunicador es una suerte de “arquitecto del comportamiento humano” y puede a través de los mensajes e informaciones emitidos, persuadir e inducir efectivamente a la audiencia a tomar una determinada conducta. La figura relevante sigue siendo el **emisor**, ya que sabe cómo **persuadir y manipular**. El énfasis puesto en los “efectos” implica que el receptor se avenga, se **subordine** y actúe de la manera preestablecida por el emisor.

Énfasis en el proceso

Se destaca la importancia del **desarrollo y transformación de las personas**, prioriza el proceso de interacción del individuo con su realidad y su entorno social y comunitario. Privilegia el proceso de acción-reflexión-acción.

El **modelo de comunicación** pone el énfasis en **el diálogo y el intercambio** que se da entre ambas figuras de la comunicación que asumen ambos roles: quien es emisor en determinado momento se vuelve receptor en otro, en un proceso de apropiación, reinterpretación y nueva formulación de mensajes, conocimientos, información.

La labor sobre este **eje pedagógico** requiere un intenso trabajo de equipo para crear el recorrido conceptual, para plantear la posibilidad de generar un intercambio con el destinatario y de motivar una apropiación del material.

Es una posibilidad planteada pero ello no garantiza lograr el objetivo educativo. Es necesario considerar que el uso posterior que se haga del material pueda escapar “*a las intenciones iniciales y los cálculos de los creadores*” (Kaplún, G. 2002).

Eje técnico comunicacional

Para continuar con la metáfora del camino propuesta por Kaplún, se dirá aquí que una vez que está planteado el camino, hay que evaluar de qué forma se lo va a recorrer, es decir elegir el vehículo más conveniente para este recorrido.

En esta etapa se evalúan **aspectos técnicos de la producción del material**, siempre teniendo en cuenta el sentido pedagógico del mismo. En el marco de esta investigación se trabajaron los materiales educativos **gráficos** dado que son los que se produjeron en la intervención.

Evaluar conveniencia de **formatos y tamaños** de papel en función de aprovechar los cortes de pliegos que ofrezca la imprenta, es una posibilidad a tener en cuenta a la hora de evaluar costos convenientes. Un material que se salga de los tamaños estándares (A4, A5, carta) en ocasiones puede tener un costo elevado por el desperdicio de papel y los cortes que deben realizarse. Elegir **papeles** más livianos o de mayor gramaje que hagan al material más resistente dependerá de los usos posibles. Un volante repartido masivamente en una campaña en la vía pública es diferente en contenido y calidad del papel de un folleto tríptico que se piensa para ser repartido en un consultorio, una oficina pública o una escuela. Así también la elección de **quién lo imprimirá y la cantidad** a imprimir es un aspecto a tener en cuenta en esta etapa. No es lo mismo una imprenta láser, que una que imprime billetes de lotería, que otra que imprime revistas.

El **diseño** del material, las imágenes, ilustraciones, elección de colores, tipos y tamaños de letra entran en juego en función de lo propuesto por el eje pedagógico. No se trata ni de hacer un material al gusto de los diseñadores ni al de los autores, se trata de priorizar al destinatario y de hacer todos los intentos posibles por poner las herramientas del diseño en función del receptor del material.

Capítulo 4

Análisis de la experiencia

Introducción

En este Capítulo se ofrece el análisis de la experiencia en función de las preguntas orientadoras de la investigación y de aquellos aspectos que permitan un acercamiento al rol del comunicador.

Los **materiales educativos sanitarios** se presentan en dos grupos: los producidos **antes de 1996** (sin participación de comunicadores) y **después de 1996** (con participación de comunicadores) para observar similitudes, diferencias y características. Las **representaciones del comunicador y la comunicación** en el organismo son analizadas desde la cultura organizacional, la época y los fenómenos grupales y de poder.

El análisis aporta una mirada sobre **la época y la comunicación**, de manera de caracterizar al ámbito del Estado en relación a la figura del comunicador. Asimismo observa qué se pudo hacer, las **acciones de comunicación** implementadas y el necesario abordaje de lo grupal, los **equipos de trabajo** y la convivencia con otras profesiones para diseñar estrategias de trabajo adecuadas a la organización.

En líneas generales se observa que **el rol del comunicador se construye con resistencias iniciales, contribuye a la articulación entre áreas y a incluir a los destinatarios en la discusión sobre los materiales educativos sanitarios.**

1.- Los materiales educativos sanitarios

“Atajame el expediente”

-Reunión de trabajo. 1996

Antecede a esta intervención en comunicación una modalidad de trabajo en donde cada área se encarga de “su” propia comunicación, con sus propios criterios, predominantemente administrativos, vinculados a las ejecuciones de presupuesto y al **movimiento de “expedientes”**. Es decir, se acomodan los contenidos de comunicación a lo que llega en el expediente. La llegada al área de un expediente de materiales no genera un cuestionamiento sobre por qué ese formato, para quién era el material o en dónde se distribuiría, aun si los materiales presentaban un formato inadecuado para el objetivo pretendido³³. Los actores involucrados, no comunicadores, entienden que hay que trabajar sobre el **contenido** pero carecen de herramientas para evaluar si el formato es el más adecuado para el mensaje y los destinatarios. La lógica de **“atajar el expediente”** se observa en las diferentes áreas que elaboran materiales educativos gráficos o piezas comunicativas, incluso la frase *“atajame el expediente”* aparece con frecuencia en el lenguaje coloquial de los profesionales. Ello hace pensar al expediente de materiales educativos como un “pelotazo” lanzado sorpresivamente al que hay que atrapar antes de que se meta en el arco, en una suerte de movimiento defensivo.

33 Ejemplo de los 50.000 “botones” (prendedores redondos, tipo “pin”) para prevención del HIV. 1996.

En el **Depto. de EPS**, que centraliza las producciones de materiales educativos sanitarios se manifiesta un gran apego a la modalidad de trabajo que vienen desarrollando hace largo tiempo y poca receptividad a la hora de realizar cambios. Si bien es el área más cercana a la comunicación, perciben a los comunicadores como “competidores”.

Las licitaciones de materiales educativos presentan serios errores en el detalle de lo pedido como por ejemplo **no solicitar diseño de materiales** cuando el Ministerio no puede ofrecerlo, o elegir a la imprenta más económica omitiendo el detalle de que se trata de una **imprenta que hace billetes de lotería** y no puede responder con calidad. No se detalla ni tipo de papel, ni gramaje ni cantidad de colores.

La lógica del proceso de **solicitud de materiales** a través de un expediente enfatiza más el **factor administrativo**:

- que no se pierda la ejecución presupuestaria,
- que no se retrase el expediente,
- que circule por las oficinas correctas,

y menos el **factor comunicativo**:

- para quién es el material,
- qué tipo de soporte es más adecuado,
- qué necesidades de comunicación y salud tiene ese sector,
- cómo se distribuirá.

Se da por supuesto que el médico que inicia un expediente tiene razones de validez que justifican las cantidades y el tipo de material. Así como en la relación médico-paciente, el paciente no cuestiona al médico, así también ocurre con los expedientes: **no se cuestiona qué piden, como si hubiera que aceptar la “prescripción médica”**. Las palabras de Jaramillo (2011) ilustran muy bien esta lógica del proceso al interior del organismo público en tanto se piensa en la pieza

comunicativa o en acciones específicas sin un proceso de definición de objetivos que lo sustente. Según este autor, esto “*no tiene nada que ver con pensar estratégicamente...es puramente coyuntural y probablemente azaroso*” y presenta una enorme dificultad para evaluar sus resultados.

Desde el trabajo en comunicación es mínimo el aporte que se logra hacer al ordenamiento de las licitaciones.

A.-Análisis de los materiales previos a 1996

Para las publicaciones de los materiales educativos, las áreas raramente articulan con otra el repertorio de temas comunes o los lineamientos de la publicación. Esta tarea se realiza con gran desconocimiento del terreno concreto, de los ejes pedagógicos, temáticos, técnico-comunicacional que hacen a la producción de materiales educativos. El **calificativo de “sanitarios”** es un tecnicismo que se utiliza en los expedientes y aquello que los distingue de otro tipo de material educativo. Sin embargo, en el lenguaje coloquial, los actores se refieren al material según el **área de procedencia**: el material de **EPS**, el material de **maternidad e infancia**, el material de **epidemiología** y luego al anclaje en el **tema**. El organigrama del Ministerio tiene presencia en el nombre de los materiales y establece la **propiedad** de los mismos en el área productora.

Se acercan aquí algunas observaciones sobre el conjunto de los materiales, sin pretender el agotamiento del análisis, de manera de poder establecer algunas regularidades.

La mayoría de los materiales tienen el mismo formato de tríptico en tamaño A4, los colores predominantes son el rojo, el azul y el amarillo (los colores primarios).

El material sobre **Catarro** (1993) y el de **Alcoholismo** (1995) parecen haber usado la misma matriz de diseño para el interior, fondo celeste y franja superior negra con tipografía blanca y alguna variante como el uso de fotos y la franja roja al pie de página.

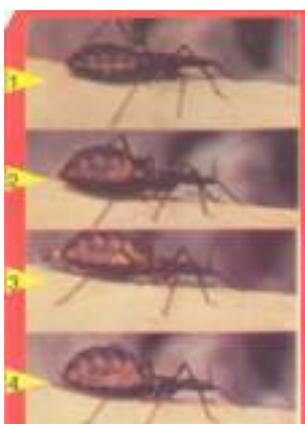
Catarro -1993



Alcoholismo - 1995



Se utilizan **fotos e ilustraciones** de calidad entre media y baja. En el caso del material de **Chagas**, tanto la **secuencia de fotos de la vinchuca picando y defecando**



como la foto del **niño afectado por la enfermedad**, causan una repulsión innecesaria en un material educativo. Las imágenes no parecen adecuarse al género del material.



Las **decisiones sobre el contenido** de los materiales, su redacción y composición gráfica están en manos de los profesionales médicos de las diferentes áreas, no existen los equipos de comunicación.

Respecto de las **marcas de la enunciación**, el **enunciador** se dirige a un Ud. o a un destinatario impersonal cuando los textos son del tipo expositivo/descriptivo. Es quien da las respuestas a las preguntas, utiliza vocabulario técnico, poco entendible y

poco atractivo: poliadicciones, migración errante, conglomerado periurbano, deyección, chagoma, por citar solo algunos ejemplos. Presenta explicaciones que no necesariamente aclaran. En determinados casos se presenta un **nosotros inclusivo**, operación utilizada en el marco de un contrato de lectura que manifiesta **complicidad**, nos incluye a todos y la enunciación es atribuible tanto al enunciador como al destinatario (Verón, 1985). En todos los materiales, el **enunciador** utiliza el **modo verbal imperativo** y da **indicaciones o consejos**. Es un **enunciador que sabe y que impone**, que habla la **verdad objetiva** con **terminología médico científica** y que tiene el **poder del conocimiento**.

La figura del **destinatario** está definida como un interlocutor que no sabe, en relación asimétrica con el enunciador.

En estos materiales predomina el modelo de la **educación bancaria y la comunicación instrumental** dado el claro privilegio por la transmisión de conocimientos e información y la posición relevante de la instancia emisora: es el que sabe.

B.-Análisis de los materiales producidos (1996-1999)

Los criterios de producción

Los criterios utilizados para la elaboración del material, respecto de los contenidos son:

- atender necesidades evaluadas por las áreas como urgentes, planteadas en el perfil epidemiológico nacional.
- abordar temas que afecten a la mayor cantidad de población
- abordar aquellos temas que afectaran la mortalidad o el riesgo de vida

Se prioriza aquel tema que impacte directamente en la mortalidad de la población o produzca riesgo para la vida. Se atiende lo urgente con los recursos disponibles y se busca anticipación a situaciones críticas.

Otro de los **criterios** observados es el de trabajar en función de los **destinatarios**, los afectados directamente por el tema/contenido seleccionado para el material. Esto implica profundizar y definir los **ejes pedagógicos y conceptuales** del material de manera de proporcionar la **información adecuada** sobre el tema:

- que permita evitar la enfermedad, el contagio, la mortalidad
- que en poder del destinatario le brinde herramientas para apropiarse y gestionar su salud y calidad de vida
- que haga diferencia y no sea lo mismo enunciarla que no enunciarla, tenerla que no tenerla
- que sea clara, sencilla y entendible

Se pretende que los materiales sean herramientas para facilitar alguna **experiencia de aprendizaje**. Aparece otra concepción del destinatario y se privilegia el proceso interacción del individuo con su realidad y su entorno social y comunitario. El **modelo de comunicación** pone el énfasis en el diálogo y el intercambio que se da entre ambas figuras de la comunicación. Los materiales presentan un **cuidado del lenguaje** utilizado a fin de evitar culpabilizar o estigmatizar a los destinatarios, ofreciendo información entendible y un diseño más acorde a la época. Si bien pueden discutirse cuestiones sobre el “gusto” de imágenes y colores, el aspecto estético del material es objeto de atención en la producción aun si el acceso a los recursos de diseño es escaso.

A partir de 1997 se desarrolla una **estrategia de Prensa integrada a Comunicación de la Subsecretaría**. Los materiales educativos producidos se transforman en un insumo para Prensa.

Desde la perspectiva de Prensa, los materiales educativos producidos “*abren camino, son sumamente útiles, se profundiza la nota periodística a partir de ahí.*” (Sánchez, 2015)

C.-Dos casos: Inmunizaciones y Dengue

Inmunizaciones

“¿Comunicación?... no hay”
Reunión de trabajo. 1996.

A partir de reuniones de trabajo con las áreas, se observa preocupación por los bajos índices de vacunación infantil. Se comprueba que el **abastecimiento, transporte y conservación** de las vacunas en todo el país es satisfactorio. Dado este panorama, se descarta que el bajo número de niños y niñas vacunados se deba a la falta de vacunas o a una distribución deficiente. El área Técnica formula una hipótesis para dar respuesta al interrogante: “*si los niños no son vacunados es porque sus madres no los llevan a vacunar, sobre todo en las zonas de más bajos recursos del país*”³⁴. Así se distribuye la responsabilidad de la falta de vacunación en “las madres” y se justifica que pueda hacerse muy poco al respecto ya que está “*por fuera de las funciones*” del organismo³⁵.

Desde la mirada de la comunicación se indaga sobre

- ¿cómo hacen las madres para enterarse de la disponibilidad de las vacunas?

³⁴ Nota de reunión de trabajo, 1996.

³⁵ Nota de reunión de trabajo, 1996.

- ¿en dónde pueden encontrar información al respecto como para tomar la decisión de vacunar o no a sus hijos sobre la base de información confiable?

Desde la perspectiva de la comunicación se pone en evidencia no solo que la información básica sobre el tema no llega a la población interesada, sino que **no hay “información básica disponible”** y que esto no se considera una responsabilidad del área Técnica. Esta perspectiva solo es tenida en cuenta a partir de la intervención de los comunicadores. Un dato relevante que surge de la investigación es que las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación son **“gratuitas en todos los Hospitales y Centros de Salud del país”**. Este dato no aparece mencionado en ninguno de los materiales gráficos destinados a la población ya que **el material de Vacunación³⁶ está agotado y desactualizado** y al incorporarse **nuevas vacunas** en 1996.

En 1996 solo hay una alianza con una **empresa láctea** que publica el Calendario Nacional de Vacunación en sus **leches de cartón larga vida**, las leches más caras del mercado³⁷.

En función de la intervención de los comunicadores se logra trabajar con los profesionales del área en la producción del material educativo sobre inmunizaciones que se distribuye en todo el país, especialmente en las áreas de escasos recursos. Se apunta a cubrir las necesidades de comunicación de “las madres” y se aporta un interrogante: quizás las madres (o padres, o adulto responsable) no vacunan a sus hijos porque carecen de la información pertinente.

³⁶ Material de Vacunación ilustrado por Dobal, presentado en **Materiales previos a 1996**. Ver **Anexos**.

³⁷ El Calendario de Vacunación ocupa un tercio del lateral del cartón, con letra tamaño 5 e impresión de calidad notablemente más baja que la utilizada para el logo de la leche.

--- Aprendizajes

La realización de este material posibilita avanzar en una **nueva modalidad de trabajo**. El **contenido** del material es provisto por el área técnica correspondiente y consensuada con Comunicación en cuanto al lenguaje a utilizar según los **destinatarios** del material. Para el material de Vacunación se define que los destinatarios serán madres, padres y adultos responsables de niños. El proceso de **diálogo** con el área Técnica, en tanto proceso de generación de nuevos sentidos y comprensiones, permite **ampliar el “destinatario madre”** e incorporar a otras figuras también responsables del cuidado infantil y, en consecuencia, de su vacunación.

Se presentan **fuertes resistencias** a la hora de realizar el **diseño** del material. El área Técnica que debe **supervisar y aprobar el contenido**, de manera de garantizar que no haya errores en la información de las vacunas, insiste en supervisar tareas de los comunicadores y **descuidan los contenidos del Calendario**. Descartan el diseño propuesto por el área de Comunicación y envían la siguiente propuesta³⁸.



Los Calendarios impresos salen con un **error grave que inhabilita su distribución**³⁹. Se trata claramente de un error de tipeo de los diseñadores que había

sido pasado por alto por el área Técnica.

³⁸ Aquí se presenta la reconstrucción del archivo, en clara alusión a la bandera argentina, ya que se manifiesta que el Calendario debía ser “bien patrio”.

³⁹ Ver Anexos Inmunizaciones.

Los comunicadores resuelven con ingenio la situación para evitar desperdiciar los 50.000 ejemplares impresos y malgastar los recursos de salud. La circunstancia produce un aprendizaje sobre roles, tareas, funciones del comunicador. Queda evidenciado que **los comunicadores no son competidores de los médicos ni resultan una amenaza.**

La producción de este material significa mirar a **la salud como un derecho básico**: es responsabilidad del Estado dar a conocer a la población la gratuidad de los servicios que presta ya que la información sobre derechos posibilita el ejercicio de la ciudadanía (Uranga, 2011).

Dengue

Para fines de 1997 el **inminente arribo del dengue** a la Argentina despierta preocupación. Hace **40 años que no se reportan casos**. Desde Comunicación, la coyuntura se presenta favorable y óptima para realizar una tarea preventiva, especialmente enfocada en las poblaciones de las áreas potencialmente en mayor riesgo. La situación de los países limítrofes al norte, que ya cuentan con un número importante de casos, pesa como argumento a favor de la prevención y se logra poner al dengue en la agenda de la comunicación.

---Aprendizajes

La modalidad de trabajo desarrollada por los comunicadores facilita **actuar preventivamente** con anterioridad a la instalación del dengue en el país. Según lo relatan los funcionarios médicos del área, por primera vez pueden anticiparse a la enfermedad y llegar a la población con información de prevención. La circunstancia plantea el **desafío** de hablar de una enfermedad que todavía no está instalada, **hablar**

del Dengue pero sin Dengue⁴⁰. Se logra armar un **expediente** para la realización de este material con todas las **especificaciones técnicas** necesarias.

El **equipo de Comunicación** queda conformado por la epistemóloga, la psicopedagoga, le edu-comunicadora, el comunicador periodista y el equipo técnico del área. La **investigación previa** aporta información clave sobre los **destinatarios** de manera de ajustar el lenguaje del material. Las **ideas** que se trabajan son la **prevención, instalar el tema pero no el miedo**, generar conciencia en la población y ofrecer **procedimientos sencillos para evitar la presencia del mosquito**. Las **imágenes** ocupan un lugar relevante por sobre el texto de manera de facilitar otras comprensiones y aprendizajes no apoyados en la lectura tradicional de un texto. La producción de estos materiales pone en juego la lucha del capital simbólico por la palabra accesible, sencilla e inclusiva. El “vector transmisor” cede el paso al “mosquito del dengue” y revela a la autoridad médica que hay palabras válidas para contribuir con la salud de la población que no solamente provienen del área médica.

Comunicación promueve un dispositivo para involucrar a agentes sanitarios de las provincias, municipios y a líderes comunitarios para apoyar a los sectores más vulnerables. El material de prevención se orienta a **apoyar el trabajo comunitario**.

⁴⁰ Por lo menos en el primer folleto previsto para 1998.

Para diferenciar el primer folleto “sin Dengue” en el país del segundo “con Dengue”⁴¹ se varían los colores del fondo y se agrega el año de emisión.



El folleto I – sin dengue pone énfasis en las acciones de **prevención** más que en los **síntomas** de la enfermedad (no se mencionan, la enfermedad todavía no está instalada). Los ejes conceptuales del material se presentan como:

Dengue => mosquito => agua (criaderos)

Prevención: Sin criaderos (agua) => sin mosquito => sin dengue

La redacción y el desarrollo de los textos manifiestan el **consenso** logrado respecto de la utilización de un **vocabulario claro y sencillo** en función de los destinatarios del material⁴².

La producción de estos materiales se registra como un antecedente fuerte de **inclusión de la comunicación en estrategias de prevención de enfermedades y la**

⁴¹ Ver el material original en los **Anexos**.

⁴² Para un detalle del proceso de producción y los obstáculos observados ver **Anexo Materiales de Dengue**.

clara necesidad de contar con comunicadores para mejorar la calidad y efectividad de las acciones y utilizar de manera racional los recursos del Estado.

2.- Representaciones del comunicador y la comunicación

*“el comunicadores el periodista”*⁴³

Las **concepciones subyacentes de la comunicación** y la **representación del comunicador** que predominan en la organización se vinculan al modelo de la **comunicación instrumental, centrada en los efectos**: se homologa comunicación a publicidad (no pagada) y se cree que un buen mensaje o un buen material logran un impacto inmediato en el comportamiento del destinatario. Por otra parte, **al comunicador se lo homologa con el periodista**, *“el que escribe bien” “el que publica/consigue notas en los medios de comunicación”*⁴⁴. La nota periodística frecuentemente es asimilada a la publicidad en los medios; por lo general, fuera de las funciones relacionadas al periodismo, **se desconocen cuáles son las tareas, funciones o ámbito de desempeño del comunicador.**

Si bien estas concepciones se muestran dominantes no son del todo homogéneas, en varios sectores se encuentran profesionales con ideas diferentes, abiertos a otras modalidades de pensar y hacer comunicación.

43 Apunte de reunión de trabajo. 1996.

44 Ídem.

Las autoridades de la Subsecretaría se muestran receptivas a distinguir “comunicación” de “publicidad”, a profundizar en la visión estratégica de la comunicación, a despegar de la visión restringida a los medios y las tecnologías. Durante la intervención en comunicación se puede disminuir el énfasis por lo medible en términos de transmisión y medios de información, característico de la APN. Esto permite que el trabajo de Comunicación tenga un enfoque diferenciado de las clásicas acciones de prensa y evaluación de impacto en los medios. La intervención realizada prioriza:

- la producción de materiales educativos sanitarios y de contenidos institucionales de prevención y promoción de la salud
- la asistencia específica en comunicación a las áreas y programas
- la conformación de equipos de trabajo en comunicación

Se observa que la **articulación del trabajo entre las áreas** posibilita que, lentamente, se instale otra representación del comunicador que interpela a la dominante “*el comunicador/periodista*” y que posibilita otros diálogos, críticas y disensos sostenidos en la experiencia de trabajo compartida. No obstante, en palabras de Jaramillo López (2011), los inicios de esta experiencia están signados más por la urgencia de lo coyuntural y lo azaroso que por lo estratégico del hacer comunicación. En este contexto, es de destacar que la **visión compartida sobre la comunicación y el acuerdo sobre su orientación, facilita el diálogo** y la tarea conjunta con las áreas. El trabajo de Comunicación de la Subsecretaría se desarrolla con “bajo perfil”, con respeto por las identidades particulares que se defienden en las áreas y con escucha atenta a las inquietudes manifiestas.

El período del inicio (calculado en un año aproximadamente) se caracteriza por una **gran resistencia a la modalidad de trabajo en comunicación**, sobre todo en

los funcionarios de más alto rango de las áreas. Es en el trabajo con estos funcionarios donde se observa de primera mano el despliegue y el **funcionamiento del paradigma médico hegemónico**.

Es relevante mencionar que la tarea de Comunicación en las áreas es facilitada por el “rango superior” de la Subsecretaría. En una organización rígida y vertical, la obediencia se naturaliza y se manifiesta en las áreas según su posición en la estructura de jerarquías, así lo impartido por un área de mayor rango es acatado por las de menor. En este sentido, algunos aspectos de la **verticalidad** de la organización, juegan a favor de la aceptación de la intervención en comunicación aunque esto no quiere decir que la experiencia esté facilitada en un ciento por ciento. Sobre la **resistencia del período inicial**, en consonancia con lo propuesto por Washington Uranga en el Taller de la Orientación, se puede experimentar a la Comunicación como **disciplina ordenadora** de las otras y de las prácticas en la organización. La tarea en comunicación pone de manifiesto ciertos desórdenes, inconsistencias y omisiones que hacen que la comunicación, hasta ese momento, funcione de una manera y no de otra. Esto implica, natural y lógicamente, un reordenamiento de acciones y operativas de la organización que se vivencian con algún grado de malestar. No obstante, la tarea cumplida concretamente, ya sea en la forma de materiales educativos o en acciones y eventos, reporta altos niveles de satisfacción que compensan el malestar y animan al cambio.

3.- Sobre la época y la comunicación

Toda la caracterización realizada sobre **el Estado en los noventa** y la implementación de políticas neoliberales permite vincular ese contexto a la falta de un área de Comunicación en el MS y a la costumbre de “**tercerizar**” el servicio de comunicación que, eventualmente, se necesitara. Entre otros factores, se pueden entender las pocas experiencias de comunicación **en** el Estado, no solo debido a la escasez de profesionales de la carrera: la comunicación también estaba privatizada y se desarrollaba con alguien de “afuera”, cuando hay fondos.

Así se entiende que la experiencia de los actores sociales del MS estuviera más vinculada con un “**comunicador externo**” y que se manifestaran resistencias propias del desconocimiento, hacia una “intervención” en comunicación **dentro** del organismo.

Por otra parte, las características del **modelo médico hegemónico** no son exclusivas del “consultorio médico” en tanto territorio del vínculo médico/paciente sino que se extiende al organismo público, como si la parte del vínculo correspondiente al rol del paciente se ampliara a todos aquellos que son “no-médicos”. Estas características promovieron ciertas representaciones sobre la salud y definieron un modelo de comunicación en donde la palabra médica es la única legítimamente autorizada para **comunicar** sobre la salud, la prevención y la promoción de hábitos saludables.

A diferencia del sector privado, como se ha señalado, el sector público está al margen de las reglas de la competencia y de la necesidad de comercializar sus productos, es así que el trabajo en comunicación en el Estado se caracterizó por la

conformación de **equipos de prensa**, más vinculados a la difusión de las actividades del funcionario de turno. De ahí se comprende que la representación más comúnmente encontrada sobre “comunicador” lo equiparaba a “periodista”. La comunicación dista de ser considerada como disciplina que “*contribuye con el análisis de la salud como un fenómeno social*” (Diez, Ghittia, Jait& Oliva, 2011).

4.- Sobre la estrategia inicial

Las acciones iniciales en comunicación tienen por **objetivo conocer a los actores, sus interacciones y el marco de la cultura institucional**. La **observación participante** acompañada de notas de campo muestra ventajas para la obtención de mayor conocimiento de la dinámica grupal y sus interrelaciones, la identificación de los roles grupales señalados por Pichon-Rivière, la aparición de liderazgos explícitos e implícitos y el acceso a datos o informaciones restringidas (Aguirre Baztán, 1995:73-84).

La observación de los grupos permite articular acciones diferenciadas según la receptividad a la tarea del comunicador o la resistencia al cambio.

A.-Equipos de trabajo

Circulación, diálogo y vinculación

La conformación de equipos de trabajo involucrados en la comunicación, presenta diferentes reacciones entre los actores:

- La mayoría de los **administrativos** interpreta que el rol del área de comunicación implica sumarles tarea a la que ya tienen asignada. Esto genera resistencia y poca o ninguna participación.

- Los **profesionales no médicos (psicólogos, antropólogos, psicopedagogos)**, menores en número que los administrativos, interpretan que colaborar con un área de comunicación implica mejorar la calidad del trabajo que ya se hacía y se inclinan a colaborar. Es el primer grupo en vislumbrar la colaboración mutua.
- Los **funcionarios médicos** manifiestan resistencia a la participación de los comunicadores en temas que, anteriormente, manejaban ellos. Así también, descalifican la tarea profesional de los comunicadores y la utilización de otro lenguaje que no sea el médico-científico.

En las áreas se observa una fuerte cultura organizacional de pertenencia a la APN, que hace ver a los comunicadores como extranjeros, ajenos al terreno, y manifiesta resistencias al cambio que supone la integración de los comunicadores.

La estrategia de **ir hacia las áreas** permite suavizar rispideces y preconceptos sobre el comunicador y la comunicación, a la vez que reorienta la resistencia al cambio. Poner en práctica una escucha activa y atenta, proponer ideas y materiales que respeten la identidad de las áreas posibilita generar empatía y reforzar el diálogo. En el movimiento de ir hacia las áreas se despierta el interés de una psicopedagoga y una psicóloga de EPS que se suman voluntariamente al equipo de Comunicación.

La utilización de un criterio **flexible y móvil** para el armado de los equipos, responde a la rigidez de la organización y sirve para sortear obstáculos relativos a la administración del personal.

Conforme avanza la tarea conjunta, se consolidan los equipos y la modalidad de trabajo pese a las resistencias mencionadas. El disenso y el diálogo se incorporan a la modalidad de trabajo cotidiano.

El movimiento de los comunicadores al **circular** por las áreas facilita el **vínculo** entre las mismas y, en alguna medida, rompe la lógica del trabajo asilado y la superposición de tareas.

Una artimaña metodológica: Escucha Activa

Esta herramienta surge de las sucesivas experiencias en entrevistas y de la observación

- de la aridez y la dificultad de la organización para incorporar a los comunicadores
- de comportamientos reticentes, por parte de actores del Ministerio, a compartir información.

La intervención en comunicación en este ámbito, se propone poner **énfasis en el sujeto** como parte del proceso de construcción de conocimiento y en lo específicamente humano del fenómeno de la comunicación. La herramienta fue consecuente con esta postura teórica y práctica.

Ante la necesidad de conocer un tema X como el dengue o la lactancia materna, la herramienta propone un **ejercicio metodológico** para llegar a la entrevista habiendo suspendido prejuicios o ideas previas (positivas o negativas) sobre el tema en cuestión. Suspender significa “*colgar o levantar algo en alto*” y también “*detener o diferir por algún tiempo una acción*” (Española, 2014), en el sentido propuesto por la herramienta no significa anular los propios pensamientos o concepciones sobre el tema sino dejarlos de lado temporalmente. El objetivo es tomar conciencia, por parte del entrevistador, del proceso de pensamiento que ocurre durante la entrevista de manera de distanciarse y permitir la escucha de ideas diferentes o nuevas.

“Escucha activa” pretende arribar a cierto conocimiento sobre la base de un diálogo con los actores involucrados, supone la suspensión de ideas previas para

ejercitar la escucha profunda. Da lugar para repreguntar, jerarquizar y ordenar la información teniendo en cuenta la experiencia del otro, su conocimiento, su visión.

Esto constituye la parte “activa” de la escucha que pone en juego el comunicador: su capacidad de **repreguntar** si algo no queda claro, de **relacionar** y de **priorizar**.

5.-Sobre el final de la experiencia

Se amplía el horizonte

*“el comunicador te ayuda a comunicar eso que querés decir
y no sabés cómo hacerlo”*

-Reunión en Maternidad e Infancia. 1999.

Sobre el último año de la intervención las rutinas organizativas se desarrollan más cómodamente y con menos resistencia que durante el inicio. El volumen de trabajo en Comunicación crece y se necesitaba más gente para dar respuesta a la demanda de las áreas. Se entiende que si un material pasa por Comunicación se garantiza una mayor comprensión en la lectura por parte de los destinatarios.

Se da un fenómeno en la organización en donde las experiencias previas se transmiten entre el personal de las áreas y se produce un **movimiento desde las áreas hacia a Comunicación**.

El caso más emblemático es el de la Dirección de Maternidad e Infancia que se acerca a proponer trabajos con el área de Comunicación, pedir revisiones y crear nuevos materiales. El trabajo conjunto que se realiza para reformular afiches y materiales sobre “**Control del embarazo**” permite modificar el lenguaje utilizado de corte militar, imperativo y técnico. El equipo de médicos se muestra muy receptivo a

las modificaciones propuestas, se cambia el nombre de “**Control** del embarazo” por “**Cuidados** del embarazo” para significar un cambio de concepto de lo que se quiere transmitir.

El **control**, más allá del significado como “*comprobación, inspección, intervención*” (Española, 2014) en relación a los exámenes médicos que se realizan en el embarazo, está emparentado con la voluntad de tener algo bajo dominio y con la jerga militar vinculada a la vigilancia del enemigo o de la amenaza. Implica que la figura activa y relevante de esa acción (el control) es el médico ya que es el único que puede y tiene los medios para controlar.

En cambio, el **cuidado**, “*asistir, guardar, conservar*” (Española, 2014) implica un gesto humano que involucra no solo al médico, sino también a la mamá, al papá, a los familiares. Todos ellos pueden ejercer el cuidado mientras que el control lo ejerce solo el médico. De esta manera **se desplaza al médico como figura dominante del proceso** y se da lugar a la participación colectiva y al involucramiento de la embarazada (en este caso) con su propia salud y bienestar. Se trabajan los textos en función de los destinatarios y de generar una cultura de la prevención que resalta el **cuidado por sobre el control**.

Los afiches originales que se pudieron conservar se adjuntan en los Anexos.

Capítulo 5

Conclusiones

El camino del mosquito:
del *Aedes Aegypti* al mosquito del dengue.

1.-Inclusión del destinatario

Uno de los datos más relevantes que surge de esta investigación es sobre **el rol del comunicador y la inclusión de la perspectiva de los destinatarios**, los receptores, los ciudadanos, en el marco de la comunicación del Estado con la ciudadanía.

En el proceso de producción de **los materiales educativos**, se registra:

- **ausencia de los destinatarios** en las discusiones de producción de los materiales educativos o
- **desaparición** en algunos textos o **reemplazo** por la figura de un destinatario con competencias científicas y técnicas más cercano a la comunidad científica que a los ciudadanos reales

Dado que en los noventa el Estado se corre, se retrae de sus antiguas funciones de Estado de Bienestar, también se produce un movimiento, en la Sociedad Civil receptora de las acciones del Estado. Queda desdibujada la figura del beneficiario, destinatario de las políticas públicas, este rasgo tiene su correlato en la producción de materiales educativos.

El **comunicador** es quien está en posición de entender que los procesos de producción de contenidos y los de lectura no son de la misma naturaleza (Jakobson, 1963:87/99) por ello puede introducir elementos que permitan observar desajustes, desfasajes entre la “producción” de un objeto discursivo y la instancia de la “recepción”. Es quien puede mostrar esa brecha de una manera profesional y sin intenciones culpabilizadoras, entendiendo que solo cuando se observa el desajuste es que se pueden programar acciones para corregir el rumbo de esa acción.

Desde esta perspectiva **el rol del comunicador en el ámbito de las políticas públicas**

- es el de quien está atento tanto a los fenómenos de producción como a los de recepción.
- posibilita reorientar acciones hacia los destinatarios con mayor vulnerabilidad y más afectados por las desigualdades sociales. Aportar desde una perspectiva de derechos, orientar acciones de comunicación desde el ámbito de las políticas públicas hacia esos sectores puede contribuir a acortar la desigualdad social⁴⁵.

Es por esto que la comunicación funciona más allá de contribuir con la salud: es parte que conecta con la ciudadanía, el destinatario, los receptores, la población afectada.

2.-Obstáculos

Las dificultades emergentes en el proceso de desarrollo del rol del comunicador se asocian:

- al **desconocimiento** por el área de desempeño de los comunicadores
- al funcionamiento **aislado** de las áreas

⁴⁵ Hugo Spinelli señala que la fuerte presencia del capital económico en el campo de la salud, hace que se desarrollen estrategias para evitar comprometerse con las poblaciones que no tienen capacidad de compra, por parte de los prestadores privados de servicios de salud. Los individuos sin acceso a la ciudadanía son los más afectados por ciertas enfermedades y por la incapacidad de colocar sus problemas en la agenda del Estado (Spinelli, 2010:33).

- a la creencia sobre la **palabra del médico** como la única habilitada para hablar de salud.

La comunicación funciona como disciplina ordenadora en tanto facilita los procesos de aprendizaje en recepción. Orienta, ordena y transforma la palabra médica de manera de hacerla colaborativa con los procesos de salud colectivos.

3.- Aportes y desafíos

La circulación del comunicador en cuanto a su presencia en diferentes áreas, trabajando junto con otros, permite

- evitar situaciones de superposición de tareas tanto por desinformación como por desarticulación entre distintos equipos de trabajo (Jalley & Goyos, 2011).
- aportar otras miradas a la cultura organizacional de la APN y mejorar las interacciones entre los equipos.
- transformar representaciones estereotipadas sobre la comunicación y el comunicador.

El ejercicio activo de **la escucha y el diálogo** facilitan la comunicación con los actores de la organización y disminuyen los estados de defensa grupal y resistencia al cambio que se activan frente a lo desconocido y a lo que, en tanto “nuevo”, se percibe como amenaza..

Entender a la comunicación como un fenómeno humano ligado a la vida en comunidad, relacionado con la organización humana, implica profundizar, incorporar, desarrollar las propias habilidades de comunicación, escucha y diálogo del

comunicador ya que serán requeridas para el proceso de pensar y trabajar junto a un otro.

En cuanto al **espacio del emisor**, de quien diseña las políticas públicas, el rol del comunicador proporciona sentido de la información, de las fuentes, de la veracidad de los datos que se obtienen, de los destinatarios. Todo ello proporciona sustento para la toma de decisiones.

Palabras finales

Se concluye que la intervención de los comunicadores en el ámbito de las políticas públicas permite incorporar conciencia y entendimiento sobre los destinatarios de las mismas de manera de:

- posibilitar ajustes y correcciones en el diseño de las políticas públicas
- mejorar el cumplimiento de las mismas
- generar espacios de intercambio sustentados en el diálogo
- incorporar una perspectiva desde los derechos

Que se produzcan instancias concretas en donde Estado y Sociedad Civil puedan intercambiar, en función de una construcción colectiva, entendiendo que se requiere abandonar el lugar de la queja para avanzar hacia una comunicación asertiva, eficaz, constructiva puede ser un desafío por delante. Esto implicará que ambas partes afinen y desarrollen sus habilidades comunicacionales para dar paso a la construcción conjunta de políticas públicas.

Bibliografía

Bibliografía

- AGUIRRE BAZTÁN, Ángel (Ed.): *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Edit. Marcombo. Barcelona. 1995.
- ANDER-EGG, Ezequiel: *Introducción a la planificación*. 15 a Edit. Lumen. Bs. As. 1995.
- AUSUBEL, NOVAK & HANNESIAN, H (1987). *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. Ed. Trillas, México.
- BARTOLI, Annie: *Comunicación y organización*, Ed. Paidós, Bs. As., 1992.-
- BLANCO, M.: *Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimiento*, Andamios. Revista de Investigación Social, vol. 9, núm. 19, mayo-agosto, 2012, pp. 49-74, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México.
- BOHM, D: *Sobre el diálogo*. Ed. Kairos. Barcelona. 1997.
- BOURDIEU, PIERRE: *Cosas dichas*, Ed. Gedisa, Barcelo, España, 2000.
- CASTORINA, FERNÁNDEZ y LENZI: *La psicología genética y los problemas de aprendizaje*. En: *Psicología Genética*. Bs. As., Miño y Dávila. p.17. 1989.
- DIAZ, Esther (Ed.): *Metodología de las Ciencias Sociales*. Edit. Biblos. Bs. As. 1997.
- DIAZ BORDENAVE – CARVALHO: *Planificación y comunicación*. Edit. CIESPAL. Quito. Ecuador. 1978.
- ELLIS, C., (2003) “*Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity. Researcher as Subject*”, en Denzin, N. y Lincoln, Y. (eds.), *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*, Thousand Oaks, California: Sage. En BLANCO.M: op.cit.
- FREIRE, P: *La Educación como práctica de la libertad*. Tierra Nueva, Montevideo, Uruguay. 1969.
- FOUCAULT, M.: *Microfísica del poder*, Ed. De La Piqueta, Madrid, 1991.

GAITÁN, 2000: 1 “Exploring alternative forms of writing ethnography. Review Essay: Carolyn Ellis and Arthur Bochner (eds.) (1996). Composing Ethnography: Alternative Forms of Qualitative Writing”, en Forum: Qualitative Social Research, 1(3), Art. 42, [9 párrafos]. Artículo en línea disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0003420>.en BLANCO, M. Op.cit..

JARAMILLO LÓPEZ, J.C. “*El arte del ajedrecista*”, Ponencia presentada en el VII Simposio Latinoamericano de Comunicación Organizacional, “Comunicación Estratégica o Estrategias de Comunicación, he ahí la cuestión del DIRCOM, sep 28-30/2011 Universidad Autónoma de Occidente, Cali, Colombia.

Modelo de Comunicación Pública Organizacional e Informativa para Entidades del Estado MCPOI, USAID/Casals & Associates Inc. Bogotá; 2004.

KAPLÚN, Gabriel: *Contenidos, itinerarios y juegos*. VI Congreso de ALAIC Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, junio 2002.

Producción de materiales educativos: ¿educadores, comunicadores o poetas? Intersecciones en Comunicación. n.2 Olavarría, Bs.As. Argentina. ISSN 2250-4184 (versión On-line), ene./dic. 2002.

KAPLÚN, M: *El comunicador popular*. Lumen – Humanitas. Bs.AS. 1996.

MARC E. & PICARD D. *La interacción social cultura, instituciones y comunicación*. Barcelona, España: Paidós Ibérica. 1992.

MARTÍN -BARBERO, J, *De los medios a las mediaciones*, Ed. Gili, Barcelona, España, 2da. Edición. 1991. P.227.

O’DONNELL, Daniel. *Contrapuntos, Ensayos escogidos sobre autoritarismo y democracia*. Paidós. Bs.As. 1997.

OROZCO GÓMEZ, Guillermo: *La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa*. Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario – Universidad Nacional de La Plata. La Plata. 1996.

PÉREZ SERRANO, Gloria: *Investigación Cualitativa. Métodos y Técnicas*. Editorial Hernandarias. Bs. As. 1994.

PETRACCI, M. y WAISBORD, S (comps.): *Comunicación y Salud en la Argentina*. La Crujía Ediciones, Bs.As. 2011.

PIAGET, J. & INHELDER, B: *Psicología del niño*. Ed. Morata. Madrid, España, 1997.

Pichon-Rivière - AGREGAR

PRIETO CASTILLO, Daniel: *Diagnóstico de la comunicación. Mensajes, Instituciones, Comunidades*. Edit. Quipus. Quito. 1990.

(artículo) *Gestión de la comunicación, una práctica en medio de condicionamientos*. 2011. http://www.inta.gov.ar/ediciones/dialog/13_8/gescomu.pdf

ROBIROSA, M., CARDARELLI G., LAPALMA A., CALETII S., *Turbulencia y Planificación Social*, Edit. Siglo XXI, España.

ROCHE OLIVAR, R: *Educación prosocial de las emociones*. Artículo. LIPA Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada de la Universidad Autónoma de Barcelona. 1997.

RODRÍGUEZ GÓMEZ, G; GIL FLORES, J; GARCÍA JIMÉNEZ, E: *Métodos de investigación cualitativa*, Ed. Aljibe, Málaga, España, 1999. cap 2.

SIRVENT M. T., *Estilos participativos ¿Sueños o Realidades?*, artículo de la Revista Argentina de Educación, Año III, N°5, 1983.

CARRILLO, Ernesto (comp). Alianza Universidad. Madrid.

SONTAG, S: *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas*. Taurus, Buenos Aires.1988

TAYLOR, S.J. y BOGDAM, R: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires, Paidós. 1986.

URANGA, Washington: *Conocer, transformar, comunicar: para incidir*. 2014. Disponible en: <http://tallerdeprocesos.blogspot.com.ar/>

Mirar desde la comunicación. Buenos Aires, 2007. http://www.wuranga.com.ar/images/pdfs/mira_2007.pdf

Sin comunicación no hay políticas públicas democráticas. Mimeo. 2011. Disponible en http://www.wuranga.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=112:sin-comunicacion-no-hay-politicas-publicas-democraticas&catid=38:textos-proprios&Itemid=27

VASILACHIS DE GIALDINO, Irene: *Métodos Cualitativos I. Los problemas teóricos metodológicos*. Centro Editor de América Latina. Bs.As. 1993.

VERÓN, Eliseo: *La semiosis social*. Buenos Aires, Gedisa, 1987.

WINKIN Ives: *El telégrafo y la Orquesta*, en *La nueva comunicación*, Barcelona, Kairós, 1984.

WATZLAWICK, Paul: “*Confusión*” y “*Desinformación*”, en *Es real la realidad?*, Barcelona, Herder, 1979.

WATZLAWICK, P; HELMICK BEAVIN, J; JACKSON, D: *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, Herder, 1985.

Leyes y Decretos

Ley de Reforma del Estado 23696/89

Decreto Presidencia 1006/95

ANEXOS

Materiales educativos previos a 1996

*Recordemos
que:*

Si informamos correctamente a nuestra población acerca del contenido alcohólico que cada bebida posee, alertando de su uso peligroso al conductor de vehículos, al trabajador, a las mujeres jóvenes y a los adolescentes en general, habremos dado un paso hacia adelante en el control del uso indebido, a través de un consumo moderado y responsable.
Es decir beber inteligentemente.

Consulte sobre intoxicaciones alcohólicas en cualquier Hospital o Centro de Salud del país.
Pueden hacerse también en:

- A. A. (Alcohólicos Anónimos) (01) 855-1813
- ALANON — (01) 326-3389
- C.A.D.A. (Consejo Argentino de Alcoholismo) — 342-4942
- C.U.I.D.A. (Control del Uso Indebido del Alcohol) — 381-8911/47. Int. 557

"USO INDEBIDO DEL ALCOHOL"



MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE RECURSOS
Y PROGRAMAS DE SALUD
1985

¿Sabe usted?...

...Que dentro de las sustancias de abuso, el alcohol es la que más frecuentemente se consume, constituyendo un verdadero problema sanitario nacional, aun mayor que el de las drogas ilícitas.

• Que constituye, en un gran porcentaje de los casos, la puerta de entrada a otras sustancias más peligrosas, resultando el vehículo principal de las pólidasicciones juveniles contemporáneas.



¿Sabe usted?...

• Que no sólo afecta a los hombres adultos en edad productiva, influyendo negativamente la capacidad económica de la Nación, sino que enferma a adolescentes y mujeres jóvenes, constituyéndose en grupos de alto riesgo y sobre los cuales también hay que dirigir las acciones preventivas.

• Que en la gran mayoría de los accidentes de tránsito interviene el consumo de bebidas alcohólicas, antes o durante el viaje.



¿Sabe usted?...

• Que el abuso de alcohol es un factor conflictivo introducido entre las personas complicando las relaciones laborales y sociales, hasta el punto de perder las amistades, la familia y el trabajo.

• Que favorece los cambios reiterados de residencia, originando una "migración errante" con la consecuencia inmediata de asentamientos temporarios en conglomerados perturbados precarios generadores de patología social marginal.



En magnitud e impacto social la bebida problemática sólo es superada por la enfermedad de Chagas-Azúcar y la desnutrición infantil.

Una sola ingesta excesiva de alcohol (más de 100 c.c. de alcohol alcoholol en una mujer durante los tres primeros meses de embarazo puede dar lugar al embrión ocasionando el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF).

El alcohol participa en una gran diversidad de delitos como homicidios, suicidio y lesiones.

Asimismo, predispone a desencadenar episodios de violencia familiar. Pese a la causa de la violencia por se atribuye a ella con enorme peligrosidad.

6 La aplicación de VACUNAS no requiere en general la observación de ningún régimen alimenticio determinado ni de precauciones especiales, siendo posible, antes y después de la vacunación, mantener una vida absolutamente normal.

7 Las reacciones que pueden llegar a provocar algunas vacunas son en general, muy escasas y leves y constituyen una molestia ínfima si se compara con el beneficio futuro que proporcionan.

8 Casi ninguna vacuna tiene contraindicaciones que hagan impensable evitar su aplicación. Sin embargo, en casos de duda, siempre el médico podrá dar la debida indicación. Los niños ómnívoros, también deben vacunarse.

En cualquier hospital o servicio sanitario oficial del país, la aplicación de vacunas se hace en forma

GRATUITA



**TIENEN USTED Y LOS SUYOS
TODAS LAS VACUNAS NECESARIAS?**

ESTAS VACUNAS	EVITAN	ESTAS ENFERMEDADES
BCC, TRIPLE	→	TUBERCULOSIS DIFTERIA-TETANOS COQUELUCHE (TOS CONVULSIVA)
DOBLE SABIN	→	DIFTERIA-TETANOS
ANTISAKAMP, ANTITETANICA	→	POLIOMIELITIS SARAMPION TETANOS

MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL
SECRETARIA DE RECURSOS
Y PROGRAMAS DE SALUD

1995

LO MEJOR PARA SUS HIJOS • LAS VACUNAS • PORQUE EVITAN EL RIESGO DE GRAVES ENFERMEDADES

1 Las vacunas constituyen un medio simple y eficaz para prevenir graves enfermedades infecciosas.

2 Es conveniente guardar una atención completa de las fechas en que niños y adultos reciben las distintas vacunas. En cualquier consulta médica puede resultar un dato de mucho interés.

En tal sentido, es muy importante conservar el Carnet de Vacunaciones.

3 Es necesario aplicar **TODAS LAS DOSIS INDICADAS** para cada vacuna si se desea lograr una protección suficiente y prolongada.

4 Si una vacuna no se aplica en la fecha indicada, debe recibirse cuanto antes, lográndolo luego el esquema de vacunaciones. Todas las vacunas pueden aplicarse simultáneamente.

5 Las **EMBARAZADAS** deben vacunarse con vacuna antioftálmica para transmitir defensas a los hijos en gestación. Al nacer, éstos tienen así una protección sin que les haya por lo menos hasta la edad en que debieron recibir sus propias vacunas.

"MISMO ESQUEMA DE VACUNACIONES SIMS"

EDAD	BCG (1)	TRIPLE (2)	SABIN	SARAMPION	DOBLE (3)
Recien Nacido	1x, Dosis				
2 ^o Mes		1a Dosis	1a Dosis		
4 ^o Mes		2a Dosis	2a Dosis		
8 ^o Mes		3a Dosis	3a Dosis		
11 Meses				UNICA DOSIS	
18 Meses		1a ^o REFUERZO	1a ^o REFUERZO		
Impru Escudo	1a ^o REFUERZO	2da REFUERZO	2da REFUERZO		REFUERZO
15 Años					REFUERZO
cada 10 Años					REFUERZO

NOTA: (1) BCG-TUBERCULOSIS (2) TRIPLE: DIFTERIA, TETANUS, COSECHUQUE (3) DOBLE: DIFTERIA Y TETANUS

EMBARAZADAS: Vacuna Antioftálmica. Aplicar una dosis en la 1^{ra} consulta cualquiera fuera el tiempo de gestación y la 2^{da} dosis, en un lapso no menor a 3 meses. Refuerzo: al año de la 2^{da} dosis.

ADULTOS: Vacuna doble o antioftálmica: cada 10 años.



TOME SOL CON PRECAUCION

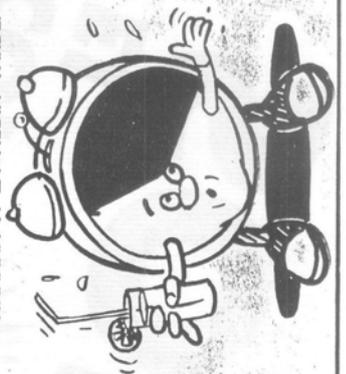
TENGA EN CUENTA

1 El sol intenso de primavera y verano contiene alta proporción de Rayos Ultravioletas Peligrosas

2 Existe el riesgo aún con cielo cubierto con nubes tenues.

3 Es aconsejable reducir al mínimo posible el tiempo de exposición al sol intenso.

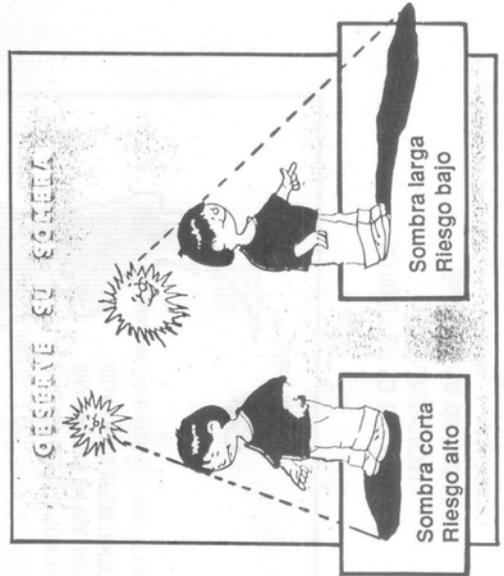
EVITELO DESDE LA MEDIA MAÑANA A LA MEDIA TARDE.



EVITE DAÑOS SOBRE PIEL Y OJOS

AL EXPONERSE AL SOL INTENSO USE:

- 1 Protectores físicos: sombreros, ropa de trama compacta, anteojos con filtro ultravioleta, sombrillas
- 2 Protectores químicos: filtros y pantallas solares



CONSULTE CON UN ESPECIALISTA PARA SU TIPO DE PIEL Y EL FACTOR DE PROTECCION SOLAR

ATENCION

- ✓ La piel y los ojos claros necesitan mayor protección.
- ✓ Deben protegerse con especial cuidado:
 - Las personas de piel sensible.
 - Especialmente los niños
- ✓ Los productos caseros pueden producir reacciones negativas en la piel. Deben evitarse

SI USTED POR SUS ACTIVIDADES DEBE EXPONERSE AL SOL INTENSO



PROTEJAS
 ✓ Use sombreros con alas
 ✓ Use ropa de trama compacta preferentemente de fibras naturales, colores claros.

SIGNO DE ROMAÑA CHAGOMA DE INOCULACION



Algunas veces, la picadura de la vinchuca y la transmisión de los parásitos se hace en la cara, y las reacciones se ponen en contacto con el ojo, ocasionando la triacazón del párpado - ojo en comipota, ó signo de Románia ó chagoma de inoculación, que es uno de los signos típicos de la etapa aguda de la infección porque se presenta sólo en un porcentaje de casos muy menor no mayor del 5%. En muchos casos, se presentan chagomas cutáneos.

9 de cada 10 nuevos casos de la Enfermedad de Chagas se producen en los primeros años de la vida. La infección chagásica diagnosticada a tiempo y tratada correctamente, puede significar, sobre todo en la niñez la curación definitiva.

PARTICIPACION SOCIAL

El esfuerzo conjunto, coordinado de las instituciones y de la propia comunidad es un factor esencial en la lucha contra la enfermedad.



ELIMINACION DE LA VINCHUCA

Este insecto es el enemigo que transmite principalmente la infección. Es necesario aprender a identificarla y eliminarla por todos los medios recomendados.



MEJORAMIENTO DE LA VIVIENDA

Reparar las grietas, reventadas y recovecos de techos y paredes. Limpiar frecuentemente la casa y también los corrales, depósitos y galinerías.



CONSULTA AL MEDICO

Concurrir de inmediato al hospital, centro de salud o centro sanitario más cercano, a fin de menor esperanza de haber sido picado por una vinchuca. Controlar todo embarazo y buscar exámenes periódicamente a los niños.



**Tenemos muchos motivos para luchar
contra la Enfermedad de Chagas,
y solo una manera de hacerlo:
TRABAJANDO JUNTOS**

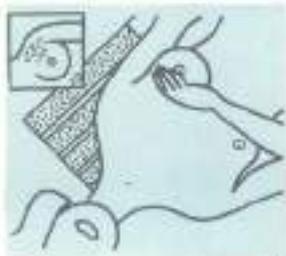
Ministerio de
Salud y Acción Social
de la Nación

Secretaría de Salud

Dirección Nacional de Medicina Sanitaria
Programa de Control de la Enfermedad de Chagas

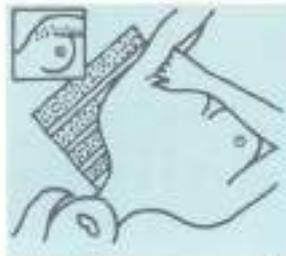


LA ENFERMEDAD DE CHAGAS



6

6. Sin mover el brazo izquierdo, recorra usted con los dedos el cuadrante superior externo, como se indica en el dibujo.



7

7. Finalmente, siga usted palpando desde el cuadrante superior externo hasta la axila.

Para examinar el pecho del lado derecho, ponga el almohadón o la toalla doblada debajo de su hombro derecho y la mano derecha debajo de la cabeza. Utilizando la mano izquierda siga usted el procedimiento indicado en los párrafos anteriores. No se olvide de extender el brazo derecho a lo largo del cuerpo cuando examine el lado externo de la mama derecha.

CUALQUIER ENFERMEDAD SE CURA TANTO MAS RAPIDO Y FACILMENTE CUANTO ANTES SE HAGA EL DIAGNOSTICO Y SE INICIE EL TRATAMIENTO CORRESPONDIENTE. CONFIE EN SU MEDICO.



MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION
SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE PROGRAMAS DE SALUD
DIRECCION DE EDUCACION PARA LA SALUD

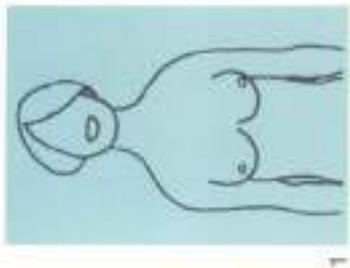
- 1985 -

AUTOEXAMEN DE MAMAS

En las mujeres, las mamas son una de las localizaciones más comunes del cáncer. Como ocurre con todos los cánceres, las probabilidades de curación serán tanto mayores cuanto más precoces sean el diagnóstico y el tratamiento. Muchos cánceres, entre ellos el de mama, dan síntomas fácilmente discernibles. Todas las mujeres pueden contribuir a la protección de su salud examinando regularmente sus pechos.

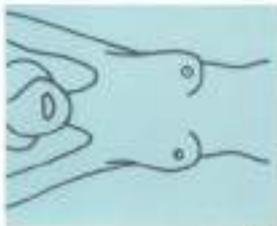
A continuación se explica un método de autoexamen, que dura pocos minutos, y que debe hacerse una vez al mes, a ser posible el día siguiente a la terminación de la menstruación. Después de la menopausia el examen se hará todos los meses el mismo día.

Téngase presente que: 1) los bultos o los nódulos duros, 2) las alteraciones de la forma del pecho ó 3) las secreciones sanguíneas de los pezones pueden obedecer a muchas causas, de las que el cáncer es sólo una. Ello no obstante, cualquiera de esos síntomas debe considerarse razón suficiente para consultar inmediatamente a un médico, que podrá administrar el tratamiento necesario para corregir la anomalía y que tranquilizará a la paciente si la causa de los síntomas no es un cáncer.



1. Póngase usted de pie enfrente de un espejo, con los brazos colgando a lo largo del cuerpo. Observe si hay en sus pechos depresiones o pliegues cutáneos anormales o alteraciones de forma perceptibles a simple vista. No se alarme usted si observa que uno de sus pechos queda algo más bajo que el otro; esa diferencia es enteramente normal.

1



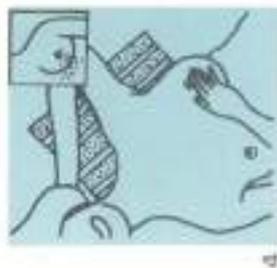
2. Levanta los brazos por encima de la cabeza y siga observando sus pechos, torciendo ligeramente el busto de un lado a otro. Trate de ver si hay alguna diferencia desde el mes anterior.

2



3. Echese usted en la cama boca arriba con un almohadón o una toalla doblada debajo del hombro izquierdo, para que el tejido mamario se extienda por igual. Ponga la mano izquierda debajo de su cabeza y use la mano derecha para palpar el pecho izquierdo con los dedos juntos, pero no rígidos. Trate de ver si hay bultos o nódulos duros. Procure usted como si el pecho examinado fuera un círculo perfecto; examine primero el cuadrante superior interno empezando por el borde más próximo a las costillas situadas por encima de la mama, yendo desde el esternón (el hueso largo central de la parte anterior del tórax). Vaya palpando con suavidad en dirección del pezón y examine también la axila de éste.

3



4. Repita la palpación en el cuadrante inferior interno, empezando por el lado del esternón y de las costillas situadas por debajo de la mama.

4



5. Ponga su brazo izquierdo tendido a lo largo del cuerpo y examine el cuadrante inferior externo del pecho, empezando también desde las costillas de debajo de la mama.

5

Materiales producidos (1996 – 1999)

**Los accidentes de los niños
tampoco terminan
con el accidente.**



**MAS Anticipación
MENOS Accidentes**

MINISTERIO DE SALUD



REPUBLICA ARGENTINA

**Los accidentes de los niños
no empiezan con el accidente...**



La mayoría de los accidentes de los niños ocurren en el hogar

Las caídas

Mesas, bañeras, camas, mesadas, cunas, son lugares de donde los niños se caen. Y en el patio, ¿de dónde se pueden caer?



Las cortaduras

Los niños se pueden cortar con: latas, tijeras, herramientas. Y que encuentran a mano.



Las quemaduras

Cuando los niños están cerca ¿dónde se colocan pavas y ollas con comidas calientes? Agua, leche, café, aceite, sopas pueden derramarse y ocasionar quemaduras.



Las intoxicaciones

Los artículos de limpieza son tóxicos para los niños. ¿Qué otros productos de la casa pueden provocarles intoxicaciones?



En estas situaciones también puede ocurrir un accidente.



Cuando los adultos nos **ANTICIPAMOS** los accidentes **DISMINUYEN**

CALENDARIO DE VACUNACIÓN

EDAD	BCG	CUÁDRUPLE (DPT + Hib)	TRIPLE BACTERIANA (DPT)	SABIN	TRIPLE VIRAL (SRP)	DOBLE ADULTOS (dT _a)
RECÉN NACIDO	1 1ª DOSIS (*)	2	3	4	5	6
2 MESES		1ª DOSIS		1ª DOSIS		
4 MESES		2ª DOSIS		2ª DOSIS		
6 MESES		3ª DOSIS		3ª DOSIS		
12 MESES					1ª DOSIS	
18 MESES		4ª DOSIS		4ª DOSIS		
6 AÑOS	REFUERZO		REFUERZO	REFUERZO	REFUERZO	
16 AÑOS						REFUERZO
CADA 10 AÑOS						REFUERZO

(*) Antes del egreso de la maternidad

- 1 BCG: Tuberculosis
- 2 DPT: Difteria - Pertussis - Tétanos
Hib: *Haemophilus influenzae tipo b*
- 3 DPT: Difteria - Pertussis (Tos Convulsa) - Tétanos
- 4 SABIN: Poliomielitis
- 5 SRP: Sarampión - Rubéola - Parotiditis
- 6 dT_a: Difteria - Tétanos

PARA RECORDAR:
Las mamás embarazadas tienen que aplicarse la antitetánica o dT_a.



MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA ARGENTINA

CALENDARIO DE VACUNACIÓN

EDAD	BCG	CUADRUPLE (DTP + Hib)	TRIPLE BACTERIANA (DTP)	SABIN	TRIPLE VIRAL (SIV)	DOBLE ADULTOS (dTa)
RECÉN NACIDO	1 1º DOSIS (*)	2	3	4	5	6
2 MESES		1º DOSIS		1º DOSIS		
4 MESES		2º DOSIS		2º DOSIS		
6 MESES		3º DOSIS		3º DOSIS		
12 MESES					1º DOSIS	
18 MESES		4º DOSIS		4º DOSIS		
5 AÑOS	REFUERZO		REFUERZO	REFUERZO	REFUERZO	
16 AÑO						REFUERZO
CADA 10 AÑOS						REFUERZO

(*) Antes del ingreso de la maternidad

- 1 BCG - Tuberculosis
- 2 DTP: Difteria - Pertussis - Tétanos
Hib - Haemophilus influenzae tipo 2
- 3 DTP: Difteria - Pertussis (Tos Común) - Tétanos
- 4 SABIN Poliovirus
- 5 TRP: Sarampión - Rubéola - Parotiditis (Paperas)
- 6 dTa: Difteria - Tétanos

PARA RECORDAR

• Las vacunas empalmadas tienen que aplicarse la Dosis Adultos (dTa) de acuerdo al cumplimiento previo del calendario.



MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA ARGENTINA

Más vale **vacunar** que **curar**



LAS VACUNAS LAS VACUNAS - LAS VACUNAS - LAS VACUNAS -

LAS VACUNAS

LAS VACUNAS - LAS VACUNAS - LAS VACUNAS -

ANOTAR LAS VACUNAS - ANOTAR LAS VACUNAS - ANOTAR LAS VACUNAS

¿Por qué son importantes las vacunas?

Porque evitan fácilmente algunas enfermedades graves que pueden ocasionar la muerte.

Porque todos queremos lo mejor para nuestros chicos y para nosotros... y vacunarse tiene mucho que ver con un crecimiento sano y feliz.



"estar vacunado"  significa estar protegido de enfermedades que pueden tener consecuencias graves como el tétanos, la poliomielitis, el sarampión...

Vacunarse es proteger y cuidar la vida de toda la comunidad: chicos y adultos.

MUY IMPORTANTE

- Las vacunas del Calendario Nacional están disponibles en los Hospitales y Centros de Salud de todo el país, en Obligatorias y gratuitas.
- Todos los bebés deben ser vacunados con la BCG antes de salir de la maternidad.



¿Por qué es importante anotar las vacunas?

El carnet de vacunación es como el DOCUMENTO ÚNICO y permite llevar el control de las vacunas que ya nos aplicaron.

Tiene información muy valiosa y nos tiene que durar toda la vida.

Como las vacunas son muchas, a todos nos pesa que nos podamos olvidar.

Por eso es importante anotarlas en el carnet. Seguramente si tengo mi carnet de vacunación todo resultará más sencillo.

Las vacunas...
¿Cuál me da?
¿Cuándo me la da?



**¡LO QUE SE ANOTA
NO SE OLVIDA!**

¿Cuántas enfermedades podemos evitar con las vacunas del Calendario?

- Tuberculosis
- difteria
- perтусsis (tos convulsa)
- tétanos
- meningitis x. *Haemophilus influenzae* tipo b
- poliomielitis
- sarampión
- rubeola
- parotiditis (paperas)

9 enfermedades



¿Qué es el Dengue?



Prevenir el **DENGUE** es posible a través de la participación de todos.

Cooperemos solidariamente.

SITUACION EN LA ARGENTINA

Hasta el momento, no hay **DENGUE** en el país.

Pero se ha detectado la presencia del **MOSQUITO** que lo trasmite.

PARA RECORDAR

- No existe tratamiento específico.
- No hay vacunas efectivas.
- Evitemos que se acumule el **AGUA**.

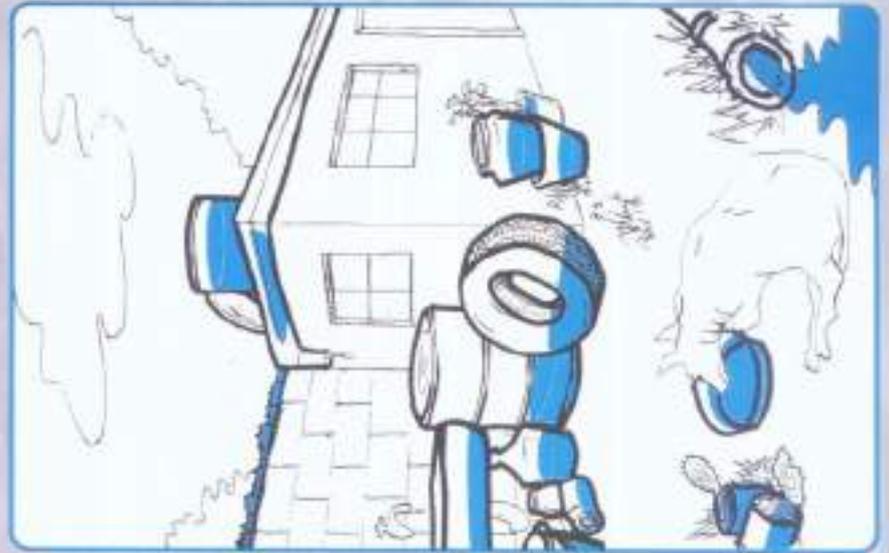


MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA ARGENTINA
1998

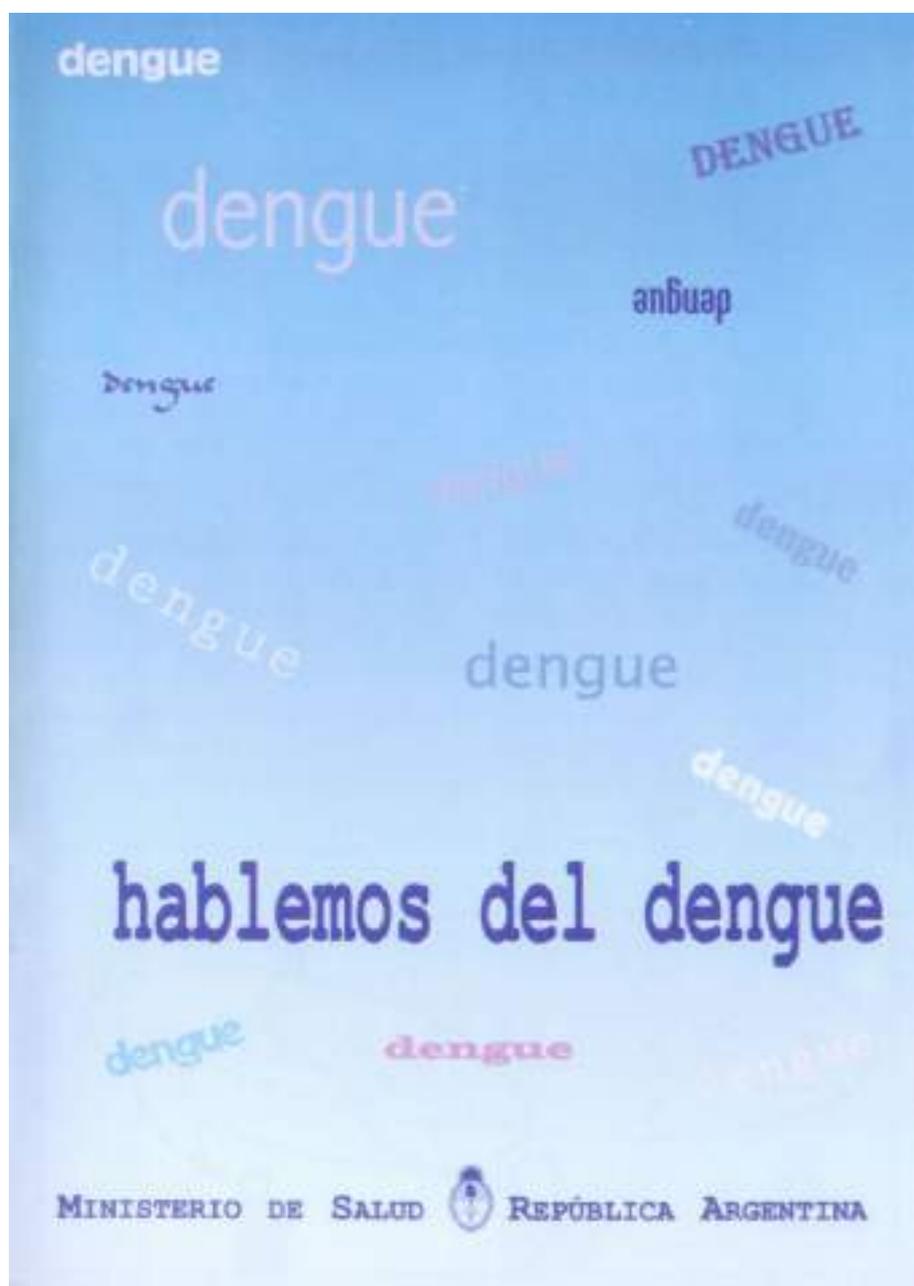
El **DENGUE** es una enfermedad viral de alto riesgo transmitida por un **mosquito**.

El **mosquito** se cría en todos aquellos recipientes capaces de retener **agua**.

Si se impide la reproducción de mosquitos, se previene el **DENGUE**.



- **DESDEHEMOS** todos los objetos inservibles capaces de acumular agua de lluvia que se encuentren a la intemperie. **Latas, juguetes, neumáticos, botas, macetas rotas, etc.**
- **REALTERGAMOS** boca abajo los recipientes que no estén en uso. **Baldes, frascos, botellas, tachos.**
- **YAPIMOS** todos aquellos recipientes que se mantengan con agua. **Tanques, toneles, barriles, cántaros.**
- **CAMBIEMO** el agua de **jarrones, bebederos y peceras** al menos cada tres días.
- **DESDEHEMOS** canaletas y **recodos** para que corra bien el agua.
- **VACIEMOS** tinajas y cacharros.



ESTA CARTILLA ...

... es una herramienta para servir de apoyo al trabajo que muchas personas realizan con y para la comunidad, en el ámbito de la prevención y control del dengue.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE ESTA ENFERMEDAD?

Hay varias razones de importancia, sin duda la más significativa es el descenso de la salud de las personas.

Otras razones:

- se propaga rápidamente y afecta a muchas personas (se presenta en forma de epidemias).
- afecta a todos por igual (porque nadie tiene inmunidad).
- produce una gran debilidad y al recuperarse se leña, esto implica ausencias del trabajo y faltas a la escuela.
- la región afectada se convierte en riesgosa para el turismo.
- se desarrolla en zonas densamente pobladas, en todo, en ciudades (especialmente en las zonas tropical y subtropical).
- no hay vacunas ni tratamientos específicos.

Las medidas preventivas son sencillas y pueden ser hechas participando en su desarrollo.

EL DENGUE

El dengue es una enfermedad viral grave transmitida por la picadura del mosquito Aedes aegypti.

La incubación de la enfermedad dura de 3 a 5 días, aproximadamente.

El dengue se presenta en 2 formas:

Dengue clásico

Los síntomas son:

- erupción-rojitas de fiebre alta
- dolor detrás de los ojos
- dolor de cabeza
- dolores musculares y articulares (como un fuerte resaca alcohólica)
- náuseas y vómitos

Dengue hemorrágico

Los síntomas son similares al dengue clásico y se agravan:

- vómitos y erupciones de color rojo
- sangrados en diferentes partes del cuerpo
- vómitos frecuentes con o sin sangre

RECOMENDAR QUE:

- todo resaca alcohólica o más se debe consultar al médico al instante.
- más especialmente controlado el uso de aspirinas.

EL MOSQUITO



Este es el mosquito:

- vive en lugares de agua estancada.
- se cría en el exterior de las viviendas (recipientes, latas, botellas, etc.).

En el exterior, sigue los lugares frescos y húmedos, terrazas e viviendas o lugares en donde el hombre desarrolla sus actividades.

Las hembras ponen los huevos en las paredes interiores de toda clase de recipientes en los que se acumula el agua.

Entre sus criaderos favoritos vale citar: cisternas, barriles, baldes, frascos, pilas, baldes, floreros, tanques, cisternas, botellas, latas, canchales, estufas, botellas de cerveza, cajas de platos, huesos de cerámica, trozos de plástico, etc.

TRABAJAR JUNTOS

... es la mejor manera de alcanzar el objetivo propuesto:

NO MÁS MUERTE AL DENGUE

Estas son algunas sugerencias para la programación del trabajo comunitario de prevención:

- promover la participación de todos los sectores que integran la comunidad
- involucrar a las autoridades municipales en la participación de las actividades programadas por la comunidad
- realizar reuniones con asociaciones intersectoriales comunitarias para informar sobre la problemática del dengue y coordinar acciones
- capacitar docentes de todos los niveles
- comprometer a los estudiantes en la difusión de mensajes de prevención y control del dengue (por ejemplo: organizando concursos de afiches, etc.).



LA PREVENCIÓN

Como no hay ningún medicamento que lo cure hay

PROTEGERSE DE LAS PICADURAS DE LOS MOSQUITOS

UTILIZAR espirales, pastillas o líquidos fumigantes

APLICAR repelentes en las partes del cuerpo expuestas

OCULTAR mosquiteros o telas protectoras en las ventanas



LA PREVENCIÓN

ni ninguna vacuna que lo prevenga que

EVITAR QUE SE ACUMULE EL AGUA

¿POR QUÉ?
Porque así los mosquitos no tienen lugar para desarrollarse

¿CÓMO HACER PARA ELIMINAR LOS CRÁTERES DE LOS MOSQUITOS?

REVISAR todos los objetos inservibles, capaces de acumular agua: latas, neumáticos, maletas, cajas, juguetes, vasos de yoghurt, etc.

MANTENER SECA ADELANTE los recipientes que no están en uso: baldes, frascos, tachos.

DRONAR los recipientes con agua, cubrir bien las juntas de fosas sépticas, pozos negros y tanques de agua.

RECORDAR el agua de beber debe de animales, floreros, jarrucas, etc. por lo menos cada tres días.

INSPECCIONAR canchales y techos para detectar gotas de agua sucia.

ELIMINAR toda la basura acumulada en torno a las viviendas.

TRABAJAR JUNTOS

- acercarse a los medios de comunicación social para solicitar su colaboración en la difusión de las medidas de prevención.
- Invitar a empresas privadas a participar de campañas de recolección de residuos y a facilitar recursos disponibles.
- organizar una reunión comunitaria para declarar un 'Día de la limpieza' y explicar su finalidad.
- realizar visitas vecinales, convenientes oportunos, para chequear si hay cráteres en las alrededores de la vivienda.
- en etapas posteriores, se puede organizar una "actividad de evaluación" del trabajo comunitario (por ejemplo: una encuesta para conocer qué sabe la comunidad sobre el dengue).

¡NO OLVIDAR EL DIBUJO!
Explicar que este dibujo sea de su utilidad y que sea bien claro sus conclusiones, sugerencias, recomendaciones, etc.

¡GRACIAS!
Mtro. de Educación para la Salud
Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1325, Piso 5.111111 Capital Federal.

evitemos que se acumule el agua
cooperemos solidariamente

MAMÁ, PAPÁ, POR FAVOR NECESITO

- ★ Tomar el pecho
- ★ Dormir boca arriba
- ★ Respirar aire puro
(no fumar)

Soc. Argentina de Pediatría
UNICEF Argentina
Fund. Gianantonio

Ministerio de Salud
República Argentina

Centleza Embajada de Nueva Zelandia

LACTANCIA MATERNA

A black and white photograph of a woman with long dark hair, smiling warmly while breastfeeding her baby. She is wearing a light-colored, short-sleeved shirt. The baby is positioned against her chest, and she is holding it with both hands. The background is a soft, out-of-focus yellow. The text 'LACTANCIA MATERNA' is at the top, and 'BENEFICIA TANTO AL NIÑO COMO A LA MADRE' is overlaid on the lower part of the image.

**BENEFICIA TANTO AL NIÑO
COMO A LA MADRE**

MINISTERIO DE SALUD  REPÚBLICA ARGENTINA
COMISIÓN ASISORA DE LACTANCIA MATERNA

PARA RECORDAR

- El mosquito Aedes aegypti habita en el interior de las viviendas y sus alrededores.
- Si no hay agua acumulada no puede reproducirse.
- No existe tratamiento específico ni vacunas efectivas.
- Está especialmente contraindicado el uso de aspirinas.
- **Ante cualquier síntoma consulte a su médico.**

- **EVITEMOS QUE SE ACUMULE EL AGUA.**

Prevenir el **DENGUE** es posible a través de la participación de todos.

Cooperemos solidariamente.

¿Qué es el Dengue?



MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA ARGENTINA
1999

El **BIENGUE** es una enfermedad viral de alto riesgo transmitida por el **mosquito Aedes aegypti**.

EL **BIENGUE** SE PRESENTA EN 2 FORMAS:

BIENGUE clásico

Los síntomas son:

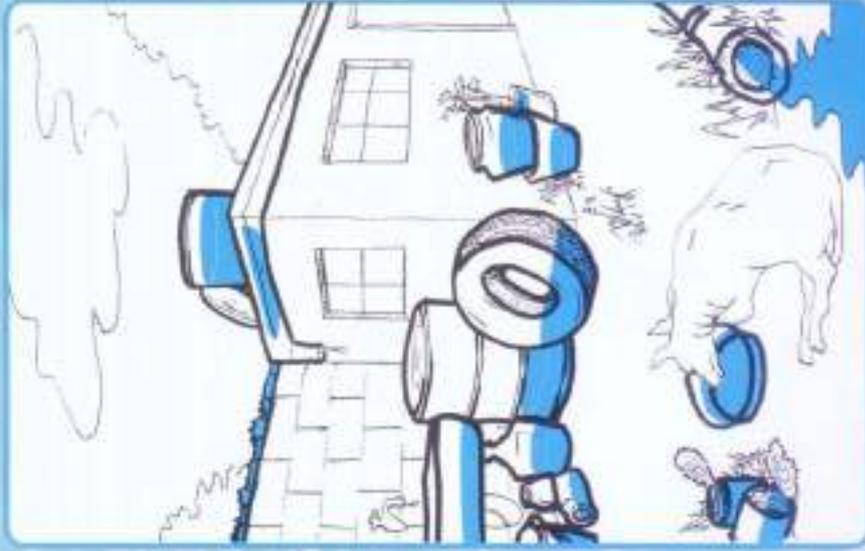
- Aparición brusca de fiebre alta.
- Dolor detrás de los ojos.
- Dolor de cabeza.
- Dolores musculares y articulares (como un fuerte cuadro gripal) náuseas y vómitos.

BIENGUE hemorrágico

Los síntomas son similares al **BIENGUE** clásico y se agregan:

- Severos y continuos dolores de estómago.
- Sangrados en diferentes partes del cuerpo.
- Vómitos frecuentes con o sin sangre.

El **mosquito** se cría en todos aquellos recipientes capaces de retener **AGUA**.



Si se impide la reproducción de mosquitos, se previene el **BIENGUE**.

- **DESHECHEMOS** todos los objetos inservibles capaces de acumular agua de lluvia que se encuentren a la intemperie. **Latas, juguetes, neumáticos, botas, macetas rotas, etc.**
- **MANTENGAMOS** boca abajo los recipientes que no estén en uso. **Baldes, frascos, botellas, tachos.**
- **VALEMOS** todos aquellos recipientes que se mantengan con agua. **Tanques, toneles, barriles, cántaros.**
- **CAMBIEMOS** el agua de **jarrones, bebederos y peceras** al menos cada tres días.
- **DESPEJEAMOS** **canaletas y recodos** para que corra bien el agua.
- **VACIEMOS** **tinajas y cacharros.**

EL MOSQUITO

llamado *Aedes aegypti* transmite esta enfermedad viral.



La PREVENCIÓN se logra eliminando los criaderos del mosquito.

DESECHEMOS todas las objetos inservibles capaces de retener agua de lluvia que se encuentren al aire libre.

D'ENGUE

MANTENGAMOS boca abajo los recipientes que no estén en uso, y pongámoslo tapa cuando estén en uso.

CAMBIEMOS el agua de floreros, bebederos de animales y peceras.

DESPEJEMOS canaletas y recordos para que corra bien el agua.

VACIEMOS tinajas y cacharrros.

AGUA

REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD



DENGUE

NO LE DEMOS LUGAR



Esta enfermedad viral es transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, que se cria en aquellos recipientes que acumulan agua. El dengue se previene eliminando los criaderos del mosquito.

¿QUÉ PODEMOS HACER ?

Participar en la 2da. SEMANA NACIONAL del PATIO LIMPIO

Del 22 al 28 de Marzo de 1999

DESECHEMOS todos los objetos inservibles que estén al aire libre capaces de retener agua.

MANTENGAMOS boca abajo los recipientes que no estén en uso.

¿ COMO ?

TAPEMOS todos aquellos recipientes que se mantengan con agua.

CAMBIEMOS el agua de floreros, bebederos de animales y peceras, al menos cada tres días.

DESPEJEMOS canaletas y recordos para que corra bien el agua.

VACIEMOS tinajas y cacharrros.

COOPEREMOS SOLIDARIAMENTE

MINISTERIO DE SALUD  REPUBLICA ARGENTINA

Las enfermedades cardiovasculares constituyen actualmente la primera causa de muerte en la República Argentina y en muchos países del mundo.

El problema afecta en proporción cada vez mayor, tanto a personas de edad madura como a jóvenes.

La hipertensión arterial, ignorada por muchas personas que la padecen, es un importante factor de riesgo y debe ser controlada periódicamente.

De corazón



¡CAMBIE!



MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA ARGENTINA

En el corazón



late la vida

A su corazón le puede interesar esto...

El cigarrillo

Las sustancias que entran en la composición del humo de cigarrillo provocan frecuentemente enfermedades en el aparato respiratorio como así también alteraciones en la circulación general, especialmente en las arterias coronarias.

Distintas investigaciones demuestran que la proporción de muertes por enfermedades cardiovasculares y broncopulmonares es varias veces superior en los fumadores de cigarrillos.

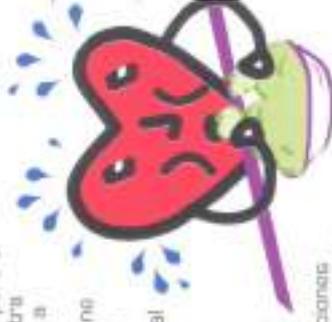
Intentar fumar cada vez menos o mejor aun dejar definitivamente de hacerlo es dar el primer paso.



La alimentación

El exceso de peso significa una permanente sobrecarga para el corazón, que se encuentra entonces más expuesto a cualquier enfermedad.

Tanta importancia tiene cuanto comemos como qué comemos. el consumo excesivo de sal así como de grasas, principalmente las de origen animal (carnes "gordas", yemas de huevo, productos lácteos) y conservas cocinadas crean condiciones favorables para el desarrollo de enfermedades de las arterias. Acostumbrarse a una alimentación variada y suficiente es sencillo, las varsejales son grandes



Las preocupaciones

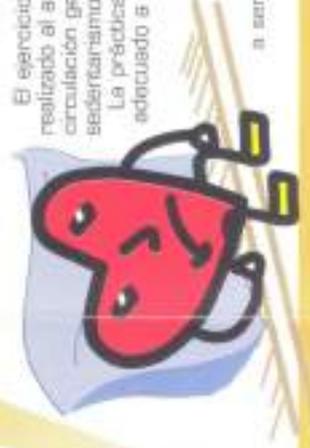
Las situaciones desagradables de la vida nos conmueven emocionalmente y actúan desfavorablemente sobre el sistema cardiovascular. Tratar de superar los problemas con serenidad y equilibrio dará ventajas al corazón.



El sedentarismo

El ejercicio físico, en lo posible, realizado al aire libre, activa la circulación general y evita el sedentarismo.

La práctica de algún deporte adecuado a la edad y a la aptitud personal, o caminar 20 a 30 cuatras todos los días a paso vivo contribuye a sentirse mejor.



Maternidad saludable: un derecho

EL CONTROL DEL EMBARAZO

o "CONTROL PRENATAL" es la visita que se hace para evaluar el desarrollo del embarazo

Y una obligación de todos

¿**CUÁNDO** hay que hacerlo?

Ante la primera sospecha de embarazo o ante la primera falta de la menstruación.

¿**DÓNDE** hay que hacerlo?

En el Hospital o Centro de Salud más cercano.

¿**CUÁNTAS** veces hay que hacerlo?

Lo más conveniente es realizar, al menos, **5 visitas o controles prenatales** a lo largo de todo el embarazo.

¿QUÉ HACE EL EQUIPO DE SALUD EN EL CONTROL PRENATAL?

1 Confirma el embarazo, estima la fecha probable del parto y establece la semana de embarazo a la primera consulta



2 Mide y pesa a la embarazada



3 Controla la presión arterial, realiza análisis de sangre y orina



4 Vigila el crecimiento del bebé midiendo la parza de la mamá



5 Realiza un examen odontológico



6 Escucha los latidos del bebé



7 Aplica la vacuna Doble Adu-
to (contra la Difteria y el Té-
tanos)

8 Revisa los pechos para prepa-
rarlos para la lactancia

9 Asesora sobre alimentación,
descanso, vestimenta, lactancia
materna, preparación para el
parto, crianza, etc.

10 Efectúa el Papanicolaou y la
colposcopia

MAMÁS Y PAPÁS:

* Es muy importante que durante el embarazo se hagan todos estos controles correctamente.
No temas consultar todas sus dudas.

* Si están pensando en tener un bebé, es muy conveniente realizar una consulta médica **antes del embarazo**.



MINISTERIO DE SALUD



REPÚBLICA ARGENTINA

SECRETARÍA DE
PROGRAMAS DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE
ATENCIÓN COMUNITARIA

PARA PRESTAR ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Acudir rápidamente al Hospital o Centro de Salud, si presenta:



- * Pérdida de sangre, flujo o líquido por los genitales
- * Fiebre alta (más de 38° C)
- * Contracciones frecuentes antes de la fecha probable del parto
- * Dolor de cabeza continuo y mareo permanente
- * Hinchazón de cara, de manos o por encima del tobillo
- * Falta de movimiento del bebé luego del 4° mes de embarazo
- * Ardor al orinar
- * Vómitos persistentes
- * Caídas o golpes
- * Aumento excesivo de peso (más de 2 kg. por mes)
- * Tristeza profunda y permanente

PARA RECORDAR:

La consulta rápida ante estas señales permite prevenir complicaciones para la mamá y el bebé



MINISTERIO DE SALUD



REPÚBLICA ARGENTINA

SECRETARÍA DE PROGRAMAS DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN COMUNITARIA

Maternidad saludable: un derecho

LOS CUIDADOS DE LA EMBARAZADA

y una obligación de todos

El embarazo es una etapa natural en la vida de la mujer; eso quiere decir que no es una enfermedad y que se pueden realizar muchas actividades.

Sin embargo, es necesario que toda embarazada se cuide para que su embarazo se desarrolle de la mejor manera posible.

ESTAS SON ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LA EMBARAZADA:

DESCANSO

- * Dormir 8 horas diarias y, si es posible, hacer un descanso luego del almuerzo
- * Evitar la fatiga y los esfuerzos innecesarios

ALIMENTACIÓN

- * Realizar las 4 comidas diarias (desayuno, almuerzo, merienda y cena)
- * Solicitar información al equipo de salud sobre cuál es la alimentación más adecuada

HIGIENE

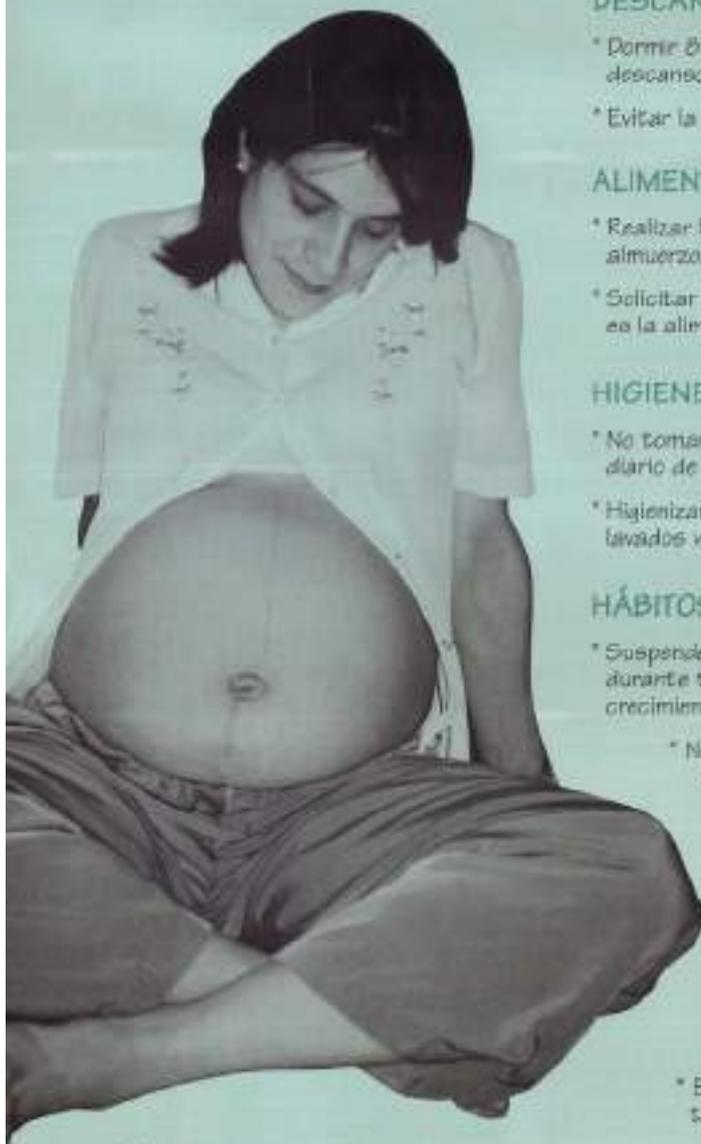
- * No tomar baños de inmersión, realizar un baño diario de ducha
- * Higienizar externamente los genitales; no realizar lavados vaginales, salvo por indicación del médico

HÁBITOS SALUDABLES

- * Suspender el consumo de alcohol y de cigarrillos durante todo el embarazo ya que perjudica el crecimiento y desarrollo del bebé
- * No tomar remedios por cuenta propia (recordar que lo que ingiere la mamá es compartido por el bebé a través de la placenta)
- * Cuando haya que sacar una radiografía, la mamá SIEMPRE tiene que avisar que está embarazada

VESTIMENTA

- * Usar ropa amplia y suelta, sin cinturones ajustados
- * Elegir un calzado cómodo, preferentemente de taco bajo



MINISTERIO DE SALUD



REPUBLICA ARGENTINA

SECRETARÍA DE PROGRAMAS DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN COMUNITARIA

PARA PRESTAR ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

¿Qué es un parto prematuro?

Es el parto que comienza antes de que termine la semana 36 del embarazo.

Estos bebés:

- * **nacen demasiado pronto**, cuando aun no tienen la posibilidad de respirar y alimentarse por sí solos.
- * **están en riesgo de enfermar gravemente y podrían no sobrevivir.**
- * **son llamados "prematuros"**, generalmente necesitan ser internados y recibir **cuidados intensivos.**



Es importante reconocer las señales de un parto prematuro para proteger la vida del bebé

¿Qué se siente cuando se inicia un parto prematuro?

DOLOR O MOLESTIAS DE TIPO MENSTRUAL: debajo o cerca de los ovarios, como antes o después de la menstruación. Estos dolores pueden ir y venir o ser constantes.

DOLOR DE ESPALDA: debajo de la cintura. El dolor puede ir y venir o ser constante.

DOLOR DE ESTÓMAGO: con o sin diarrea.

CONTRACCIONES: son frecuentes y regulares, cada 5 ó 10 minutos, puede o no haber dolor.

SENSACIÓN DE PRESIÓN EN LA VULVA: la mamá siente que el bebé pesa, como si estuviera empujando hacia abajo. La presión va y viene.

AUMENTA LA CANTIDAD DE FLUJO: con mucosidad o sanguinolento (varía del rosa al marrón).

SALIDA DE LÍQUIDO POR GENITALES: debido a que se rompe la "Bolsa de aguas".

SI LA EMBARAZADA NOTA ALGUNA DE ESTAS SEÑALES
HAY QUE CONCURRIR INMEDIATAMENTE AL HOSPITAL O CENTRO DE SALUD
SE PUEDE INTENTAR DETENER UN PARTO PREMATURO



LOS CUIDADOS DESPUES DEL PARTO

CUIDADOS DE LA MAMÁ

- * Realizar un **control médico** entre los 7 - 10 días después del parto
- * **Concurrir de inmediato** al Hospital o Centro de Salud si presenta:
 - * Hemorragia
 - * Fiebre alta
 - * Pérdidas con mal olor
 - * Enrojecimiento, hinchazón, dolor en los pechos
 - * Cualquier dificultad para amamantar
- * **Aconsejarse** sobre la **forma de espaciar el próximo embarazo** (favorece la crianza del niño y la recuperación de la mamá)

CUIDADOS DEL BEBÉ

- * Aplicarle la vacuna **BCG** antes de salir de la Maternidad
- * **Acostar al bebé boca arriba**
- * Alimentarlo **solamente con leche materna**. El bebé recibe así **TODO** lo necesario para su adecuada nutrición, no hace falta agregarle otra cosa, ni siquiera agua
- * Llevarlo al **primer control médico** entre los 7 y 10 días de vida
- * Realizar **controles médicos 1 vez por mes**, así se asegura el buen crecimiento y desarrollo del niño, como también que reciba las vacunas correspondientes



MINISTERIO DE SALUD



REPUBLICA ARGENTINA

SECRETARIA DE PROGRAMAS DE SALUD

SUBSECRETARIA DE ATENCION COMUNITARIA

Los comunicadores gestionan junto con los diseñadores una alternativa de solución para no desperdiciar el material y no malgastar los recursos de salud. Gracias al ingenio de los diseñadores **el material se pudo “remendar”** como se muestra en la imagen y tuvo un costo ínfimo para el Ministerio.



Se imprimió un **rectángulo negro** sobre la palabra “CADA” y se agregó el **número 1** delante del 6.



De esa manera pudieron aprovecharse los ejemplares impresos.

Las impresiones posteriores salieron con el error corregido.

Operado

Hib → Hib conjugado

antes de 1 año

CALENDARIO DE VACUNACIÓN

EDAD	SCG 1	CUADRUPLE (DPT + Hib) 2	TRIPLE BACTERIANA (DPT) 3	SABIN 4	TRIPLE VIRAL (SRP) 5	DOBLE ADULTOS (DTA) 6
RECÉN NACIDO	1ª DOSIS (*)					
2 MESES		1ª DOSIS		1ª DOSIS		
4 MESES		2ª DOSIS		2ª DOSIS		
6 MESES		3ª DOSIS		3ª DOSIS		
12 MESES					1ª DOSIS	
18 MESES		4ª DOSIS		4ª DOSIS		
6 AÑOS	REFUERZO		REFUERZO	REFUERZO	REFUERZO	
CADA 6 AÑOS						REFUERZO
CADA 10 AÑOS						REFUERZO

→ en caso de no haberlo

(*) Antes del egreso de la maternidad

- 1 BCG: Tuberculosis
- 2 DPT: Difteria - Pertusis o (Tos Convulsa) - Tétanos
- 3 DPT: Difteria - Pertusis - Tétanos
Hib: Haemophilus influenzae tipo B
- 4 SABIN: Poliomielitis
- 5 SRP: Sarampión - Rubéola - Parotiditis
- 6 DTA: Difteria - Tétanos

PARA RECORDAR:
Las mamás embarazadas tienen que aplicarse la antitetánica o dTA.

Hib

Ministerio de Salud
REPUBLICA ARGENTINA
Dpto. ASES
(Instituto de Higiene)



MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

edad	vacuna	vacuna	vacuna	vacuna	vacuna	vacuna
edad						
edad						
edad						
edad						
edad						
edad						
edad						

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

ANEXO – Materiales de Dengue

---El contexto

Para fines de 1997 el **inminente arribo del dengue** a la Argentina despierta preocupación en las autoridades de salud. Brasil, Paraguay y Bolivia tienen casos reportados. Si bien en el país se detecta la presencia del mosquito transmisor de la enfermedad, hace **40 años que no se reportan casos**.

---La producción

De la **investigación previa del tema** surge información clave sobre los **destinatarios**. A través de los datos de la **Vigilancia Epidemiológica**⁴⁷ se pronostica que las poblaciones que más afectadas se ubican en las provincias del NEA, las de menores recursos y las de menores niveles de alfabetización⁴⁸. Se plantea el dilema de hacer un material para alguien que no sabe leer. Se sostiene que si el material es comprendido por alguien que no sabe leer, acompañado por la mediación de un líder comunitario, se abarca también a quienes sí saben leer. En cambio, si se prioriza como destinatarios a quienes sabían leer, los que no saben, quedan excluidos.

⁴⁷ Según el Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H Jara”, Vigilancia epidemiológica: es la utilización oportuna, sistemática y periódica de los datos, con el objeto de conocer la distribución de las enfermedades y de todos los factores que afectan directa o indirectamente a la salud de las poblaciones humanas o animales. Es el análisis e interpretación sistemático y oportuno de los datos y la difusión de los resultados y recomendaciones que permite efectuar los cambios necesarios para mejorar la situación de salud. El objetivo general es ofrecer orientación técnica permanente a quienes tienen la responsabilidad de decidir sobre la ejecución de acciones de prevención y control, facilitando a tal efecto, la información actualizada sobre la ocurrencia de las enfermedades, los factores condicionantes y las poblaciones definidas “de riesgo”. (2003).

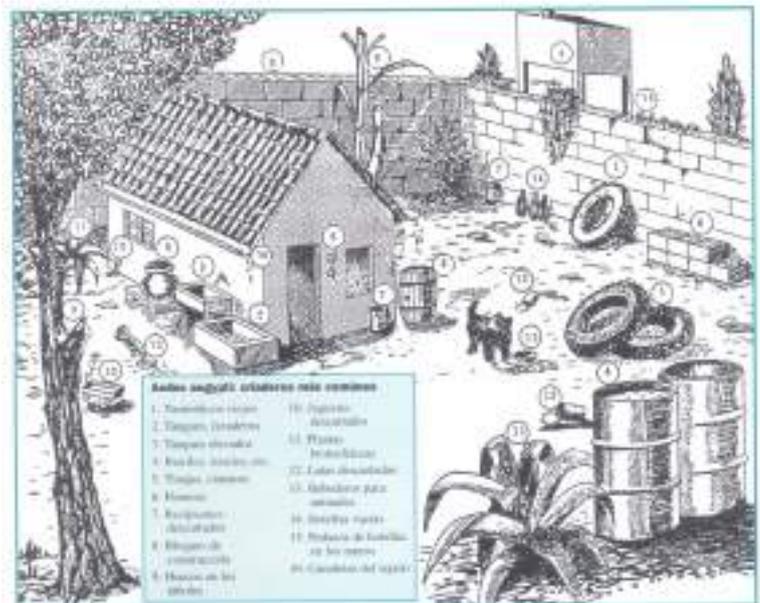
⁴⁸ Los datos sobre recursos y niveles de alfabetización se obtuvieron cruzando información con otras áreas del Ministerio



Se considera fundamental mostrar **claramente** los posibles **criaderos de mosquitos** pero las **imágenes** que podían usarse, tanto de OPS como de EPS, no era aptas. Representan un obstáculo: no hay imágenes disponibles, ni claras ni de calidad.

En esta imagen de un manual de OPS el trazo es confuso y no hay una señal que permita identificar claramente los **criaderos**.

En la imagen de la Revista de EPS las excesivas referencias a través del número asociado a un texto explicativo se consideran poco facilitadoras de la lectura.



Esto manifiesta la necesidad de contratar a un **ilustrador** que pueda interpretar las características de la imagen y crear una para el material.



Esta fue la imagen seleccionada de las opciones que preparó el ilustrador.

Otro de los ejes de la prevención es facilitar la **asociación del mosquito con el agua**. Es por eso que los folletos tienen un fondo que imita un espejo de agua.

--- *El aprendizaje*

La redacción y el desarrollo de los textos representan un **obstáculo** ya que se manifiestan fuertes resistencias a utilizar **vocabulario que no es científico**. Por parte de los funcionarios médicos se insiste en llamar al mosquito por su nombre científico *Aedes Aegypti* y por incluir las características para reconocerlo. En contraposición, dadas las características del material y que **el mosquito mide 5mm**,



Imagen de Manual de
OPS

Comunicación no considera prioritario utilizar espacio del material para describir al mosquito a fin de reconocerlo visualmente, por lo menos en un primer material.

Los escasos materiales de la época hablan del “**vector *Aedes Aegypti***”, no del “**mosquito del dengue**”, denominación que resulta escandalosa para algunos funcionarios médicos. No conciben producir un material con un lenguaje “*tan*

*vulgar*⁴⁹”. Así también se insiste en incluir la **evolución del mosquito** desde su estado de huevo hasta el de pupa ilustrando con las imágenes provistas por los manuales técnicos dirigidos al personal médico científico. El **único material de prevención de la época** se agota y no se puede conservar el último ejemplar. Se trata de una **fotoduplicación en blanco y negro**, tamaño A4 plegada al medio, que transcribe información de un manual técnico de OPS⁵⁰. La transcripción es literal sin ningún tipo de modalización o adaptación del texto en función de los destinatarios. El tamaño de la tipografía 8, el volumen de texto excesivo para el tamaño del soporte, la calidad de la impresión deficiente y poco nítida hacen un material poco atractivo a la lectura.

La imagen de la tapa se presenta a continuación, el tamaño original es medio A4:



Luego de sucesivas sesiones de diálogo se consensuan algunos temas como incluir el nombre científico **Aedes Aegypti a título informativo** pero referirse al mismo como “el

⁴⁹ Nota de reunión de trabajo. 1997.

⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud.

mosquito del dengue". El vocabulario utilizado fue sencillo y no científico dado que el material no estaba destinado a un público médico.

El dengue proliferó en Argentina y a fines de 1998 se reportan los primeros casos. En 1999 se imprimen los segundos materiales educativos con objetivos diferentes del primero: el folleto dengue II (80.000 ejemplares) y la cartilla para agentes sanitarios y educadores populares (50.000 ejemplares). También se reimprimen los afiches (50.000 ejemplares) y los volantes de dengue y "patio limpio" (1.000.000 de ejemplares). Entre el '98 y el '99 se realizan dos "semana nacional del patio limpio" con el apoyo de las jurisdicciones provinciales y municipales, los agentes sanitarios y líderes comunitarios locales. Se registra que algunas provincias utilizan el material provisto por la cartera nacional y lo adaptan a sus particularidades jurisdiccionales elaborando un nuevo material.

En total, en el período analizado se producen y distribuyen

- dos folletos trípticos
- un afiche
- una cartilla para agentes sanitarios y educadores populares
- un volante de prevención
- un volante para "Semana nacional del patio limpio".



ANEXO – Afiches sobre “Cuidados del embarazo”

Hacia 1999 se realiza un trabajo conjunto con el área de Maternidad e Infancia para reformular los afiches de “**Control del embarazo**”. El equipo de médicos se muestra muy receptivo a las modificaciones propuestas, se cambia el nombre de “**Control del embarazo**” por “**Cuidados del embarazo**” para significar un cambio de concepto de lo que se quiere transmitir.

Se produce un debate sobre el rol del Estado y su presencia en lo que comunica. Los profesionales médicos cercanos al área de Comunicación coinciden con la responsabilidad que tiene el Estado en cuanto a garantizar el derecho básico a la salud. Es así que se acuña la frase: “**Maternidad saludable: un derecho y una obligación de todos**” como eje articulador de la comunicación sobre “Cuidados del embarazo” en clara alusión al rol del Estado y a la salud como derecho.



ANEXO – Entrevista a Fernando Sánchez

Sobre la estrategia de prensa

“Mi trabajo era acompañar al equipo que producía los contenidos y los materiales educativos y buscar la noticia. Trabajaba sobre los afiches, cartillas y otros materiales y trataba de darle mayor difusión en los medios. Con esos temas teníamos bastante cabida en los medios... yo no recuerdo si antes se difundía mucho de estos temas de salud... fue un auge... y había buena coordinación con otros organismos como UNICEF y la SAP como para lograr comunicar temas interesantes y eso tuvo peso en los medios...eran muy buenas fuentes juntas comunicado cosas, lograban un mayor impacto.”

Sobre los materiales educativos

“El trabajo de comunicación periodística de base que se hacía con la producción de los materiales educativos era muy importante porque me basaba en esa información que ya estaba procesada y se trataba de ser coherente en las gacetillas, con esa línea, con ese lenguaje. Luego se hacía el trabajo periodístico de buscar declaraciones de los funcionarios de salud sobre el tema, buscábamos la excusa periodística para que sea publicable o generar el interés para que se publicara, pero la base del mensaje, del contenido a trabajar estaba en los materiales educativos, eran claros, útiles, eran la base de las gacetillas de prensa. De ahí surgían las preguntas para la gacetilla, los ejes trabajados en los materiales servían para luego ampliarlos periodísticamente.”

El área de Educación para la Salud

*“Están muy apegados a una cultura de cómo se hacían las cosas **antes**, incluso desde lo gráfico. Desde la comunicación, les cuesta dar el paso, están muy cómodos en una situación de trabajo que vienen desarrollando hace años y lo que hacen es viejo. Quizás*

nosotros los comunicadores veníamos a cumplir un rol que ellos sentían como competencia en vez de apoyo, porque de alguna forma empezamos a coordinar acciones entre las áreas y a aunar criterios de comunicación de las diferentes áreas”.

Sobre las dificultades del comunicador

“No había una cultura de comunicación en el Ministerio; por un lado se veía la ‘interna’ entre médicos y comunicadores: teníamos la sensación de que molestábamos, me acuerdo de bajar a Epidemiología y que no era fácil obtener información. Pero, por el otro lado, se empezaban a ver los beneficios, cuando se veían los resultados de las campañas, los materiales educativos producidos, había satisfacción... se vivía un proceso de cambio en cuanto a la comunicación...había que tener mucha cintura en esa circunstancia para que te quisieran seguir recibiendo en las áreas y que no fuera una situación de molestia permanente”.

Intercambio de mails Red Lacmat

Nosotros leímos el viernes la noticia en el Ministerio de Salud de Buenos Aires. Hoy enviamos nuestra respuesta como carta de lectores. No tenemos mayor información sobre esa noticia en particular, pero alertamos sobre el mayor riesgo que presupone cualquier otro alimento para un bebe, y la necesidad de controlar mucho mas los procesos industriales de producción de alimentos y los niveles de contaminación ambiental.

En definitiva, si la leche humana esta contaminada, como estará la de la vaca!!

1/6/98

Hola a todos!

el día 29/5/98 en el diario La Prensa (Argentina) ha salido un artículo que se titula "Ya no se puede creer ni en la leche materna" y habla sobre la tasa de dioxina en la leche materna "francesa". Dicen haber hecho un estudio en 15 mujeres de 30 años y aportan datos tales como 35.2 y 19 picogramos de dioxina por gramo de materia grasa. Alguien lo ha leído? Me pareció un artículo muy "dadero" y quisiera preguntar que parámetros existen en la medición de dioxina, es decir cuales son los niveles normales, etc. El informe del que habla el artículo lo realizó la Unión Federal de Consumidores y será publicado en una revista especializada : Que Choisir.

Si alguien tiene mayor información sobre este tema le agradeceré que me la hagan llegar, creo que al artículo le faltan datos de fondo como que es la dioxina y que daño puede causar, etc. Quizás la falta de esta información lo haga un poco alarmista, sobre todo para las madres y el público en general.

Si alguien no consigue el artículo y quiere leerlo avísame que lo tipeo y lo envío "attachado". Gracias a todos

Cynthia

sppre@msal.gov.ar

Reply-To: "mageitos"<mageitos@unicef.org.ar>

X-UIDL: f800a0b4d7d677b76b1e583d7ca6de6f

Me permito recordar que con el tema priones-vaca loca, la lista de la Unión Europea clasificando a los alimentos según el riesgo que implicaban incluía a la leche de vaca como de riesgo moderado, no como sin riesgo.

Sigo recomendando la lectura de los suplementos agrícola ganaderos de los diarios donde se promocionan los antiparasitarios, antibióticos, herbicidas, y todo producto químico que se usa para la alimentación de todos los animales que incluimos en nuestra dieta. Dioxina debe ser lo menos que tenemos todos y que ingerimos en este contaminado entorno. Igual que las pobres vacas, madres frustradas que no pueden amamantar tranquilamente a sus terneros. Por eso y aunque no viene al caso de la dioxina, mejor hablar de leche humana y no materna ya que las vacas son madres también. Animal superior seremos pero animal al fin.

Hasta pronto

Marilú Ageitos

LM la mejor inversión

Hola,

Hace unos meses me mandaron un artículo publicado en alguna revista médica francesa (cuyo nombre no recuerdo) en que hablaban de la dioxina y todo lo que cuenta Cynthia. Me quedé sorprendida a medias, ya que viniendo de Francia, donde la industria productora de leche artificial está en todas partes, y donde sólo el 41% de recién nacidos/as reciben pecho

exclusivamente, no debe extrañar tanto. Efectivamente, alguien de una de esas industrias firmaba el artículo. Debe formar parte de su campaña de auto-promoción y ataque contra la lactancia materna.

Arachu

Reply-To: "Dra Susana Der Parsehian"<parsegh@dynamo.com.ar>

TE VOY A AYUDAR EN TODO LO QUE ESTE A MI ALCANCE .. Y TE PUEDO DECIR LA CONCLUSIÓN ALAQUE YO ARRIBE(DISCULPA LAS MA'YUSCULAS PERO ESTOY CON INV;COVENIENTES CON EL KEYBOARD).

SE ME PLANTEO LA DECISIÓN PERSONAL DE.ELEGIR :

ENTRE TENER UNA MADRE INTOXICADA QUE ALIMENTA SU BEBE CON LECHE MATERNA QUE SABEMOS NO LO VA A MATAR PERO QUE TARDE O TEMPRANO TENDRA SERIOS PRON;BLEMAS DE SALUD LLAMESE LEUCEMIA , DETENIMIEMNTO DEL CRECIMIENYTOOHUESOSLARGOS,ETC..

Y EL HECHO QUE LA MADRE DEJE DE AMAMANTAR Y EL BEBE MUERA DE HAMBRE..

YO COMO MUJER Y PROFESIONAL ELIJO LA PRIMERA OPCION..

ENTENDES??

ESTA ES MI OPINION PERSONAL Y A LA QUE ARRIBE DESPUES DE MUCHO INVESTIGAR SOBRE EL TEMA MAS DELANTE ESCRIBIRE UN ARTICULO SOBRE LADIOXIONA A LA RED

O BIEN SE LA DARE A MARCELO PARA QUE LA COLOQUEEN SITE O EN LA RED DADOS

UN ABRAZO CORDIAL

Saludos cordiales:

Dra Susana Der Parsehian

Hospital Materno Infantil "Ramon Sarda "

e-mail: parsegh@dynamo.com.ar

Administradora de perinat@bio.hgy.es

#Perinat: irc.webchat.com.ar

Buenos Aires-ARGENTINA

"Lo único permanente en la vida es el cambio"

-----Mensaje original-----

De: Subsecretaria de Atencion Comunitaria <sppre@msal.gov.ar>

Para: Dra Susana Der Parsehian <parsegh@dynamo.com.ar>

Fecha: Miércoles 3 de Junio de 1998 14:07

Asunto: RE: articulo periodistico

At 14:57 1/06/98 -0300, you wrote:

>Cynthia:cumunicate conmigo que estoy haciendo por cuenta propia una investigación sobre niveles de pesticidas..>si logro apoyo de l gobierno o Unicef podre concretarlo .de lo contrario morira en algun cajon de directorios o ministerios..Si quieres saber de mi:escribime estoy uinvestigando sobre el tema y desde ya te digo que ademas de interesante es ALARMANTEUn abrazo

>*****

>Saludos cordiales:

>>Dra Susana Der Parsehian

Dra. Susana:

Creo que este mensaje fue producido a raíz del que yo mandé a la red de lactancia. Desde ya agradezco tu respuesta. Mi inquietud por el artículo de La Prensa surge, en parte porque no conozco en profundidad el tema de las dioxinas y el artículo me pareció que era un poco técnico y no aportaba mayores datos. Esto no parece ser ni correcto ni incorrecto sólo que, pensando desde quien lo lee (público en gral. que muy probablemente se encuentre quizás hasta con menos información que la que yo tengo), creo que puede acarrear algún tipo de alarma que en definitiva puede afectar a la lactancia materna. Mi intención era conocer la opinión de la Red y obtener algún tipo de información como para que, eventualmente si hay que contestar al diario, poder elaborar una respuesta sencilla y entendible, que esté al alcance de todos. En ese sentido, todo lo que consideres que me venga bien saber será bien recibido. Quedo a tu disposición

Cynthia

sppre@msal.gov.ar

Hola Cynthia:

Recibí perfectamente el documento y comparto los comentarios tuyos al respecto. Evidentemente la lucha es muy dura, y los capitales que mueven las empresas son muy importantes y las estrategias para aumentar sus

ventas seguramente no tienen límites.

Creo que este tipo de publicaciones no hacen más que demostrar que la lucha que "honestamente" y con el corazón hacemos quienes queremos lo mejor para nuestros hijos, les duele y mucho.

Mostrar esos datos, es mostrar un aspecto del resultado de la contaminación ambiental y de alimentos que están padeciendo, y más que preocuparse por no dar leche materna a sus hijos, deberían preocuparse

por mejorar la calidad de los alimentos que consumen los que seguramente ocasionan diversos trastornos más serios que el que mencionan. Y aún así, pienso que es más sano para el niño consumir la leche de su

propia especie, que una de vaca. El tema es muy delicado. Estas son reflexiones un poco de "bronca", porque no hacen más que sembrar un manto de duda sobre la lactancia, un tema que no debería estar en la agenda de temas a resolver.

Es el mundo, y así hay que aceptarlo.

Gracias por el informe y disculpá la "lata"

Hasa pronto

Viterbo Padula

Informe de Prensa

LACTANCIA Y MEDIO AMBIENTE

“El presente informe es el fruto del desaliento que experimenté al observar que mis compañeros de lucha ecológica no estaban enterados de los riesgos de la lactancia con biberón, ni de los beneficios de la lactancia materna para la madre, el niño y el medio ambiente.”
Andrew Radford

La lactancia materna constituye una fuente de beneficios de carácter nutricional, inmunológico, higiénico, psicológico y económico. Asimismo se afirma que previene el deterioro ambiental ya que no produce “basura” innecesaria, contaminación, ni desperdicio de recursos naturales.

La alimentación con “mamadera”, por el contrario, contribuye al deterioro ambiental en sus etapas de producción, distribución y consumo. Estos procedimientos implican, por parte de las industrias, el incremento de gases tóxicos y de desechos que agravan el efecto invernadero, la contaminación de la tierra, el aire y los cursos de agua. Por otra parte, los materiales necesarios para la lactancia artificial (mamaderas, tetillas, envases, utensilios para la esterilización) a menudo provienen de recursos **no renovables** de la tierra (por ejemplo el petróleo) y, por lo general, no se reciclan al terminar su vida útil. Esto contribuye al agotamiento de recursos valiosos a la vez que desperdicia otros como la leche materna.

Además de generar un proceso de contaminación innecesario, la lactancia artificial puede causar **desnutrición** debido al uso de fórmulas de leche muy diluidas, y **diarreas** provocadas por la utilización de mamaderas mal esterilizadas.

La lactancia materna **no produce** contaminación ambiental, no requiere de esterilización de elementos, no necesita transporte (aunque es fácil de transportar), es gratis, está lista para consumir y es óptima para el inicio nutricional del niño. Además, su producción beneficia a la madre y confiere al lactante importantes agentes inmunizantes, por otro lado cabe agregar que el niño promedio no necesita ningún otro alimento hasta los seis meses.

Dados los beneficios inmunológicos, nutricionales y psicológicos y las ventajas ambientales de la lactancia materna, su apoyo activo es una prioridad para todos aquellos que están interesados en proteger el ambiente y preservar la calidad de vida humana.

Subsecretaría de Atención Comunitaria
9 de Julio 1925. Piso 12.
(1332) Buenos Aires. ARGENTINA

TE. 381.2624 / 379.9002
FAX. 381.4720
E-MAIL. sppre@msal.gov.ar

Ejemplo de Hoja oficial y modelo comunicación interna



Ministerio de Salud y Acción Social

SECRETARÍA DE PROGRAMAS DE SALUD

"1998- AÑO DE LOS MUNICIPIOS"

Expte. 1-2002-2639/98-1

Dpto. Ed. para Salud

s/Impresión materiales educativos sanitarios.

SECRETARÍA DE PROGRAMAS DE SALUD:

Con la conformidad de esta Subsecretaría, se eleva el pedido de impresión de materiales educativos sanitarios por el Departamento de Educación para la Salud, para su consideración y prosecución del trámite correspondiente.

Dra. DORA YBAR DE SARRIENA
Subsecretaria de Atención Epidemiológica
Ministerio de Salud y Acción Social

SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN COMUNITARIA
PROV. N°
BUENOS AIRES