



Salud y Comunicación: Diálogos desde la Comunidad hacia la Transformación Social

Compiladores

CARLOS GÜIDA LESKEVICIUS
NICOLE LOBOS-VILLATORO
OSVALDO ARTAZA BARRIOS

SALUD Y COMUNICACIÓN:
DIÁLOGOS DESDE LA COMUNIDAD HACIA LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL
Universidad de Las Américas, UDLA
Facultad de Salud y Ciencias Sociales
© Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario

Registro de propiedad intelectual
ISBN versión impresa 978-956-8695-53-8
ISBN versión digital 978-956-8695-54-5

Compilación al cuidado de
Carlos Güida Leskevicius,
Nicole Lobos-Villatoro y Osvaldo Artaza Barrios

Edición y corrección de estilo: Ana Cecilia Osorio Llanos
Diseño y diagramación: Fabiola Hurtado Céspedes
Ilustración de portada y secciones: Camila Becerra Castro

Primera edición septiembre de 2024, 100 ejemplares
Impreso en Donnebaum

Las opiniones vertidas por las y los autores son de su exclusiva responsabilidad y no representan necesariamente el parecer de la institución. Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la portada, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin el permiso previo de los compiladores.

Impreso en Chile



Salud y Comunicación: Diálogos desde la Comunidad hacia la Transformación Social

Compiladores

CARLOS GÜIDA LESKEVICIUS
NICOLE LOBOS-VILLATORO
OSVALDO ARTAZA BARRIOS

ÍNDICE

Palabras del Decano <i>Oswaldo Artaza Barrios</i>	9
Prólogo <i>Andrés Santana Machuca</i>	11
Prólogo <i>Túlio Batista Franco</i>	13
SECCIÓN I: La comunicación comunitaria como herramienta de la construcción social de la salud comunitaria	17
La relevancia de la comunicación comunitaria para la construcción de la salud <i>Juan Carlos Gómez Tobar</i>	19
Planificación efectiva de campañas de salud: reflexiones desde la comunicación estratégica para el cambio social <i>José Miguel Labrín Elgueta</i>	41
Integración de comunicación intra e interpersonal: claves para un buen vivir <i>Eva Débia Oyarzún</i>	57

SECCIÓN 2

Interfaces entre la atención primaria en salud y las organizaciones sociales: comunicación comunitaria, promoción de la salud y desarrollo sostenible 83

El rol de la comunicación comunitaria en un sistema de salud universal

María Begoña Yarza Sáez 85

Oportunidades e implicancias de la comunicación comunitaria desde la Red del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Sebastián Jirón González 101

La estrategia Teletriage: desafíos para su implementación desde la comunicación comunitaria

Carla Cecilia Nauto Reyes 123

Comunicación en salud

Oswaldo Artaza Barrios 147

Educación de resonancia comunitaria: análisis a partir de las producciones audiovisuales en la villa San Luis

Carlos Güida Leskevicius 171

SECCIÓN 3

Una mirada americana a la comunicación comunitaria en salud 197

Iniciativas de comunicación en América Latina en el marco de las “Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19”

Zulay Meléndez Pérez, Fabrizio Méndez Rivero, Santiago Soto Baracchini 199

Experiencias de comunicación vinculadas a la promoción de derechos en salud mental en Argentina <i>Carmen Mercedes Cáceres, Guadalupe Granja</i>	225
Dialogando la experiencia histórica del cine y otras expresiones artísticas que promueven la salud, los derechos humanos y el desarrollo sostenible <i>Iván Zambrano Bencomo</i>	249
Salud y desmonumentalización <i>Marcelo Fagalde Cuevas</i>	275
Pragmatismo utópico: micro geografías do agir solidário das artes <i>Luiz Guilherme Vergara</i>	293
Comunicación comunitaria en salud y su influencia en la formación de activos: una perspectiva salutogénica <i>Nicole Lobos-Villatoro</i>	323
Epílogo <i>Carlos Güida Leskevicius, Nicole Lobos-Villatoro y Osvaldo Artaza Barrios</i>	337
Acerca de las y los autores	339



PALABRAS DEL DECANO

En la intersección entre el diseño de políticas en salud, los equipos y las y los profesionales en su práctica cotidiana con la comunidad, la comunicación emerge como un puente vital que conecta de manera bidireccional el conocimiento experto con las percepciones, cosmovisiones y realidades de las personas en los territorios en los que habitan.

Este libro acerca de la comunicación en salud y comunidad se presenta como un potente faro en un mar de ingente información, iluminando los aspectos esenciales de una comunicación efectiva en la promoción, prevención y tratamiento de la salud en los territorios.

Ello, porque tal como lo demuestran las diversas experiencias que aquí se exponen, la comunicación en salud trasciende el mero intercambio pasivo de información: es, por el contrario, el proceso mediante el cual se coconstruyen significados, se generan relaciones y se fomenta el empoderamiento, la confianza y la colaboración con las y los otros. En este contexto, los principales aspectos por considerar son diversos y complejos.

En efecto, desde la escucha activa de necesidades y la transmisión clara y accesible de información técnica hasta la promoción de conductas saludables, la comunicación en salud abarca una amplia gama de enfoques y herramientas, pues se trata de un proceso dialógico continuo entre las y los profesionales, las autoridades gubernamentales, las y los líderes comunitarios y, lo más importante, los propios miembros de la comunidad.

En el ámbito de las políticas públicas, en tanto, los desafíos son aún mayores. Aquí la comunicación en salud requiere de

estrategias integrales que consideren la diversidad cultural, lingüística y socioeconómica de las poblaciones, además de los desafíos emergentes como la desinformación sistemática y la falta de acceso a los servicios sanitarios fundamentales, para lo cual las políticas públicas eficaces debieran ser capaces de garantizar la equidad en el acceso a la información y promover la participación comunitaria en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

Sin embargo, los desafíos comunicacionales no se limitan al nivel macro de las políticas públicas. En la comunicación local, los equipos de salud enfrentan igualmente obstáculos únicos. Por ejemplo, la brecha entre el lenguaje técnico y el entendimiento común puede dificultar tanto la escucha de lo que necesita como de lo que percibe una determinada comunidad. Del mismo modo, las barreras culturales y la desconfianza hacia las instituciones de salud pueden obstaculizar la adopción de prácticas saludables al interior de los territorios, de manera que los equipos de salud debieran ser sensibles a estas dinámicas y desarrollar estrategias de comunicación adaptadas a las necesidades específicas de cada colectividad.

En este contexto, este libro ofrece un enfoque holístico para comprender y abordar, desde distintos ángulos, los desafíos de la comunicación en salud y comunidad. Así, desde la teoría hasta la práctica, desde las políticas públicas hasta las intervenciones locales, los autores nos guían a través de un viaje que destaca la importancia crucial de la comunicación en la promoción de la salud y el bienestar en los territorios y, al hacerlo, nos invitan a reflexionar acerca de cómo podemos construir puentes más sólidos entre los servicios, las políticas y la sociedad, entre las y los profesionales de la salud y las personas a las que sirven, para promover colaborativamente una vida más saludable para todos.

Oswaldo Artaza Barrios
Decano Facultad de Salud y Ciencias Sociales,
Universidad de Las Américas, UDLA



PRÓLOGO

Al adentrarse en el mundo de la inteligencia artificial (IA) que muestra el británico Mustafá Suleyman, es imposible no preguntarse qué es lo que realmente ocurrirá con la humanidad más adelante ya que, como si fuera una película de ficción, las posibilidades de imaginar a las personas en un mundo enteramente digital son múltiples e infinitas. En ese escenario virtual cabe preguntarse también cuál será el rol sociocultural, político y valórico que le cabrá a las instituciones de educación superior en la formación de profesionales de salud que aporten en un futuro con esas características.

Al respecto, a mi juicio la innovación tecnológica, la creación, la investigación y la adquisición de valores debieran poner el acento en la humanización de los vínculos y lazos entre las personas. Ello implica, para el caso de estas instituciones, que el currículo sostenga un equilibrio que logre plasmar, por una parte, la importancia de un sello valórico congruente y, por otra, la adquisición en sus estudiantes de habilidades duras y blandas, entre las que se cuenta, ciertamente, la comunicación.

En consecuencia, el desafío de las instituciones de educación superior para vincularse naturalmente con el entorno, sus distintas comunidades y territorios para crear un enlace virtuoso entre la academia, las personas y sus organizaciones e instituciones que contribuya a la política pública, surge como una cuestión de gran relevancia para la que será necesario focalizar el trabajo educativo en el cómo construir conocimiento con las y los otros, intercambiar información y ser eficientes a partir de una escucha activa que releve la comunicación como eslabón fundamental en el establecimiento de estos nexos.

Es desde este espíritu que las y los autores de este libro relatan sus diversas experiencias en la materia, buscando con ello facilitar una comprensión integral de la comunicación en salud y comunidad, para permitir a sus lectoras y lectores adentrarse en sus mecanismos y comprenderla como un engranaje vital para coconstruir conocimiento a partir de los saberes territoriales y aportar coherentemente en los distintos niveles del sistema.

Es así como este libro refuerza y da mayor sentido a los objetivos misionales que lleva adelante la Universidad de Las Américas, UDLA, a través de su Programa de Intervención Comunitaria. Es este objetivo el que nos alienta a mirar permanentemente nuestro diseño y planes de estudios de las carreras para que, a través de su modelo pedagógico, persistamos en la búsqueda del conocimiento con la y el otro, no solo para formar profesionales idóneos capaces de comunicar efectivamente, sino para preparar personas integrales.

Esperamos, pues, que estos esfuerzos se traduzcan en la formación de estudiantes capaces de contribuir con estrategias que reconozcan y valoren la diversidad, que promuevan la participación social, que abran oportunidades al diálogo y la escucha activa, que recojan desde el colectivo la situación real de salud en un escenario natural como es el territorio y la comunidad, para que puedan transmitir una amplia gama de informaciones, pero al mismo tiempo sean capaces de generar redes colaborativas por medio de la comunicación. Es desde esa perspectiva que podremos esperar la “ola digital” que se viene, construyendo comunidades más saludables, que se sienten y se viven en comunicación con las y los otros.

Andrés Santana Machuca
Director Programa de Intervención Comunitaria,
Universidad de Las Américas, UDLA



PRÓLOGO

El libro que nos presentan Carlos Güida, Nicole Lobos-Villatoro y Osvaldo Artaza es más que un libro: es un dispositivo, algo que puesto en escena, desencadena procesos de reflexión e intervención sobre los escenarios de la vida práctica. Tiene el efecto de cambiar, de transformar, y ese es exactamente el llamado que nos hace esta obra.

Estos escritos son muy actuales, porque vivimos en una época en la que la humanidad se encuentra en una verdadera encrucijada y, por tanto, es urgente debatir cuestiones que conciernen a la idea básica de comunidad, que tiene el significado de comunión entre las personas, en el sentido de producir lo común, de una vida compartida en torno al objetivo general del buen vivir.

El dilema humano de nuestro tiempo se refiere a que la humanidad, al menos desde hace dos siglos, viene desarrollando una verdadera línea suicida y autodestructiva en la que niega la emergencia climática provocada por el calentamiento global y la destrucción de la naturaleza debido a la contaminación y a las prácticas extractivistas depredadoras del medioambiente, produciendo un desequilibrio desastroso que podría llevar al planeta al colapso. Sin embargo, existe aún la posibilidad de que la humanidad pueda realizar un ajuste en su organización y desarrollo, cambiando su modo de producción, consumo de energía y, sobre todo, que comience a valorar la vida humana y de la naturaleza, para la preservación de ambas.

En este sentido, uno de los aspectos que agrega peso a la problemática antes descrita es que desde finales del siglo xx, el mundo vive una reestructuración laboral en la que los trabajadores han comenzado a desempeñarse por medio de aplica-

ciones que liberan a los empleadores del pago de derechos laborales y precarizan la relación laboral. Esta transformación de los vínculos laborales ha generado una ruptura con la idea general de comunidad, donde las personas pasan a comprenderse a sí mismas ya no como trabajadoras —y miembros de una comunidad laboral—, sino como emprendedoras y empresarias de sí mismas. En otras palabras, mucho más allá de un proyecto económico, el neoliberalismo actual es también el generador de un proyecto para la producción de un nuevo sujeto social.

En efecto, el mayor activo del neoliberalismo actual es su capacidad de operar una micropolítica, actuando sobre la organización de la vida cotidiana de cada persona y, al mismo tiempo, en un proceso de subjetivación donde las relaciones que antes eran solidarias entre las personas, se vuelven ahora competitivas. La competitividad extrema tiene el potencial de destruir la solidaridad social y organiza la vida de las personas basándose en la competencia excluyente.

En este escenario, las palabras “comunidad”, “generosidad” y “solidaridad” han quedado relegadas en las relaciones sociales, al ser reemplazadas por ideas que se originan en principios liberales que, por lo general, conducen a expresiones que se traducen en competitividad, meritocracia, supremacía de ciertos grupos y sustitución de lo colectivo por lo individual.

Para revertir este camino histórico, es necesario reconocer la solidaridad como la principal categoría política sobre la que se debe construir una nueva humanidad, que nace y cobra vida junto con las ideas y prácticas comunitarias. En este sentido, una obra donde prevalece el concepto de comunicación para y con la comunidad tiene relevancia y es, de por sí, un dispositivo para la construcción progresiva de un futuro mejor.

Al respecto, sabemos bien que el sentido de comunidad a lo largo de la historia es un tema complejo y multifacético, que involucra diferentes perspectivas teóricas, experiencias prác-

ticas y contextos socioculturales. Sin embargo, en general, podemos decir que la comunidad se refiere a la idea de pertenencia, identidad, memoria e interés colectivo de un grupo de personas que comparte valores, objetivos, territorios o historias. La comunicación en la comunidad también implica una forma de organización social que busca alternativas de participación popular, democracia y ciudadanía. Así pues, no existe un significado único, fijo u homogéneo para este concepto, sino uno que es plural, dinámico y heterogéneo, que se adapta y transforma según cada tiempo y espacio de la vida.

En atención a ello, la presente obra se divide en secciones que se organizan a partir de diversos escenarios de prácticas comunicativas en salud. Así, en el primer caso, el libro aborda la comunicación comunitaria como herramienta de la construcción social de la salud comunitaria, donde se debaten temas muy ricos en el mundo de las prácticas populares en salud, herramientas para el uso eficiente de la comunicación, y la integración de la comunicación intra e interpersonal para el buen vivir. Se trata de temas fundamentales para comprender las cuestiones involucradas en la comunicación en salud, especialmente para quienes están involucrados diariamente en proyectos de comunicación con las comunidades.

La segunda sección, en tanto, se aboca a las interfaces entre la atención primaria en salud y las organizaciones sociales, comunicación comunitaria, promoción de la salud y el desarrollo sostenible. Al respecto, emerge una reafirmación de la salud como un derecho universal, concepto prácticamente perdido debido a las decisiones de los gobiernos neoliberales, la privatización al interior de los sistemas de salud y a las prácticas asistenciales que inducen a un alto consumo de medicamentos y procedimientos costosos que incrementan la acumulación de capital en el sector. En contrapartida, las prácticas comunitarias y la comunicación como dispositivos de educación popular devuelven el debate en torno al acceso universal a la salud a su vena original, esto es, a los deseos

genuinos de la población de protección, cuidado, acogida y defensa de la vida.

Por último, la tercera sección ofrece una mirada americana de la comunicación comunitaria en salud, donde se llama la atención en torno a temas específicos que preocupan a las personas que habitan este inmenso y diverso continente. La sección presenta variadas experiencias concretas relacionadas con las prácticas comunitarias y la comunicación en salud, las que esperamos sirvan de inspiración para futuros trabajos en esta temática fundamental.

Este libro es necesario, pues se plantea la idea de la construcción de la salud a partir de la comunicación comunitaria para luchar por la solidaridad entre las personas, el buen vivir y las relaciones humanas más allá de las dinámicas competitivas, de manera de volver a reconocernos como parte de un colectivo, de una comunidad.

¡Buena lectura!

Túlio Batista Franco
Director del Instituto de Saúde Coletiva -
ISC/ Universidad Federal Fluminense, UFF



**SECCIÓN I:
LA COMUNICACIÓN COMUNITARIA
COMO HERRAMIENTA EN LA
CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SALUD
COMUNITARIA**



LA RELEVANCIA DE LA COMUNICACIÓN COMUNITARIA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD

Juan Carlos Gómez Tobar¹

Presentación

El objetivo de este capítulo es abordar la relevancia que tiene la comunicación comunitaria en la construcción de la salud, recogiendo las ideas centrales de lo expuesto en las Terceras Jornadas de Actualización en Salud Comunitaria desarrolladas en diciembre de 2022, en Santiago de Chile, organizadas por el Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de Universidad de Las Américas, UDLA.

Como primer elemento es importante resaltar que, conceptualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la comunicación en salud abarca el estudio y la implementación de estrategias para informar e influenciar las decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud (OMS, 2010).

Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal. Sin embargo, comunicación *en o para* la salud es un concepto amplio utilizado para referirse a muchas y variadas prácticas de comunicación, en distintos niveles sociales y relacionales. Es decir, puede usarse para referirse al papel

1 Magíster en Salud Comunitaria por la Universidad de Las Américas y Magíster en Comunicación Estratégica por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Universidad de Las Américas. Santiago, Chile. Correo electrónico: jcgomeztobar@gmail.com

de los medios masivos y tecnológicos de comunicación que difunden, proponen y/o promueven contenidos e información de salud, como también para abarcar las diversas maneras de comunicación que van desde las prácticas de las y los profesionales en la atención en salud, hasta la comunicación acerca de temas de salud con distintos actores sociales, entendida como la comunicación comunitaria.

La comunicación desde la relación entre seres humanos

Para comenzar a entender la relevancia de la comunicación comunitaria en la construcción de la salud, primero es preciso comprender que la comunicación es una condición necesaria para la existencia del ser humano y uno de los aspectos significativos de cualquier tipo de actividad humana y, por ello, corresponde a una dimensión constitutiva de los procesos de salud. En efecto, la comunicación satisface la necesidad de los seres humanos de asociación y cooperación ya que, por la condición de seres sociales, no podemos abstraernos de nuestro desarrollo histórico o contexto actual, ni tampoco satisfacer nuestras necesidades materiales y espirituales sin tener que comunicarnos y relacionarnos entre nosotros.

De esta manera, es necesario abordar las transformaciones que ha tenido la comunicación desde las miradas tradicionales, con los modelos lineales de comunicación, entendidos como el análisis funcional de emisor, mensaje y receptor, a los que en muchos casos se incorporan otros elementos como el canal. Bajo esta mirada tradicional de la comunicación, se ha enseñado que lo importante era el mensaje y no los agentes involucrados o los procesos que se desarrollan dentro de la comunicación humana. Sin embargo, actualmente, la comunicación se entiende como un fenómeno social que no solamente implica la transmisión de mensajes, sino que se releva el aspecto relacional de interacción entre personas. En otras palabras, las personas interactuamos y vivimos a través de la comunicación: nos conocemos, expresamos sentimientos y

emociones, generamos distintos conocimientos en conjunto y vamos construyendo sociedad.

Este cambio de enfoque ha implicado que la comunicación en salud ha pasado de una concepción de transmisión de información para persuadir, a ser entendida como un sistema de relación más completo, basado en lo dialógico, que involucra el intercambio de mensajes e información recíproca entre personas. Ello repercute en que para la salud, en particular la salud comunitaria, la comunicación ya no puede ser percibida como una herramienta solo para cambiar comportamientos, sino que debe entenderse como un pilar fundamental para conocer, reflexionar y transformar las comunidades por medio de procesos en los que los agentes comunitarios sean los protagonistas.

Dentro de este mismo enfoque, otro cambio conceptual relevante de la comunicación, especialmente en la construcción de salud, es que ha pasado de ser una herramienta de carácter vertical, en la que la autoridad trasmite mensajes a la gente —que en este modelo era considerada un agente pasivo—, a una comunicación dialógica y horizontal, en la que los procesos de construcción de salud se sustentan en la promoción del diálogo democrático y participativo de las personas. Si bien se puede asumir que este cambio ha sido fomentado por el impacto que ha tenido el uso de las tecnologías de comunicación —que permiten que la gente tenga mayor participación en la generación de la agenda informativa—, el principal factor es sin duda una mirada distinta de la comunicación social en salud. Esta perspectiva ha hecho que la comunicación ya no se comprenda como un proceso aislado del ser humano, sino como parte integral de la vida social.

Estas transformaciones en la concepción tradicional de la comunicación (como una mera herramienta de apoyo a estrategias en distintas áreas o ámbitos de la sociedad como por ejemplo la salud), ha implicado que, en la actualidad, la comunicación sea reconocida como una parte integral de la vida humana y participa activamente en los procesos de

construcción de salud-enfermedad, pues estos están incorporados en los aspectos sociales y no solo los biológicos.

A partir de lo anterior, se debe entender que las personas necesitamos vincularnos entre nosotros y conectarnos con otros para ser parte de la comunidad, conseguir mejor bienestar y salud y, en consecuencia, un mayor desarrollo humano y comunitario. Entonces, desde esa mirada, la comunicación representa una dimensión constitutiva de la realidad social y, por lo tanto, también de los procesos de salud y enfermedad.

Por su parte, esta concepción actual implica que la comunicación es un componente de los sistemas de salud y de gran parte de las acciones de prevención y promoción de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) considera la comunicación como una estrategia central destinada a informar a la población acerca de los aspectos concernientes a la salud y, además, para mantener los temas sanitarios importantes en la agenda pública. Al respecto, Alcalay (1999) afirma que, como parte de las prácticas de los servicios de salud, no es posible pensar los sistemas de salud o programas dirigidos a la sociedad sin considerar la comunicación.

La comunicación y la construcción de salud

Cuando se habla de salud aún se entiende que se trata de la ausencia de enfermedad o de alguna patología, desde el punto de vista casi exclusivamente curativo. Se aborda la salud desde la enfermedad, con una finalidad netamente de reparación y no como una concepción holística desde la promoción de la salud y el bienestar. Dicha concepción es la que se tiene en muchos centros y en el sistema de salud chileno en general, y aunque se hagan esfuerzos por modificarla, en el campo laboral, desafortunadamente, se trabaja mucho más con la población enferma, sin fomentar el bienestar y salud de las personas.

Sin embargo, esta concepción no es exclusiva de las y los profesionales de la salud, sino que también se trata de una cons-

trucción sociocultural muy arraigada en la población, que asume que el centro de salud, el hospital y los medicamentos, o sea, el sistema de salud en general, previenen las enfermedades y pueden asegurarles salud, asumiendo erróneamente que los aspectos sociales, conductas y sus hábitos no tienen impacto en su bienestar.

Como punto de partida para analizar esta idea, es necesario identificar a los principales difusores de esta construcción social: los medios de comunicación de masas. En efecto, históricamente, estos medios han respondido a los intereses de los poderes económicos y políticos, convirtiéndose en agentes de la estructura político-ideológica de la sociedad, además de ser una herramienta central para la reproducción, desde los agentes de poder, de la hegemonía de una determinada clase o sector social.

Desde esta perspectiva, Gumucio-Dagron (2001) critica la existencia de dos polos, donde en un extremo se encuentra el tomador de decisiones o generador de mensajes y, en el otro, un receptor que se asume como actor pasivo. Este modelo de comunicación se realiza en un solo sentido, sin contemplar la retroalimentación del receptor (concebido como un destinatario terminal, pasivo e inactivo), con un carácter vertical que no considera a las personas ni sus contextos sociales.

En este sentido, tradicionalmente los medios de comunicación han contribuido a que muchas corporaciones o empresas logren promover estilos de vida en la población que, en muchos casos, no son saludables, sino que buscan solo fines comerciales. Como ejemplo de ello se puede tomar el aviso publicitario de un suplemento de colágeno en el que se muestra a dos hermanos gemelos y se plantea la pregunta de por qué son distintos desde el punto de vista de su estado de salud. Según la publicidad, uno de ellos puede correr el doble de kilómetros que el otro, lo que se explica por el consumo del colágeno que promociona la publicidad. Este ejemplo grafica la idea de que los determinantes sociales de salud no tienen influencia en el bienestar de las personas, para crear la per-

cepción errónea de que solo mediante la medicalización de las personas es posible lograr un mejor estilo de vida y bienestar.

Como este hay variados ejemplos en los que se percibe la influencia de los medios: comidas “saludables” versus comidas “chatarra”, el uso de bebidas energéticas o el consumo de alcohol como los más destacados. En casos como estos la publicidad trata de convencer a las personas de que se trata de productos necesarios para vivir mejor o para tener un cierto estilo de vida, lo que conduce a hábitos erróneos o muy poco saludables.

Feo-Acevedo y Feo-Isturiz (2013) indican que, ante este complejo panorama, las personas no pueden concebirse como sujetos pasivos y víctimas de la alienación mediática por esencia. Los autores reafirman que los colectivos humanos son actores sociales con la capacidad de romper esa cápsula mediática, pero para ello se requiere el conocimiento y permanente reflexión acerca de la naturaleza de los medios de comunicación y su papel en la sociedad y, con ello, las maneras de transformar los escenarios sociales. Es necesario, entonces, que los agentes sociales y de salud asuman que las comunidades tienen ese poder y no solo concebirlas como entes pasivos ante la televisión, la radio o internet, sino que a través de la comunicación también puedan organizarse y presionar para crear espacios de interlocución que les permitan ejercer el control social sobre los medios de comunicación comunitarios.

El desafío actual de las y los agentes comunitarios de salud radica en asumir este importante papel de comunicador desde la atención clínica, en los niveles de promoción de salud y, por supuesto, en la salud comunitaria. Por ello, si se entiende que la comunicación es un proceso de interacción que constituye la base de las relaciones entre los seres humanos, es posible avanzar en garantizar el conocimiento apropiado para el bienestar físico, social y mental de las personas y las comunidades. En este sentido, los cambios de actitudes y/o

comportamientos en los grupos sociales impacta en el desarrollo humano y comunitario.

Desde esta premisa, la comunicación comunitaria se convierte en un factor movilizador para el cambio social, al entregar estrategias para la alfabetización, la atención, la prevención y la promoción de salud, así como para la intervención en factores socioambientales que afectan la salud y la calidad de vida de las personas.

La comunicación comunitaria para la salud

La OMS (2010) define que la comunicación en salud abarca el estudio y la utilización de estrategias para informar e influenciar las decisiones personales y colectivas que impactan positivamente en la salud.

De esta manera, la comunicación en salud es útil para lograr en las personas una serie de objetivos entre los que se pueden mencionar:

- aumentar su conocimiento en torno al tema, influir en sus percepciones, creencias y actitudes para poder transformar las reglas sociales;
- mejorar su aprendizaje de habilidades para la salud;
- fortalecer sus conocimientos, actitudes y conductas;
- evidenciar los beneficios que tienen los cambios de conductas o hábitos;
- movilizar y abogar por una postura o una política;
- aumentar la demanda y recursos de los servicios;
- corregir ideas erróneas o mitos en torno a la salud; y
- potenciar las relaciones entre organizaciones sociales.

Es así como, al comprender que la comunicación es parte intrínseca en toda la vida social del ser humano, se debe asumir que ya no solo cumple funciones de informar, persuadir, enseñar y divertir, sino que permite, por ejemplo, dar a conocer los servicios de salud y su ámbito de acción y generar

espacios de reflexión y diálogo respecto de las realidades y problemáticas de las comunidades, con el fin de modificar conductas considerando a los propios agentes sociales.

Al incorporar la comunicación en la construcción de salud es posible ayudar a los grupos sociales a que identifiquen ellos mismos sus problemáticas de salud y sus causas, de modo que también puedan transformarlas. Así mismo, la comunicación comunitaria estimula la reflexión colectiva respecto de las acciones o iniciativas en beneficio de la salud y el bienestar personal y social, además de facilitar el intercambio de conceptos, ideas, percepciones y experiencias entre los grupos sociales locales y entre distintas comunidades.

Otro aspecto relevante de la comunicación es que fomenta la movilización comunitaria para la salud, ya que permite canalizar las reivindicaciones sociales, además de legitimar las propuestas de los agentes sociales y divulgar las acciones de los colectivos en beneficio de su calidad de vida y desarrollo humano y comunitario.

A partir de esta perspectiva, Martínez-Gómez y Domingo (2017) plantean algunos desafíos de la comunicación social para la salud. El primero de ellos es que esta requiere estar centrada en las cosas que interesan y atañen a las comunidades. Lamentablemente, la hegemonía que tienen los medios de comunicación masivos ha invisibilizado las problemáticas locales de las poblaciones, tales como la pobreza, la delincuencia, el medioambiente o el narcotráfico, temáticas que vuelven a surgir solo cuando se ven afectados los sectores más favorecidos.

Otro aspecto relevante de la comunicación comunitaria para la salud es que, al asumirse como parte inherente de la vida social de las personas, incluye también el sistema democrático, lo que demanda empezar a escuchar otras voces y darle espacios de expresión a diversos actores sociales que son muy importantes en el desarrollo comunitario. Esto implica que las decisiones y acciones para los cambios sociales ya no

son tecnocráticas o centralizadas, sino que toman en cuenta a quienes habitan en los territorios y conocen mejor que nadie lo que les afecta y cómo poder encontrar soluciones a ello. Un ejemplo relevante es la gestión de la comunicación ante un riesgo, en la cual es necesario y muy útil considerar la opinión de las personas en los territorios, pues ellas saben y conocen su entorno y a las personas que lo componen. De hecho, cuando las acciones son consensuadas y no impuestas externamente (fuera de la comunidad), se potencia el compromiso y la confianza respecto de las decisiones que deben tomarse en caso de riesgo.

También es importante que la comunicación en general y, particularmente la comunitaria, actúen como herramientas de construcción social, que respondan a procesos de (de) construcción de las concepciones, creencias y percepciones de lo que las personas entienden por estilos de vida saludable. Por ejemplo, cuando se les solicita a las familias proveer colaciones saludables para los estudiantes, mayoritariamente se recurre a barras de cereal, sin considerar que se trata de alimentos procesados con altos en niveles de azúcar. Lo que deja en evidencia este ejemplo es la influencia de los medios masivos para hacer creer que cualquier cereal es de por sí saludable. De existir una comunicación dialógica con la comunidad, podríamos saber qué conocen o entienden las personas acerca de la alimentación saludable, identificar cuáles son las concepciones incorrectas o erróneas en ese grupo social y disipar falsas creencias.

En este sentido, es muy relevante que desde la comunicación comunitaria se logre deconstruir para volver a construir las concepciones apropiadas en torno a la salud, el bienestar y el desarrollo humano y colectivo. Sin embargo, como se ha señalado ya, estos procesos no pueden ser impuestos, sino que deben reivindicar la concepción de la comunicación como un proceso de interacción y diálogo, que incorpore los conocimientos de los otros y sus saberes, lejos de la simple información o el marketing.

Ahora bien, desde la perspectiva de lo comunitario y lo comunicativo en la interacción colectiva, no puede perderse de vista que el desarrollo de las sociedades no ocurrirá sin la comunicación. Las teorías del desarrollo humano han establecido la necesidad de que las personas y sus comunidades integren e interactúen gracias al fomento de la participación, la igualdad y el mejoramiento de las condiciones de vida. Con ello, es posible apreciar que el desarrollo humano no surge de los profesionales y expertos, sino de las personas que, al comunicarse, rescatan los saberes populares de sus comunidades, localidades y territorios.

En efecto, el barrio o territorio representa un escenario natural y espontáneo donde se generan permanentes procesos de comunicación. Al ser espacios de encuentro, interacción y participación de la comunidad, en ellos coexisten saberes y se producen ricas experiencias culturales, religiosas, deportivas, sociales y colaborativas, entre muchas otras. Es aquí donde el trabajo en salud debe ser capaz de reconocer esas vinculaciones de las personas con su contexto y entre los actores que cohabitan en el territorio, para aprovechar estos espacios y sumarse por medio de estrategias de comunicación, sensibilización, prevención y promoción de la salud, en las que las comunidades sean protagonistas de su propio cambio.

Desde esta óptica, cuando una o un profesional de la salud o de las ciencias sociales trabaja en una comunidad, debe saber que allí hay una historia, una identidad, relaciones e interacción entre las personas, de modo que si desea generar un impacto permanente, primero debe dialogar y trabajar desde la comunicación. Este acercamiento permitirá descubrir tempranamente lo que las personas saben acerca de la salud y el bienestar y lo que conocen respecto de los determinantes sociales de salud que les afectan, ya sea positiva o negativamente. Solo entonces serán los mismos individuos quienes se transformarán en el motor de cambio para mejorar el bienestar y la calidad de vida de sus comunidades.

Por ejemplo, el Programa de Intervención Comunitaria de la Universidad de Las Américas realiza actividades en y con las comunidades desde el primer año de las carreras de salud, lo que permite a sus estudiantes conocer la realidad local y particular de los territorios en distintos hitos y eventos, principalmente, gracias a la comunicación relacional y a lo que pasa en el barrio. Se trata de espacios donde ocurren muchos procesos comunicativos y es relevante que los equipos de salud los reconozcan y se acerquen a ellos desde el diálogo y la sensibilidad.

Por otra parte, Jenatsch y Bauer (2016) comparan de manera clara y sencilla la comunicación institucional (tradicional de difusión) con el modelo de comunicación social (Tabla 1), estableciendo que el enfoque institucional básicamente persigue la difusión de información y la persuasión para que la gente tome decisiones respecto de su salud. De esta manera, la comunicación se convierte en un fenómeno unidireccional y vertical, con un resultado predefinido: que la gente use mascarilla o que se vacune, por ejemplo. Entonces, las acciones y mensajes que se elaboran y difunden a través de los canales tradicionales de comunicación, buscan el logro del objetivo propuesto por el especialista y el papel del comunicador se remite a la transmisión y el diseño de los mensajes.

Por el contrario, desde la comunicación para el cambio social, el objetivo inicial sería generar consensos de trabajo a través de instancias del diálogo y reflexión comunitarios, para conocer de primera mano los distintos saberes que están presentes en el territorio e incorporarlos a partir de una comunicación horizontal y circular. En este caso, si bien el proceso de desarrollo no está definido de antemano –aunque sí cuenta con un propósito y una planificación– es en el barrio y con la comunidad donde los objetivos se irán consolidando o transformando en la medida que se conoce la realidad local por medio del diálogo.

Desde esta mirada, el objetivo del agente en salud es generar espacios de diálogo y reflexión respecto del desarrollo de la

comunidad y, desde ahí, generar nuevas estrategias de comunicación para que la gente amplíe o cambie su perspectiva acerca de la problemática. La idea que subyace aquí es que las y los profesionales de la salud, en conjunto con las personas, sean capaces de crear los mensajes, usar los medios y diseñar las acciones que buscan persuadir de los procesos de cambio social o comportamientos, para que los individuos mejoren su calidad de vida.

Tabla 1
Diferencias entre las formas de comunicar

	Comunicación institucional	Comunicación social
Objetivo	Difundir la información y persuadir para el cambio de actitudes.	Establecer un diálogo con la comunidad para compartir el conocimiento y crear consenso para cambios.
Modelo	Unidireccional, vertical.	Bidireccional, horizontal y circular.
Orientación	El resultado está predefinido.	El proceso define el resultado.
Canales	Prensa, radio, TV, web, boletines y campañas públicas.	Comunicación verbal y escrita, con o sin utilización de medios.
Papel del comunicador	Diseñar los métodos y mensajes y seleccionar cuáles serán los canales de difusión por utilizar.	Crear espacios de intercambio para facilitar el diálogo y desarrollar estrategias de comunicación para el cambio con la comunidad.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Jenatsch y Bauer (2016, p. 58).

La comunicación comunitaria para los activos de salud

A partir de la importancia de la comunicación en los procesos del desarrollo humano, toma relevancia el capital social y cómo se generan mejores condiciones de vida cuando la gente resuelve sus problemas colectivamente.

Al respecto, algunas investigaciones como la de House et al. (1982) comprobaron cómo la integración social y las relaciones virtuosas que establecen los individuos disminuye significativamente el riesgo de muerte. En la misma línea, Kawachi et al. (1997) evidenciaron que en Estados Unidos aquellos estados con bajos niveles de confianza interpersonal presentaban mayores tasas de mortalidad general. Por su parte, Mansyur et al. (2008) explicaron que la ausencia de relaciones de confianza afecta la probabilidad de contar con un buen estado de salud autorreportado en la población de 45 países. En Chile, Sapag et al. (2008) encontraron evidencia que indica que el capital social afecta el estado de salud autopercebido por una muestra de individuos localizados en una comuna urbana y de bajos ingresos de la Región Metropolitana. De esta manera, queda en evidencia que el capital social intenta explicar cómo se resuelve el dilema de la acción colectiva mediante la cooperación y la interacción desde la comunicación entre los actores de una comunidad.

En este sentido, la comunicación comunitaria aporta en el conocimiento de los activos de salud definidos por Morgan y Ziglio (2007) como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad y las habilidades de las personas y los colectivos sociales para lograr y mantener buena salud y bienestar personal y comunitario. Los activos para la salud implican un cambio de perspectiva en el paradigma, al estar basados en los procesos y recursos promotores de la salud, en lugar de los factores que la deterioran.

Este modelo aporta una perspectiva que permite que las personas y comunidades observen su contexto y se enfoquen en los recursos que mejoran su salud y el bienestar, generando así acciones en la raíz de las causas de sus problemáticas. Es necesario, entonces, que las personas y las comunidades identifiquen sus potencialidades o activos para poder usarlos en beneficio de la construcción de su salud.

Esta mirada otorga elementos para abordar los proyectos de salud desde la complejidad de la realidad comunitaria, inclu-

yendo instancias de mediación social para incorporar a la diversidad de actores e influir en sus decisiones, al tiempo que se aplica la comunicación comunitaria de manera integral e integradora, por medio de los procesos democráticos y participativos que deben ser fundamentales en los proyectos comunitarios de salud.

Así mismo, es posible desarrollar la identificación de los activos comunitarios mediante procesos de comunicación comunitaria o mapas de activos, que consideran los recursos para generar el desarrollo comunitario. Llanes et al., (2019) explican que la identificación de activos para la salud utiliza un enfoque basado en la comunidad, donde los distintos agentes comunitarios llevan a cabo un proceso reflexivo para lograr objetivos que hagan de su comunidad un lugar más saludable. En estos procesos, las personas tienen un papel clave al señalar cuáles son los elementos, aspectos y capacidades que generan bienestar a nivel individual, grupal o social e identificar cuáles de ellos son o no reconocidos como activos para la salud.

Para llevar a cabo lo anterior, se sugiere que las metodologías de trabajo con esta orientación se realicen a partir de procesos de participación y de investigación acción participativa (IAP), donde se trabaje colectivamente y con una visión compartida; aquí la comunicación comunitaria tiene un papel fundamental para lograr este objetivo.

Llanes et al. (2019) proponen la IAP como marco general para recoger las diferentes propuestas desde las comunidades en las que se produce una acción transformadora, teniendo como base una triple premisa: conocer la realidad (investigación), que este conocimiento transforme esa realidad (acción) y realizar esta transformación en conjunto con las personas que viven dentro de esa realidad (participación). En este caso, la base para lograrlo es la comunicación comunitaria, ya que permite que la acción en salud se base en la participación de los propios colectivos, convirtiéndolos en protagonistas de su transformación.

La comunicación comunitaria para el cambio social

Desde la comunicación, uno de los modelos que fundamenta el desarrollo comunitario es el de *comunicación para el cambio social* o también conocido como *modelo para la transformación social*. Básicamente, lo que describe es un proceso en el que, mediante la participación comunitaria y el diálogo de saberes, se genere la acción colectiva para un trabajo conjunto y conseguir así transformaciones sociales en una comunidad, mejorando con ello la salud y el bienestar de las y los involucrados. De esta manera, para la promoción de estilos de vida saludable se reconoce la realidad de la localidad desde la participación comunitaria, ya que las y los vecinos son incorporados como agentes activos.

Al respecto, Martínez-Gómez y Domingo (2017) destacan que los modelos de cambio social y transformación social tienen en común la recuperación de la comunicación como factor de empoderamiento de la ciudadanía y su importancia radica en la búsqueda de soluciones a los problemas que afectan a las sociedades actuales. En este sentido, el papel que se le asigna a la comunicación comunitaria en los procesos de desarrollo es buscar modificar los comportamientos individuales y colectivos y que las personas tomen parte de estos procesos.

Así pues, a partir de dichos modelos, se le asigna a la comunicación una gran influencia en la interacción y en el desarrollo humanos. Además, se promueve el empoderamiento ciudadano –distinto del poder que el profesional traspasa o entrega a alguien– que busca, a través de distintos procesos de diálogo y reflexión *con* y *entre* las comunidades (comunicación comunitaria), que sus integrantes fortalezcan y potencien sus capacidades para conseguir y generar mejores respuestas a problemáticas que atañen a su entorno.

Se debe asumir, entonces, que la comunicación comunitaria se basa en el diálogo con las personas en las comunidades,

con el fin de apoyar el desarrollo y la transformación social. Para ello, se requiere ser sensible a la cultura local y tener como punto de partida la escucha activa, pues ello permitirá a cualquier profesional conocer mejor la realidad local, acercándose a las concepciones que esa comunidad en particular tiene respecto de la salud o la enfermedad, pues las realidades difieren mucho de una comunidad rural a una ciudadana, de una nacional a una compuesta por migrantes, de un barrio o territorio a otro y un profesional deberá asumir esas diferencias si desea abordar cualquier problemática que afecte a las personas.

Como se aprecia, el cambio social surge a partir de un proceso comunicativo para entender la realidad y situación de salud de un colectivo y cuáles son las influencias a las que está sometido, para luego crear los mensajes y las acciones pertinentes a sus intereses y lograr persuadir, que se adquieran ciertos conocimientos particulares, o bien, que se cambien comportamientos y prácticas que puedan estar poniendo en riesgo su salud. Para un agente de salud, entonces, lo central es promover el diálogo e intercambio de información, pues se trata de un componente imprescindible de los servicios sanitarios.

Gumucio-Dagron (2011), afirma que lo que define la comunicación para el cambio social es el proceso dialógico y el debate, que se base en la tolerancia, el respeto, la equidad, la justicia social y la participación de todos. Para ello, se requiere que el componente de comunicación actúe como agente dinamizador. El autor enfatiza, además, que la participación de los agentes sociales —quienes también son comunicadores—, ocurre en el contexto de un proceso de crecimiento colectivo que es anterior a la definición de los mensajes o a la creación de los productos. Entonces, lo interesante de la comunicación comunitaria en salud es que permite que las poblaciones manifiesten sus problemas, formulen y gestionen las posibles soluciones, al tiempo que las van evaluando para lograr un verdadero cambio de comportamiento.

Desde esta premisa, el éxito de usar con efectividad la comunicación comunitaria en salud reside en identificar los medios apropiados, el mensaje y la audiencia para ayudar a modificar los problemas de salud. En este contexto, el rol del profesional es abrir las posibilidades y, por medio del diálogo, ir concretándolas con la comunidad, devolviendo los análisis y conclusiones de cada etapa de la intervención para dinamizar los procesos de intercambio de información.

En este sentido, existe consenso en que cuando se trabaja participativamente y se fortalecen las capacidades del capital social, las personas se sienten mucho más motivadas a cambiar sus conductas y estilos de vida. Por ello, la comunicación comunitaria es central, ya que la participación de la comunidad y su empoderamiento permite generar este diálogo y que la gente vaya diseñando y siendo parte de los procesos, articular y compartir sus propias opiniones, necesidades, problemas y capacidades propias y con las organizaciones. Como consecuencia, el empoderamiento aumenta la disposición de las personas para generar la movilización y la acción colectiva: “si me incluyen y soy parte, me siento mucho más motivado a involucrarme y conseguir resultados exitosos para mí y mi entorno” es la premisa que se persigue.

Estos lineamientos se vinculan con los fundamentos conceptuales de la promoción de la salud basada en la participación efectiva y concreta de la comunidad. Al respecto, la Carta de Ottawa (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1986), puntualizó cinco estrategias principales para instalar de manera efectiva las políticas de promoción de la salud:

- la generación de políticas públicas saludables;
- el desarrollo de entornos que apoyen la salud;
- la educación a través de habilidades personales;
- la reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud; y
- el fortalecimiento de la acción comunitaria.

Todas estas estrategias implican la necesidad de integrar la comunicación como elemento transversal de los programas y acciones de educación y promoción de la salud. Desde esta mirada, se entiende que la salud implica el cuidado personal y colectivo, mediante el diseño de estrategias de acción para que las personas tengan la posibilidad de tomar decisiones y actuar para controlar su propia vida, asegurando así el bienestar y la salud para todos los miembros de su comunidad.

Conclusión

Para comprender la influencia de la comunicación comunitaria en la construcción de la salud es necesario entender que la comunicación es un proceso de interacción entre personas, siendo esta la base de las relaciones entre los seres humanos.

En este sentido, para lograr la transformación social que impacte en el bienestar, calidad de vida, sostenibilidad del desarrollo humano y en la salud, la comunicación comunitaria debe ser el eje movilizador de diversas herramientas y estrategias de enseñanza-aprendizaje, promoción, prevención de salud e identificación de factores socioambientales. Por ello, para abordar los proyectos de salud desde la complejidad de la realidad social es necesario conocer primero a las comunidades mediante procesos de diálogo que incorporen a los diversos actores sociales para influir en las decisiones que impacten en salud de la población.

En otras palabras, puesto que la comunicación comunitaria permite desarrollar la interacción y las relaciones sustentables con y en la comunidad, potencia la generación de procesos democráticos y participativos al identificar las capacidades o activos que tienen las comunidades en beneficio de la construcción de su salud. Aunque pueda demandar más tiempo, la participación de la comunidad enriquece las acciones en salud y aumenta su factibilidad y eficacia.

Por último, se debe destacar que la prevención y promoción de la salud se logran con mayor eficacia si se generan estra-

teñas de intercambio comunicativo efectivas y sustentables entre los agentes de salud y las comunidades. Ello, porque la comunicación en salud es un proceso de interacción, relacional, circular y no unidireccional como se ha entendido tradicionalmente.

Asimismo, para que la transformación social ocurra debe pasar por dinámicas con los distintos grupos o sectores del proceso, de modo de lograr el desarrollo humano y comunitario gracias a los cambios generados para y con la comunidad. En este sentido, la comunicación comunitaria y el modelo de comunicación para el cambio social, en particular, entregan elementos que permiten que, quienes participen e influyan en los procesos de desarrollo humano y comunitario, sean las mismas personas.

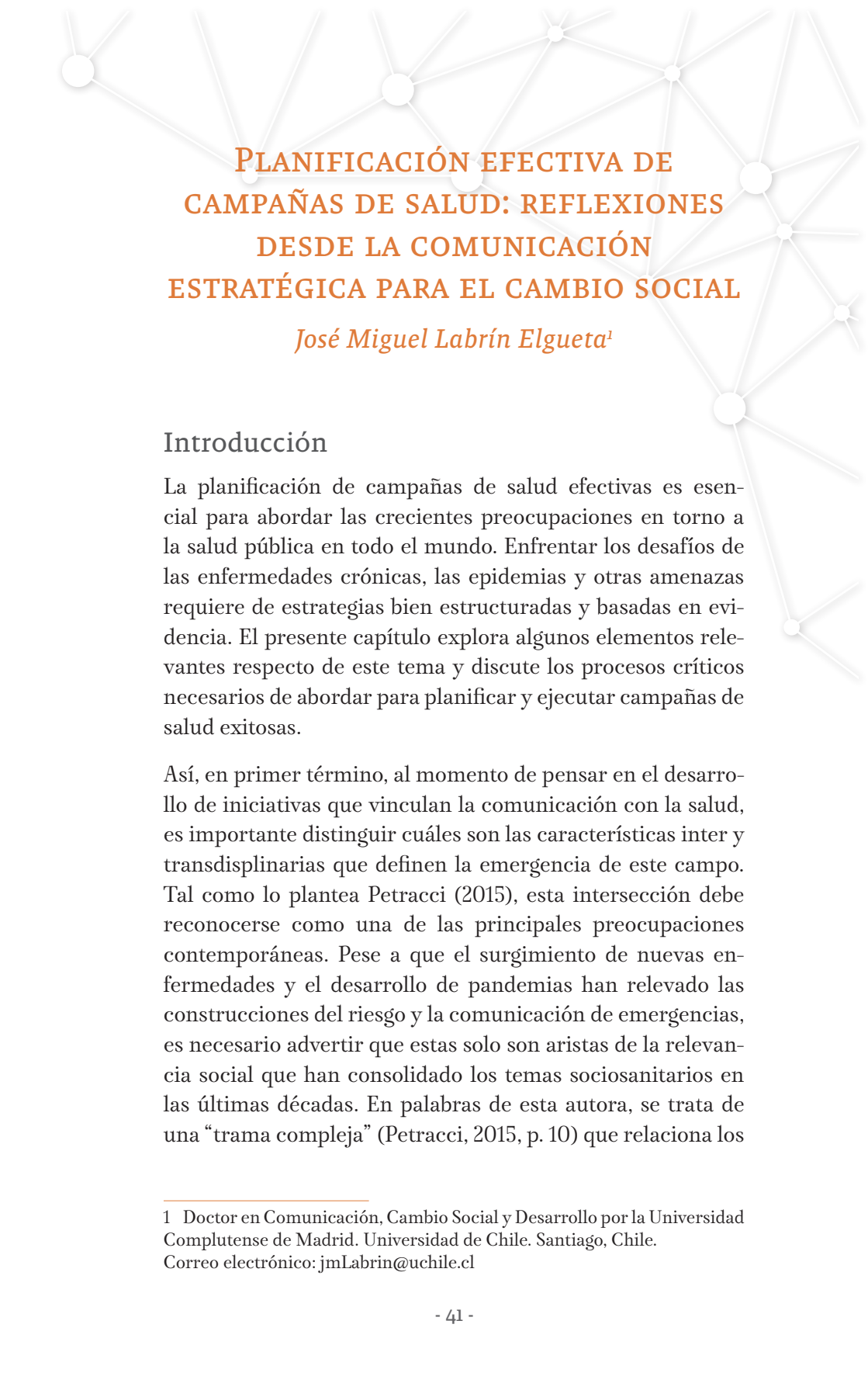
En definitiva, para la construcción de la salud se requiere una mirada de la realidad social donde la comunicación comunitaria sea la base que articule las disciplinas académicas con los saberes populares y donde los actores sociales —tradicionalmente considerados agentes pasivos—, sean ahora los verdaderos artífices del cambio comunitario y la construcción de su propia salud y la de su comunidad.

Referencias

- Alcalay, R. (1999). La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(3), 192-196. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n3/top192.pdf>
- Feo-Acevedo, C. y Feo-Isturiz, O. (2013). Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde em debate*, 37(96), 84-95. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8HL86xMn6b9T3dsh6rTFbsb/abstract/?lang=es#>
- Gumucio-Dagron, A. (2001). *Comunicación para la salud: el reto de la participación*. Agujero Negro. <https://www.infoamerica.org/articulos/textospropios/gumucio1.htm>
- Gumucio-Dagron, A. (2011). Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo. *Signo y*

- Pensamiento*, 30(58), 26-39. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86020038002>
- House, J. S., Robbins, C., y Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116(1), 123-140. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113387>
- Jenatsch, T. y Bauer, R. (2016). *Comunicación para el desarrollo. Una guía práctica*. Agencia Suiza para el desarrollo y la cooperación (COSUDE). https://www.eda.admin.ch/dam/deza/es/documents/publikationen/Diverses/Communication-for-development-Manual_ES.pdf
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., y Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491-1498. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.9.1491>
- Llanes, C., Blanco, D. G., Cofiño, R., y Hernán-García, M. (2019). Técnicas de identificación de activos para la salud. Aplicable a cada centro de salud. *FMC, Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 26(7), 18-26. <https://www.fmc.es/es-tecnicas-identificacion-activos-salud-aplicable-articulo-S1134207219301720>
- Mansyur, C., Amick, B. C., Harrist, R. B., y Franzini, L. (2008). Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Social Science & Medicine*, 66(1), 43-56. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.015>
- Martínez-Gómez, R. y Domingo, V. (2017). Conceptualización: la comunicación para el desarrollo como herramienta para la transformación social. *E-DHC, Quaderns Electrònics sobre el Desenvolupament Humà i la Cooperació*, (8), 17-23. https://www.uv.es/edhc/edhc008_martinez.pdf
- Morgan, A. y Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promotion & Education*, (2), 17-22. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2010). *Healthy People* (Vol. D). OMS. <http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx>

- Organización Mundial de la Salud, OMS (1998). *Promoción de la salud: glosario*. OMS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/42973>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (1986). *Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre promoción de la salud: hacia un nuevo concepto de la salud pública*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/44469>
- Sapag, J. C., Aracena, M., Villarroel, L., Poblete, F., Berrocal, C., Hoyos, R., Martínez, M., y Kawachi, I. (2008). Social capital and self-rated health in urban low-income neighbourhoods in Chile. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(9), 790 LP-792. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.052993>



PLANIFICACIÓN EFECTIVA DE CAMPAÑAS DE SALUD: REFLEXIONES DESDE LA COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA PARA EL CAMBIO SOCIAL

José Miguel Labrín Elgueta¹

Introducción

La planificación de campañas de salud efectivas es esencial para abordar las crecientes preocupaciones en torno a la salud pública en todo el mundo. Enfrentar los desafíos de las enfermedades crónicas, las epidemias y otras amenazas requiere de estrategias bien estructuradas y basadas en evidencia. El presente capítulo explora algunos elementos relevantes respecto de este tema y discute los procesos críticos necesarios de abordar para planificar y ejecutar campañas de salud exitosas.

Así, en primer término, al momento de pensar en el desarrollo de iniciativas que vinculan la comunicación con la salud, es importante distinguir cuáles son las características inter y transdisciplinarias que definen la emergencia de este campo. Tal como lo plantea Petracci (2015), esta intersección debe reconocerse como una de las principales preocupaciones contemporáneas. Pese a que el surgimiento de nuevas enfermedades y el desarrollo de pandemias han relevado las construcciones del riesgo y la comunicación de emergencias, es necesario advertir que estas solo son aristas de la relevancia social que han consolidado los temas sociosanitarios en las últimas décadas. En palabras de esta autora, se trata de una “trama compleja” (Petracci, 2015, p. 10) que relaciona los

1 Doctor en Comunicación, Cambio Social y Desarrollo por la Universidad Complutense de Madrid. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
Correo electrónico: jmLabrin@uchile.cl

cambios socioculturales y las construcciones del sentido del bienestar subjetivo y colectivo, con el desarrollo de las nuevas tecnologías, los escenarios de riesgos y, por cierto, las nuevas definiciones en torno al cuerpo, sus derechos e identidades.

Por ello, cualquier pregunta referida a la comunicación en este campo complejo tampoco excluye aquellos elementos basales que la sitúan dentro del marco de la interacción humana y donde, evolutivamente, ha sido clave para establecer las condiciones societales marcadas por la colaboración y el consenso (Tomasello, 2013). Por ello, toda pregunta acerca de la salud se ancla en esta condición intersubjetiva que nos permite construir distinciones respecto del bienestar individual y colectivo, dentro de un horizonte que se hace cargo de aquello que es necesario conservar o modificar para organizar el nuevo convivir (Guerrero et al., 2020). Hoy, en un contexto de complejidad, esto incide en lo que se consideran como *procesos de promoción, prevención y posvención*² en salud.

En este sentido, la comunicación estratégica en salud, al tratarse de una comunicación con arreglo a fines (Scheinsohn, 2009) establece las condiciones de cambio frente a un estado inercial no deseado y, al mismo tiempo, fija aquellos aspectos de la puesta en común que permiten el cambio social esperado.

Por otra parte, al tratarse de una comunicación estratégica, esta no puede ser azarosa, pues implica reconocer el lugar organizacional desde donde surge (Iturrizaga et al., 2021) y cómo se vincula con el desarrollo estratégico de cada institución. De igual modo, observando a las organizaciones como sistemas (Opazo y Rodríguez, 2017), es posible reconocer la relación compleja con su medio, en procesos permanentes de coadaptación y satisfacción mutua de necesidades para po-

2 Refiere a las acciones de cuidado y auxilio a las personas cercanas a alguien que falleció por suicidio. Para más información ver https://codajic.org/wp-content/uploads/2023/07/Posvencion-por-suicidio-con-adolescentes_WEB-1.pdf

der garantizar su viabilidad. En este sentido, las posibilidades comunicativas que se generan a favor del bienestar deben ser consideradas como opciones de selección, tanto de los sujetos como de otros sistemas, cuya incidencia efectiva tendrá relación con las posibilidades de satisfacción de necesidades desde las cuales puedan ser reconocidas.

Con ello, la planificación comunicacional se entiende como un mecanismo de gestión, pero también de observación permanente de esa dinámica entre el desarrollo de la organización y la satisfacción de las necesidades de su entorno. Se trata, pues, de un proceso sistemático (Tauber, 2011) a través del cual el nivel decisional se conjuga con los criterios de pertinencia, relevancia y coherencia propios de toda iniciativa e intervención para un cambio altamente orientado.

Estos aspectos son ámbitos que han estado presentes en diferentes modelos de planificación social y comunitaria en salud. Por ejemplo, el modelo Combi (Ganem-Luna y Tuesta-Molina, 2018), centrado en la pregunta por el comportamiento, se reconoce como una herramienta para el diseño de estrategias cuyo foco está en los resultados conductuales esperados. Bajo este prisma, la concreción de iniciativas efectivas y eficaces para situaciones específicas como la prevención o el abordaje en brotes epidémicos, requiere de una perspectiva ex ante, que combina un análisis organizacional para la respuesta comprometida, la recolección de datos significativos y el aprendizaje sobre la base de casos anteriores.

Por otro lado, los aportes de Green y Kreuter (2005) al desarrollo de modelo *Precede-Proceed* reflejan también esta demanda. En efecto, desde un diseño matricial lógico, este modelo orienta la planificación a partir de factores concomitantes, a saber, aquellos que están organizados sobre la base de la información y motivación que predisponen la acción, factores facilitadores, causas subyacentes y, ante todo, en función de la idea de que la planificación efectiva de la intervención en salud debe preceder (*precede*) a la implementación y evaluación (*proceed*) (Porter, 2016).

Las trayectorias en planificación en comunicación permiten también reconocer la relevancia entre el desarrollo de las campañas sanitarias y la comunicación para la salud. De igual modo, en tanto tipo de comunicación, las campañas se reconocen como un proceso estratégico altamente sistemático que permiten intervenir ámbitos propios de lo sanitario, dentro del espacio comunicacional.

A diferencia de una planificación integral en comunicaciones en salud –que puede responder al ejercicio de cualquier organización o institución del área para llevar a cabo sus fines u objetivos–, este tipo de campañas se orienta hacia la consecución de cambios donde las condiciones basales mantendrían aquel estado inercial. En este sentido, entonces, toda campaña desde una perspectiva ciudadana y organizada sobre la base de una demanda social específica, se articula a partir de la expectativa de modificación de dicha condición basal, en un marco mayor de elevación de la calidad de vida de las personas, grupos o colectivos (Labrín Elgueta, 2009).

Es por ello que más allá de la demanda individual –como podría referenciar una estrategia de marketing social en salud (Góngora, 2014)–, una campaña de comunicación social refrendará constantemente el pacto entre la o las organizaciones mandantes para con la ciudadanía en una perspectiva de desarrollo. Así, la comunicación pasa a ser un proceso efectivamente mediador, donde desde su propia gestión, no solo converge y es cómplice de la concreción de objetivos sanitarios, sino ante todo permite comprender cómo desde lo simbólico –ámbito de acción de toda propuesta de comunicación– es posible modificar un marco interpretativo que organice las decisiones en torno al bienestar.

Con ello, las campañas son consideradas como un pacto reorientador de las condiciones de bienestar que, de manera compleja, permite satisfacer las necesidades de una comunidad y que puede responder desde su especificidad a coadyuvar al desarrollo de políticas, programas o planes en el ámbito sanitario.

En este sentido, el carácter coligado de las campañas con la dimensión política que las sustenta permite considerarlas no solo como un medio de difusión ad hoc, sino como un sistema cuya orientación estratégica articula la satisfacción de necesidades de comunicación de las audiencias y/o públicos, con las condiciones organizacionales que avalan la intervención de bien público.

Sobre la evaluación de necesidades: la multidireccionalidad de las campañas de comunicación en salud

Uno de los aspectos primordiales al momento de pensar en el desarrollo de una campaña comunicacional en el campo de la salud dice relación con la observación compleja de sus públicos. Si bien se trata de una característica común en todo tipo de comunicación donde la pregunta por el cambio tiene que ver con las condiciones de vida de una persona, grupo o comunidad, en el caso de una campaña de comunicación en salud –entendida como una estrategia para el desarrollo de bienes públicos sanitarios–, el reconocimiento de las necesidades se vincula con, al menos, dos dimensiones: aquellas propias de lo sociosanitario y las que se vinculan con las brechas existentes en la condiciones simbólicas e interpretativas de los grupos.

En este sentido, las campañas deben entrecruzarse en diálogo permanente con la política pública de salud. Esto quiere decir que no puede existir una estrategia de comunicación si no se identifican como antecedentes aquellas dimensiones sanitarias que se revelan a través de la caracterización epidemiológica. Sin embargo, aquello que es propio de la definición de las acciones en salud debe problematizarse en una comprensión profunda de las audiencias, sus características demográficas, sociales y culturales, económicas y territoriales (Forero, 2010).

A partir de este hecho emergen dos supuestos relevantes al momento de considerar una evaluación diagnóstica para una campaña. El primero (visto desde la caracterización de los públicos) es que aunque el ámbito de intervención sea acotado, siempre la población beneficiaria será diversa y heterogénea en sus posibles recepciones; lo segundo es que, desde la comunicación, las propuestas de sentido que orienten la campaña serán selecciones que podrán o no ser apropiadas para las audiencias, siendo este uno de los principales desafíos en términos de relevancia y pertinencia.

Es por esto por lo que la caracterización de las necesidades comunicacionales de los públicos opera como una segmentación de estos y un reconocimiento de sus prácticas comunicacionales, así como también de su contexto de recepción posible. En este sentido, la segmentación no reenvía solo a un criterio de focalización para maximizar el costo-beneficio de la campaña. Más bien establece los criterios a partir de los cuales se limita el marco de interpretaciones posibles, para así aumentar las condiciones de reducción de incertidumbre frente a la recepción de la campaña. Con ello, la segmentación reconoce que la audiencia en su misma heterogeneidad puede mostrar patrones comunes de comportamiento comunicacional, de modo de orientar de la manera más cabal posible los mensajes dirigidos al grupo y construir las mejores condiciones de adhesión o apropiación significativa de la campaña.

Por otro lado, el reconocimiento de los patrones de consumo comunicacional permite orientar el lugar desde donde los públicos obtienen información sustantiva acerca de la salud y, en particular, caracterizar los espacios o plataformas que, en un marco de legitimidad, confianza, oportunidad y valoración, reconocen como viables para la entrega orientaciones para su propio bienestar. Esto no solo se sujeta al reconocimiento de los medios de comunicación en tanto mediadores, sino también de todos los procesos de comunicación pública desde los cuales puede intervenir una campaña, incluyendo

los espacios públicos, el transporte, las interacciones en redes sociales virtuales y presenciales, entre otras.

Por último, la caracterización de necesidades comunicacionales debe observar las condiciones sobre las cuales se establece la recepción de la campaña. En este sentido, es importante reconocer, entre otros aspectos, las opiniones públicas existentes respecto de los temas sanitarios, o bien, los objetos de salud pública en torno a los cuales versará la campaña; la interpretación de discursos antagonistas; las condiciones de conversación off line y online en cuanto a dichos temas o problemas; y los marcos de confianza existentes entre las organizaciones voceras y los públicos.

La construcción de objetivos: logros y alcance

Debido a que toda campaña de comunicación para la salud es una planificación cuyo horizonte es el cambio social, luego de identificar las necesidades comunicacionales de las audiencias, es necesario dar paso hacia un vínculo explícito con ellas. El desarrollo de objetivos, por tanto, no solo plasma las condiciones efectivas del cambio esperado, sino ante todo responde a la pregunta respecto de cómo será el compromiso de satisfacción propuesto por la organización mandante: refleja, entonces, un acuerdo entre las audiencias y las entidades sanitarias sobre el cual puede ser sostenible el cambio (Gambaccini, 2018).

En este sentido, las campañas explicitan su funcionalidad a través de los objetivos, al mismo tiempo que proporcionan elementos que permitirán medir su progreso y desarrollar la evaluación de sus logros. Vistos como metas, al igual que el desarrollo de todo proyecto o programa sanitario, las campañas de comunicación en salud deben sustentarse en evidencia, ya sea a través de la información secundaria disponible, un proceso indagatorio específico diseñado para tal fin, o bien, en el caso de que la campaña sea un proceso permanente de gestión comunicacional, por medio de la evaluación de instancias anteriores.

Dicho de otra manera, la evaluación ex post de toda campaña permite generar una nueva línea base a nivel de logro y alcance que debe plasmar los nuevos objetivos. En este sentido, la idea de una planificación circular, cerrada sobre sí misma, deja de tener sentido al considerar que el cambio siempre opera desde un nuevo lugar de distinción. Ese nuevo punto de partida, que implica a su vez un cambio, hace que el proceso tenga una característica más en espiral, donde la experiencia de cambio permite distinguir un nuevo horizonte de logro.

Sin pretender una causalidad o una observación de permanente aprendizaje (en efecto, la espiral puede ser descendente si nos enfrentamos a una gestión comunicacional no satisfactoria), sí implica reconocer que la intervención de la campaña genera perturbaciones en las posibilidades de recepción. Esto va en línea con lo que establecen Piñuel y Lozano (2006) al mirar los procesos evolutivos de la comunicación pública desde su modelo dialéctico, a través del cual la condición de cambio surge de una distinción que le antecede y genera una modificación en el mismo sistema comunicacional y sus vínculos con el entorno.

La definición de estrategias o la coherencia de las acciones organizadas frente al cambio

Una de las principales características de las campañas de comunicación es aquella tendiente a observar su mediatización. Sin duda en una sociedad contemporánea donde la experiencia cotidiana no puede desligarse del consumo de medios, es ineludible plantear de qué manera es posible relacionar la campaña con la construcción de un dominio de realidad pertinente para los públicos. Y es en dicho espacio decisional en donde se establecen los criterios a partir de los cuales poder vehicular una campaña comunicacional en salud.

Por ello, la condición mediática emerge en un doble sentido. En primer lugar, aquella que le es propia en relación con las selecciones de dispositivos, plataformas y medios a través de los cuales es posible generar la propuesta de sentido para los

públicos segmentados, recuperando a través de este mecanismo su rol de mediadores. La segunda, en cambio, considera el grupo de interés específico desde el cual articular iniciativas de incidencia (*advocacy*) o alianzas (Díaz Bordenave en Bruno, 2017).

En esta perspectiva, la mediatización de las campañas recurre a las herramientas de la publicidad o incluso del marketing, como una forma operativa de establecer un sistema de comunicación ad hoc al cambio diseñado. Durante las últimas décadas, la progresiva vinculación de las campañas con el espacio mediático establecido por las redes digitales establece un repertorio significativo que organiza tanto la construcción de mensajes a través de las nuevas plataformas y aplicaciones, como también el debate contingente en torno a las campañas, con una progresiva mayor instalación de la opinión pública digital. Asimismo, en virtud de la movilidad y la ubicuidad de los soportes, incluyendo la telefonía móvil, la interacción también se organiza en espacios de mensajería, ya sea desde contactos próximos hasta verdaderas nuevas comunidades virtuales.

Sin embargo, pensar exclusivamente en las campañas desde sus componentes mediáticos implica reducir las posibilidades de la comunicación misma, pues reconocer el proceso comunicativo como un vínculo que parte desde los encuentros cara a cara y que se extienden desde allí a lo social, también problematiza otro tipo de desarrollo de estrategias más situadas desde la gestión de conocimiento, recurriendo a instituciones formales como la escuela o la familia. Así, la relación entre la comunicación y la participación ciudadana permite pensar el cambio desde el aprendizaje como un proceso articulado, que requiere de la acción directa de un otro significativo en un marco dialógico del convivir.

Colaboración intersectorial y participación comunitaria

Observar las campañas en su vínculo social comunitario implica también reconocer en ellas el potencial para establecer las condiciones políticas de su gestión. En efecto, así como la segmentación de los públicos permite comprender la incidencia activa, la participación en el diseño, ejecución y evaluación de la campaña ayuda a legitimar la estrategia y fortalecer la adhesión que esta prolonga en sus intervenciones.

Superar, entonces, el peldaño de la participación entendida como un fin meramente indagatorio o consultivo, para ampliarla hacia nuevos límites (como pueden ser aquellas dimensiones de cogestión o fiscalización ciudadanas), genera una aproximación significativa donde el público es visto como representante y, en dicha calidad, como sujeto agente de su propia transformación. Así, más que el fin instrumental –también necesario para aceptar intervenciones y mejorar su sostenibilidad, como lo plantean Green y Kreuter (2005)–, la participación releva la configuración política de las intervenciones comunicacionales, donde la bidireccionalidad va más allá de la idea retroalimentada del proceso y sitúa un compromiso dual en términos de la consecución del cambio.

En una perspectiva similar, la colaboración emerge como un punto crucial en el desarrollo de las campañas de comunicación y salud. Esto, en primer término, por la matriz de los recursos disponibles para la ejecución de una campaña: frente a las limitaciones de capital humano, posibilidades de gasto e inversión específicas, la interrelación con otros actores facilitará dicho apalancamiento de oportunidades. Aún de manera más sustantiva, el trabajo asociativo favorece también el reconocimiento de capitales distintos, particularmente entre organizaciones, incluyendo a aquellas propias de características simbólicas. Esto puede traer consigo una elevación, por ejemplo, de los marcos de confianza en las iniciativas de comunicación, una mayor legitimidad pública y una resonancia más amplia a partir del trabajo de múltiples actores, entre otros beneficios.

Esta estrategia de alianzas puede también significar una mayor exposición mediática de la campaña, particularmente a nivel de la prensa profesional. Tal como se ha planteado, las campañas escasamente son consumidas a través de los dispositivos que estas generan y suelen ser reconocidas más bien desde su cobertura o tratamiento informativo. La generación de vínculos con medios —ya sea a través de un programa de media advocacy o incidencia (Díaz Bordenave en Bruno, 2017) o bien, desde la gestión de prensa convencional de la campaña— favorecerá las condiciones de circulación, reducirá el gasto en un plan de medios pagado y, por cierto, elevará sus posibilidades de incidencia efectiva.

Evaluación y monitoreo continuo

Una de las principales preguntas en el desarrollo de las campañas de comunicación tiene que ver con la incidencia efectiva que estas pueden tener en la posibilidad de cambio. La evidencia no plantea certezas unívocas; es más, pensar en relaciones causales lineales donde a través de la exposición de la campaña se establecerían cambios o efectos directos y unidimensionales aparece descartado. Es por ello por lo que las condiciones de incidencia de las campañas deben reconocerse desde un carácter procesual, multifactorial y contingente, en función de las condiciones específicas de diseño, desarrollo, ejecución, circulación y recepción (Porto, 2005).

Aunque la discusión se dé prioritariamente a nivel *ex post*, es decir, luego de la exposición de los grupos objetivos y la pregunta se centre en la noción de impacto, lo cierto es que la evaluación debe ser un proceso transversal del desarrollo de las campañas, que cruce cada uno de sus momentos de planificación. En este sentido, tal como se señaló al inicio, durante el momento explicativo del problema comunicacional, esta se expresa al abordar la evaluación anterior, el análisis de información secundaria o a través del diagnóstico específico en tanto fase indagatoria. Lo mismo ocurre en relación con la definición del momento estratégico o táctico operacional, donde el reconocimiento de los públicos establece las defini-

ciones sustantivas acerca del sistema comunicacional ad hoc por desarrollar. Así, es importante valorar el pilotaje o testeo de la campaña, para generar ajustes ex ante a nivel de encuadres, relatos o argumentos disponibles, medios por utilizar y dispositivos publicitarios elegidos.

Ya en la ejecución de la campaña y por la naturaleza misma de su condición sistémica –abierta a un entorno que es coafectado por la gestión de la campaña– el monitoreo debe ser visto como un verdadero momento evaluativo que genera condiciones de retroalimentación específicas. Esto permite ajustes y corrección de las acciones contenidas en las estrategias, así como también posibilita observar de manera sistemática la satisfacción de los públicos objetivos y las variaciones en las opiniones públicas respecto de la campaña. De igual modo, puede analizar el comportamiento de los actores institucionales durante la realización de la campaña, con énfasis en vocería y, al mismo tiempo, en los procesos regulatorios que vinculen la gestión con la comunicación de la campaña.

En este sentido, y considerando las condiciones de exhibición de la campaña, es posible reconocer a lo menos tres ámbitos importantes de la evaluación: el primer nivel propiamente organizacional de la institución mandante de la campaña; el segundo, las definiciones del proceso comunicacional implementado; y un tercero, referente a la incidencia en los públicos.

En relación con el primer punto, toda evaluación ex post debe representar una oportunidad para distinguir las brechas entre lo planeado –en términos de diseño deseado o previsto– con el comportamiento efectivo de la organización en el desarrollo de la campaña. Esto a su vez debe permitir una mirada crítica de la interacción de la gestión con el entorno, a través de una reflexión situada a partir de los contextos donde intervino la campaña, el posicionamiento institucional, el vínculo con sus audiencias y grupos de interés relevantes y el compromiso (*engagement*).

A nivel del proceso comunicacional, y con especial foco en la relevancia, pertinencia y coherencia de las estrategias desplegadas, la evaluación *ex post* puede entregar luces acerca del plan de medios ejecutado y la inversión publicitaria efectuada, la relación con la prensa o plan de media advocacy o incidencia si el diseño lo contuviese y, por cierto, del despliegue de las estrategias de redes, alianzas, comunitarias o socioeducativas. En este sentido, la evaluación debe orientar los ajustes para el diseño de las próximas decisiones estratégicas y táctico-operativas, en virtud de la eficacia y eficiencia demostrada (Costa de Araujo et al., 2021).

Focalmente, y a nivel de los públicos donde la recepción cobra sentido en función del impacto esperado, es necesario reconocer los distintos niveles de incidencia que pasan desde la mera recordación de la campaña y su apropiación significativa, hasta la disposición de los públicos para reorientar su comportamiento, actitudes y/o emociones en función de las propuestas contenidas en la campaña. Esto se traduce, entonces, en una adecuada observación de las brechas de las significaciones esperadas versus las efectivas, como también de las condiciones efectivas que tengan los públicos para comprender que aquello contenido en la campaña a nivel simbólico puede ser sostenido en el tiempo, en una decisión individual y colectiva referente al bienestar.

Conclusiones

Planificar campañas de salud efectivas requiere de un enfoque integral que se base en la evidencia científica, que se adapte a las necesidades específicas de la comunidad y fomente el involucramiento de todos los interesados. Al seguir las nociones de una evaluación rigurosa, intervenciones basadas en la evidencia, segmentación de audiencia, participación y colaboración intersectorial y monitoreo sistemático, las campañas de salud pueden lograr un impacto significativo en la mejora de la salud pública y en el bienestar de la sociedad.

Para ello, el principal desafío radica en ubicar las campañas de comunicación en salud desde el marco de la comunicación estratégica. De este modo, apelando desde lo simbólico y reconociendo desde allí su especificidad, las campañas comunicacionales de salud establecen un repertorio de cambio que puede incidir en las construcciones de sentido en torno a los temas u objetos de la campaña. Es así como las condiciones efectivas del cambio tendrán que versar en torno a dichas condiciones y no generar relaciones lineales entre lo simbólico y lo material. La especificidad comunicativa debe ser vista como un factor coadyuvante de la política pública y no subsumir en ella los cambios que propone la misma política.

Por último, desarrollar estrategias de comunicación vinculadas con las necesidades de los sujetos y ciudadanos, junto con relevar el pacto democrático en la construcción de bienes públicos sanitarios, da cuenta de que la impronta ética y política de las campañas es un mandato permanente. Por ello, considerar las campañas desde este lugar del desarrollo avala la idea de que la comunicación estratégica en el campo de la salud es un factor ineludible para mejorar la experiencia humana integral frente a la pregunta por el bienestar y la responsabilidad compartida para su concreción.

Referencias

- Bruno, D. y Demonte, F. C. (2017). *Planificación y comunicación. Perspectivas, abordajes y herramientas. Cuaderno de cátedra*. Ediciones EPC de Periodismo y Comunicación.
- Costa de Araújo, A. C., Paiva, J., De Sousa Lacerda, J., y Marcos Molano, M. (2021). Avaliação de campanhas de saúde: Uma revisão integrativa sobre a construção de indicadores. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*, 14(2), 1-13. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/disertaciones/a.9432>
- Forero, J. A. (2010). El marketing social como estrategia para la promoción de la salud. *La Sociología En Sus Escenarios*, (20). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/7021>

- Gambaccini, A. (2018). Abordajes comunicacionales de las políticas de salud. En M. Petracci y P. Rodríguez Zoya (Eds.), *Comunicación y salud, la investigación en el proceso de las políticas públicas*. Teseo.
- Ganem-Luna, A. y Tuesca-Molina, R. (2018). Promoción de la salud y prevención del dengue: implementación de la metodología combi en tres barrios del distrito de Barranquilla, Colombia. *Salud Jalisco*, 5(Esp.), 82-92. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?idarticulo=82897>
- Góngora, L. H. (2014). Mercadotecnia social: una herramienta necesaria para la promoción de salud. *Medisan*, 18(5), 684-694. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-301920140005000012&script=sci_abstract
- Green, L. W. y Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. McGraw-Hill.
- Guerrero Castañeda, R., González Soto, C., y Jiménez González, M. J. (2020). La salud y su cuidado como relación cultural intersubjetiva: reflexión fenomenológica en Schütz. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (39), 236-244. <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40680>
- Iturrizaga, A. U., Eichenberg, H. D., y Domínguez, M. (2021). Organizaciones como entornos promotores de salud y sostenibilidad: la ineludible transformación de la cultura comunicativa. En J. L. T. Blanco, C. Peñafiel, D. Catalán, y M. R. Rodríguez (Eds.), *Comunicación y promoción de la salud en la era digital* (pp. 73-92). Dykinson. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1s7cc6j.7>
- Labrín Elgueta, J. M. (2009). Desafíos para las campañas de bien público en contextos interculturales: elementos para su evaluación, gestión y desarrollo. *Revista Isla Flotante*, (1), 43-55. <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/227>
- Opazo, M. P. y Rodríguez, D. (2017). Repensando los límites de las organizaciones por medio de la teoría de sistemas organizacionales de Niklas Luhmann. *MAD*, (36), 21-37. <https://doi.org/10.5354/rmad.v0i36.46140>
- Petracci, M. (Coord.). (2015). *La salud en la trama comunicacional contemporánea*. Prometeo.

- Piñuel, J. L. y Lozano, C. (2006). *Ensayo general de la comunicación*. Paidós.
- Porto, P. M. (2005). Lutando contra a AIDS entre meninas adolescentes: Os efeitos da campanha de carnaval de 2003 do Ministério da Saúde do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1234-1243. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400026>
- Porter, C. M. (2016). Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. *Health Education Journal*, 75(6), 753-764. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1113669>
- Scheinsohn, D. (2009). *Comunicación estratégica*. Gránica.
- Tauber, F. (2011). El desarrollo y su planificación. Evolución del concepto y su influencia en procesos endógenos, sustentables y participativos. *Revista Iberoamericana de Urbanismo*, (5), 85-94. <http://hdl.handle.net/2099/12501>
- Tomasello, M. (2013). *Los orígenes de la comunicación humana*. Katz Editores.



INTEGRACIÓN DE COMUNICACIÓN INTRA E INTERPERSONAL: CLAVES PARA UN BUEN VIVIR¹

Eva Débia Oyarzún²

Introducción

La presente ponencia, expuesta originalmente a inicios de diciembre de 2022 en la primera sesión de la jornada de salud comunitaria “Construyendo salud desde la comunicación comunitaria” (actividad organizada por el Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario de la Universidad de Las Américas) corresponde a una mirada complementaria y algo divergente respecto de lo que ya ha sido presentado acerca de los efectos posibles del trabajo en esta área. En esta oportunidad, me corresponde aportar desde la arista de las comunicaciones y es por ello por lo que abordaré la necesidad reflexiva de integración complementaria entre la comunicación intra e interpersonal, atendiendo al contexto global y nacional de este convulsionado siglo XXI, para plantearnos desde allí las claves necesarias para un buen vivir.

Más allá del trabajo que lingüistas y múltiples especialistas en comunicación han abordado en numerosos estudios, existe cierto consenso en el hecho de que el fenómeno de la comunicación es vasto y, precisamente por lo mismo, puede analizarse desde diferentes enfoques. Numerosos autores, por ejemplo, distinguen cuatro niveles o contextos en los que ocurre la comunicación: el nivel intrapersonal, interpersonal,

1 Transcriptora: Dafne Mallea Castro.

2 Máster en Comunicación y Educación por la Universidad Autónoma de Barcelona. Universidad de Las Américas. Santiago, Chile. Correo electrónico: eva.debia@gmail.com

grupal y la comunicación de masas (De Miguel, 2007). Para efectos prácticos, me detendré en los dos primeros niveles.

Comunicación intrapersonal

La primera comunicación que tenemos cada día al abrir los ojos es... con nosotros mismos. Este tipo de comunicación no es, salvo algunas excepciones, oral; la mayor parte del tiempo no realizamos una exteriorización verbalizada de cada uno de nuestros pensamientos. Sin embargo, vivimos nuestro día en una dinámica duplicada de comunicación, ya que estamos constantemente articulando pensamientos con nosotros mismos (“esas ojeras, en qué minuto aparecieron”; “oye, ya parece que me falta una manito de tintura”, y un largo etcétera posible lleno de coloquialismos, aunque también converso cosas más importantes: “¿Qué era lo que tenía que hacer más tarde? Tengo que ir a exponer”). De este modo, cada uno y una de nosotras va reforzando actitudes con connotación positiva o negativa, dependiendo del estado de ánimo, del clima, de los flujos hormonales, del nivel de soledad o enclaustramiento en el que nos encontremos, o el nivel de sociabilidad en la que estamos situados: “La comunicación intrapersonal es la base de todos los demás niveles de comunicación” (McEntee, 1996).

Esa dinámica se repite constantemente, como una voz persistente y continua, durante toda nuestra existencia. Es así de agobiante: estamos hablando con nosotros mismos todo el día, no nos callamos jamás, nuestras cabezas nos bombardean con comentarios positivos o negativos, dependiendo de múltiples factores: “no, no vas a poder, jamás vas a terminar esa tarea a tiempo”; “Yo creo que te engañaron, sí, por eso terminaron”. Todo lo anterior, que ocurre en nuestro cerebro, no solo es normal, sino que además es necesario para nuestra subsistencia a nivel individual y colectivo; nos permite tener un rango de coherencia vinculado con el mundo de la memoria, los recuerdos y la integración de las experiencias previas. Esta conversación con nosotros mismos constituye lo que co-

nocemos como *comunicación intrapersonal*, también llamado *diálogo interno*.

La comunicación intrapersonal, entonces, es considerada como el acto más elemental de la comunicación; no solo contempla el diálogo interno, sino que, en la dimensión neurológica, es un proceso mucho más complejo que involucra otras partes del organismo como el sistema nervioso central, los distintos órganos del cuerpo o el sistema neuroendocrino. A partir de este criterio, la comunicación intrapersonal se compone de los pensamientos internos y de su lenguaje asociado (porque pensamos en palabras, de allí la nomenclatura de *diálogo interno*), y equivale a uno de los múltiples sistemas funcionales de control del cuerpo. Para la medicina, este tipo de comunicación posee efectos de gran magnitud sobre la salud, ya que así como existe un diálogo positivo, también y como contrapunto, tenemos otro negativo (Fletcher, 1989). Si bien no existe un acuerdo significativo respecto de la incidencia real y reiterada de comunicación con tintes negativos a nivel intrapersonal, sí existe consenso en la necesidad de equilibrar la presencia de ambos tipos de diálogo interiores (Goleman, 2000).

De hecho, la comunicación intrapersonal, vista desde la perspectiva de la inteligencia emocional, cumple la función de regular el discurso y las expresiones que emite el sujeto, lo que ayuda a mejorar las aptitudes sociales. Es que, a fin de cuentas, cada emoción tiene la capacidad de generar una disposición a la acción (o a la no acción), de modo tal que el bagaje emocional de la persona y cómo se desenvuelve en determinadas circunstancias, influirán decisivamente, ya sea en el éxito o en el fracaso que pudiese obtener en lo que sea que decida enfrentar (Escobari, 2013):

Las emociones son reacciones a las informaciones (conocimiento) que recibimos en nuestras relaciones con el entorno. La intensidad de la reacción está en función de las evaluaciones subjetivas que realizamos sobre

cómo la información recibida va a afectar nuestro bienestar (p. 35).

De lo intra a lo inter, y la inteligencia emocional

Este diálogo interno coexiste con lo que se conoce como el *yo social*. Desde allí, es importante comenzar a integrar esa comunicación de manera paralela con la comunicación con otros, esto es, hacia afuera. Este segundo tipo de diálogo no se produce solamente en el plano profesional y académico, sino también en el contexto social, de amistad, de relaciones de pareja, familiares, profesionales, en la ida al supermercado, en el saludo con el conserje cuando vamos de regreso a casa. Eso se conoce como *comunicación interpersonal*, o sea, entre personas, y evidencia cómo interactuamos con nuestro entorno de manera cotidiana y, a veces (sobre todo después de la pandemia, porque perdimos la práctica), de manera muy agobiada.

La comunicación interpersonal se caracteriza por involucrar a dos o más personas, quienes mantienen un rango de influencia recíproca, ya sea de manera formal o informal. Este tipo de comunicación se refiere a un trato directo con los otros, marco en el que adquieren relevancia progresiva las distintas relaciones con rango afectivo. Este tipo de comunicación implica tanto conductas verbales como no verbales, por lo que pudiera parecer más compleja que la intrapersonal. Solemos pensar, erradamente, que la comunicación se remite a la palabra; sin embargo, obviamos elementos tan simples y cotidianos como la gesticulación facial, la posición del cuerpo, el énfasis y el tono de voz, entre una larga lista de etcéteras (Báez, 2000).

Ahora bien, al referirnos al concepto de inteligencia emocional, tanto la comunicación intrapersonal como la interpersonal adquieren un rol protagónico. Para Gardner (1994), la inteligencia interpersonal es

Examinada en su forma más elemental, la inteligencia interpersonal comprende la capacidad del infante para discriminar entre los individuos a su alrededor y para descubrir sus distintos estados de ánimo. En forma avanzada, el conocimiento interpersonal permite al adulto hábil leer las intenciones y deseos —incluso aunque se han escondido— de muchos otros individuos y, potencialmente, de actuar con base en este conocimiento, por ejemplo: influyendo en un grupo de individuos dispares para que se comporten según un lineamiento deseado (p. 189).

El mismo Gardner (1994) definió la inteligencia intrapersonal como

En su nivel más avanzado, el conocimiento intrapersonal permite a uno descubrir y simbolizar conjuntos complejos y altamente diferenciados de sentimientos. Uno encuentra esta forma de inteligencia desarrollada en el novelista (como Proust) que puede escribir en forma introspectiva acerca de sus sentimientos, en el paciente (o el terapeuta) que adquiere un conocimiento profundo de su propia vida sentimental, en el anciano sabio que aprovecha su propia riqueza de experiencias internas para aconsejar a los miembros de su comunidad (p. 189).

Ambos ejes coexisten como elementos complementarios pero interdependientes: la comunicación intra e interpersonal son substanciales para poder entregar parámetros que nos permitan referenciar, de modo eficiente y veraz, lo que se entiende por inteligencia emocional.

Los riesgos de desasociar

Esto, que pareciera tan evidente, puede llegar a inconsistencias que resultan críticas, porque si bien la comunicación interpersonal es nuestra manera de relacionarnos con nuestro entorno, es imprescindible alinearla e integrarla con la co-

municación intrapersonal. Si no, generamos una disonancia cognitiva, nuestros mensajes resultan erráticos, ambiguos e incluso contradictorios, perdemos credibilidad y comienza una merma progresiva que acumula inseguridades sociales y personales. Es una verdadera bomba de tiempo. Es claro ejemplo de esto el clásico “no me pasa nada”:

—¿Qué te pasa?

—No me pasa nada.

—¿De verdad?

—Ya te dije que no me pasa nada.

Al respecto, podemos señalar que los seres humanos generamos una serie de barreras respecto de cómo debemos actuar en nuestro entorno y la sociedad contemporánea es sumamente exigente en materia de perfección social, la que nos presiona e incluso obliga a desasociar nuestra comunicación interna con nuestra comunicación externa. De hecho, fue Pierre Janet quien, ya a fines del siglo XIX, daba atisbos acerca de los riesgos de hacer esta separación de la consciencia de contenidos y de los procesos mentales tales como la memoria, la emoción, la voluntad o las sensaciones (aunque claro, él lo asociaba directamente con la histeria).

Ejemplos posibles sobran desde un cotidiano muy presente: Juan detesta a María, pero pretende ser simpático con ella e incluso la halaga, ya que María es su superior en la oficina. Y aquí cabe preguntarse qué parámetros de sanidad mental podemos llegar a mantener si desasociamos continuamente nuestras comunicaciones intrapersonales e interpersonales. Pareciera que no reflexionamos lo suficiente al respecto. Finalmente, lo que hacemos cuando salimos al mundo social es ponernos una máscara, porque debemos estar bien siempre. No tenemos derecho a tener emociones, porque nuestra estructura social nos ha robotizado de una manera sumamente alienante, y esa alienación pasa la cuenta más temprano que

tarde. Por eso es tan importante hacer el ejercicio consciente de organizar ambos diálogos.

Resulta necesario hacer un trabajo introspectivo para escuchar esa voz interna que susurra que tal o cual persona no inspira confianza, o las condiciones laborales de esa oferta parecen engañosas; nos escuchamos poquito a nosotros mismos, y eso pasa no solo desde el uno a uno, sino a nivel mucho más macro: ocurre en las mismas estructuras sociales. Cuando llegamos exhaustos luego de haber vivido esta duplicidad de comunicaciones donde tratamos de acallar el yo para cumplir con los requisitos sociales que se nos han impuesto, estamos tan extremadamente cansados que comienza a llegar a nuestro organismo una serie de somatizaciones y enfermedades asociadas a este estrés cotidiano en el que estamos insertos: insomnio, ansiedad, vicios diversos, depresión... son apenas la punta del iceberg que da muestra de lo expuesto.

Pandemia y salud mental en educación

Durante la pandemia que nos azotó a nivel global por casi tres años, no solo colapsamos físicamente, sino que nuestra comunicación intrapersonal e interpersonal también se enfermó. Empezamos a coexistir con un miedo que no habíamos experimentado antes y comenzamos a sentir el mundo exterior como una amenaza, pero también nuestro espacio interior se volvió amenazante. Las personas que vivieron encerradas en pandemia, ya sea en condiciones de hacinamiento o de soledad, de igual forma vieron puesta en jaque esa necesidad de espacio intrapersonal: se sintieron agobiadas por su exceso o su carencia, y empezaron a hacer panes de masa madre, aprendieron a abordar, a tejer, hicieron cursos de chino mandarín y de lo que tuviesen a mano, porque la necesidad de sentirse útiles nos llenó de agobio, ya que socialmente es mal visto tener tiempo libre.

Al respecto queremos relevar la importancia del ocio. Aunque los griegos ya lo tenían claro mucho antes de Cristo, en pleno siglo XXI —con la carga capitalista y patriarcal del tra-

bajo como sinónimo de eficiencia-, vimos como un requisito inalienable esto de ser productivos aún desde el ocio, muestra clara de esa duplicidad tan nociva para la sociedad. Esa soledad con sobrecarga productiva también resulta nociva.

No pretendemos aquí tapar el sol con un dedo: Chile posee enormes deudas en términos de salud mental antes de la pandemia misma. Es, tal vez, nuestro principal y más devastador terremoto. De hecho, la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 consignó que había síntomas depresivos en un 15,8% de la población nacional (Ministerio de Salud [Minsal], 2018). Por su parte, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 hizo alusión a la importancia de los determinantes sociales de la salud, remarcando que las personas con menor nivel educacional, los más jóvenes y las mujeres, se ven afectados en mayor medida por trastornos mentales. Junto con lo anterior, el mismo documento daba luces acerca de una brecha de género en la prevalencia de síntomas depresivos (8,5% en hombres y 25,7% en mujeres) (Minsal, 2017).

Y, con todo lo ya evidenciado, debimos encerrarnos. Por lo tanto, además del temor obvio a contraer el virus, se sumó una multiplicidad de factores que terminan de condimentar a priori un plato saturado de ingredientes: incertidumbre, miedo, preocupación y estrés, los múltiples cambios en la vida cotidiana, el encierro y, peor aún, la restricción de movimiento, el teletrabajo (o la cesantía), la educación en casa... la lista nos parece eterna.

Al respecto, en una investigación Bravo et al. (2022) indicaron que en julio de 2020 se obtuvieron los indicadores de salud mental más críticos de la pandemia, donde el 34,6% de los casos había experimentado, sospechaba, o había sido diagnosticado con problemas de salud mental; mientras que el 49,4% de la población estudiada estableció que su estado de ánimo era peor (o mucho peor) que antes de la pandemia.

Habría, en el caso particular de Chile, asociaciones directas con la vulnerabilidad social y la perspectiva de género (siendo

ambos aspectos abordados desde la mirada de un feminismo transeccional), ya que la angustia psicológica durante el brote de Covid-19 afectó mayoritariamente a mujeres que se sentían solas o aisladas, residentes en la Región Metropolitana, en hogares con hacinamiento o con una percepción de falta de espacio, en vilo por la inestabilidad para la generación de ingresos y recargando el panorama global con las tareas del hogar, el cuidado y la educación de las infancias y las atenciones a enfermos o tercera edad.

Hoy, que nos paramos frente a esta “nueva normalidad” (muy entre comillas), corremos el peligro de actuar como si no hubiese pasado nada. La negación en su máximo esplendor: estamos excelente, volvimos a ser tan productivos como siempre. Pero esto es una falacia y, peor aún, una bomba a punto de explotar en nuestras manos.

De hecho, las exigencias asociadas al retorno a la presencialidad en el sistema educacional chileno dejaron estragos graves: más de 50 mil estudiantes abandonaron el sistema educativo durante el 2022, lo que se traduce en un aumento del 24% respecto del 2019. A ello se suma el hecho de que, al regreso de la presencialidad, el sistema educativo sufrió un aumento explosivo de la cantidad de denuncias por problemas de convivencia escolar al interior de los establecimientos educacionales. Tal y como consigna Radio Bío Bío (Lara, 2022), según cifras de la Superintendencia de Educación, las denuncias por discriminación y situaciones de connotación sexual en el segundo y tercer trimestre de 2022 entre estudiantes aumentaron en un 108%, y 85% respecto del mismo periodo de 2019, antes a la crisis sanitaria.

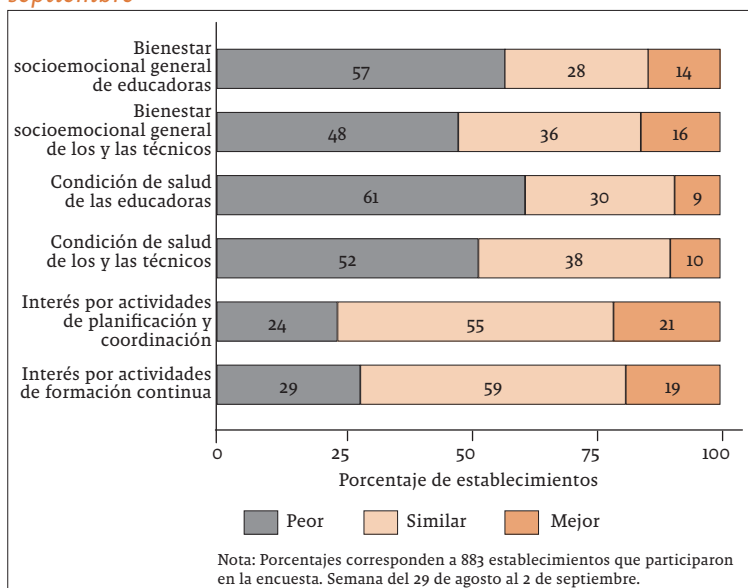
Algunos datos duros que aportan a la reflexión

Por su parte, la *Encuesta nacional de monitoreo educacional en pandemia* –que se publicó de modo bimensual desde marzo de 2021– realizó un seguimiento acucioso de diversos establecimientos educativos. En su última versión, entregada en junio de 2023, el catastro abarcó la educación obligatoria

e incluso algunas instituciones de educación superior, considerando en el campo de estudio a estudiantes de hasta 24 años. En una perspectiva global, la investigación comprendió al 13,2% del universo total en materia educacional de nuestro país. Readecuando la realidad ponderada a 2022 (Canales et al., 2023), el informe plantea lo siguiente:

El cansancio y bienestar socioemocional de los docentes y equipos pedagógicos fue un aspecto crecientemente desafiante en el sistema educacional. El 23% de las y los directores de estos niveles los identificó como un desafío central al cierre del primer semestre (encuesta de junio), aumentando a 32% en noviembre. En la encuesta que abordó la semana del 29 de agosto al 2 de septiembre, en torno al 60% de las y los directores reportó que el bienestar socioemocional y la salud de los profesores estaba peor que en 2019 (Figura 1). Esta cifra fue cercana al 50% al consultar sobre los asistentes de la educación (p. 15).

Figura 1
Bienestar socioemocional de profesores y asistentes de la educación en el sistema escolar. Semana del 29 de agosto al 2 de septiembre

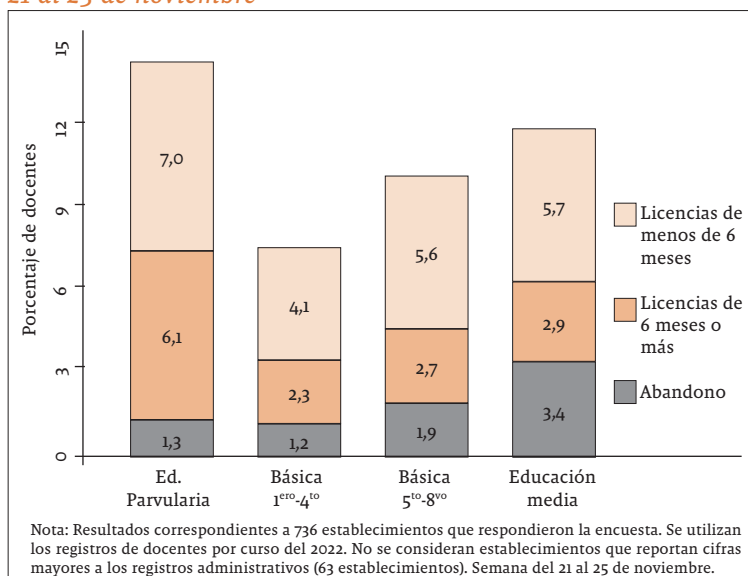


Fuente: Canales et al. (2023).

Lo primero que se evidencia en este estudio es lo precarizada que está la salud mental del profesorado: el 61% de las y los directores que respondieron la encuesta percibe que el bienestar socioemocional y la salud de las y los profesores está mucho peor que en 2019, antes de la pandemia. Entre las principales problemáticas relevadas destacan los conflictos de convivencia o violencia entre estudiantes y la ausencia de docentes, factores que vuelven a ser los principales desafíos desde agosto de 2022.

De acuerdo con el estudio, entre octubre y noviembre los establecimientos educacionales del sistema escolar tuvieron entre el 10% y el 11% de ausencia de los docentes que formaban parte de su dotación al inicio del año. De los docentes ausentes en noviembre, el 52% estaba con una licencia por menos de seis meses (5,6% del total de docentes), el 28% estuvo con licencia por seis meses o más (3% del total de docentes) y el 20% se retiró permanentemente del establecimiento (2,2% del total de docentes con quienes se inició el año) (Figura 2). Respecto de estos últimos casos, uno de cada cuatro establecimientos con docentes retirados no pudo cubrir esos puestos completamente durante 2022. En cuanto a 2023, las y los directores estiman que el sistema carecerá del 7% de los docentes requeridos para funcionar adecuadamente. Matemáticas y Ciencias son las materias que aparecen con necesidades más urgentes en este sentido.

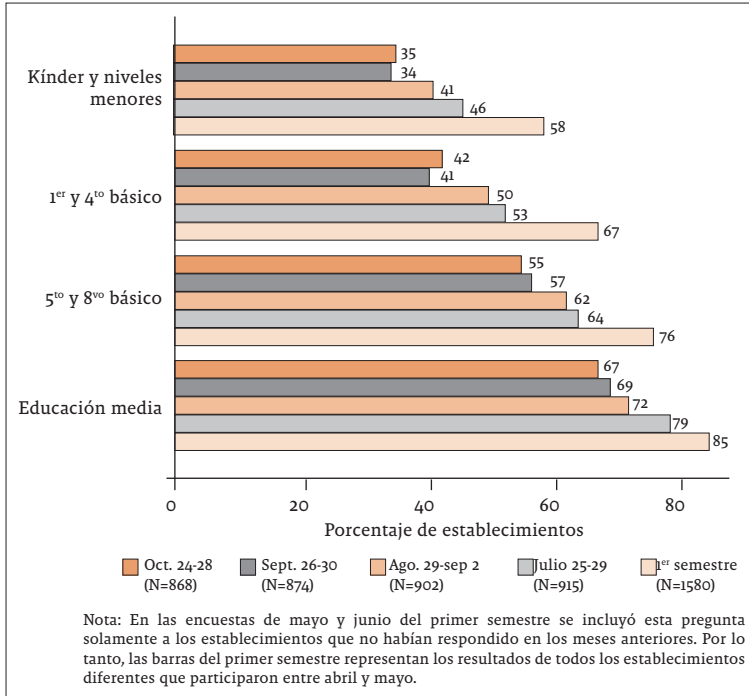
Figura 2
Licencias y retiros de docentes en el sistema escolar. Semana del 21 al 25 de noviembre



Fuente: Canales et al. (2023).

En contrapartida, cuando se revisa la percepción asociada con la salud del estudiantado, la investigación explica que su bienestar mostró impactos negativos durante 2022; alrededor de uno de cada cuatro directores o directoras del sistema escolar lo reportó como su principal dificultad entre junio y noviembre. Aunque las directrices de los establecimientos reportaron mejoras importantes en el bienestar socioemocional de los estudiantes durante el 2022, al finalizar el año se mantuvo en niveles críticos. El porcentaje que indicó percibir un empeoramiento en la salud mental de sus estudiantes respecto del 2019 fue de 80% en el primer semestre, reduciéndose a 59% en octubre, remarcando además que esta fue la última encuesta con esta información en específico (Figura 3). Estos deterioros se concentraron en los cursos mayores, principalmente en la enseñanza media, donde dos de cada tres directores o directoras que participaron en octubre señalaron que la situación estaba peor que en 2019 (Canales et al. 2023, p. 16).

Figura 3
Establecimientos del sistema escolar que perciben peor bienestar y salud mental de sus estudiantes respecto de 2019, según nivel educacional



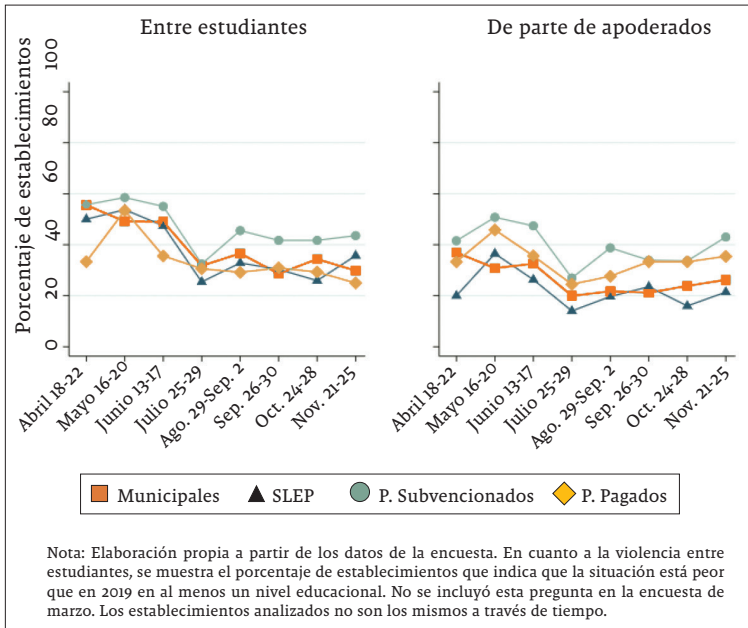
Fuente: Canales et al. (2023).

Esa percepción sube de manera crítica en la enseñanza media, aspecto que debemos tener en la más alta consideración ya que esa población, en específico, está colapsada en muchas estructuras: perdieron ostensiblemente su capacidad de socialización, el espacio cronológico exacto en el que interactúan y experimentan con sus pares, descubriendo el mundo de manera independiente de sus padres. Por lo tanto, hay un trabajo aplazado en materia de salud mental, sobre todo de protección y cuidado de ese estudiantado en particular: para quienes ejercemos la docencia universitaria, este debiese ser un motivo de análisis y trabajo especial, ya que se trata de las generaciones que ingresarán a nuestras aulas en los próximos cuatro o cinco años.

El estudio arroja también otros datos. Por ejemplo, las hospitalizaciones por salud mental aumentaron y un 34% de estudiantes de enseñanza media estaría peor (en ese ámbito) que en 2019. Esto ofrece un panorama general más bien desolador: hoy día tenemos jóvenes irritables, intolerantes, abúlicos, con un nivel de desinterés enorme, tristes y con una soledad muy marcada, porque no consiguen sacar de sí mismos toda esa comunicación intrapersonal que se les quedó atascada, porque no alcanzaron a aprender a regular mínimamente el flujo coherente entre su comunicación intrapersonal e interpersonal. Al respecto, en el informe, se consigna lo siguiente:

La violencia entre estudiantes fue destacada sistemáticamente como uno de los principales desafíos del sistema escolar: alrededor de uno de cada tres directores o directoras lo remarcó como un desafío central de su establecimiento educacional entre junio y noviembre. En el primer semestre (abril-junio), en torno a la mitad de los directores o directoras señaló haber experimentado mayores niveles de violencia entre estudiantes en comparación con antes de la pandemia (Figura 4, la izquierda). Cerca del 15% indicó que hubo menos violencia en el mismo periodo. Este ámbito mejoró en el segundo semestre. Cerca del 40% de los recintos educativos indicó haber reducido los niveles de violencia entre septiembre y octubre, reproduciendo este progreso entre octubre y noviembre. Por el contrario, menos del 15% señaló haber empeorado en estos tres meses. Como resultado, alrededor de un tercio de los establecimientos mantuvo niveles de violencia peores a 2019 y el 25% señaló estar mejor que tres años atrás. La relación entre apoderados y el establecimiento también aparece peor que en 2019 para entre un quinto y un 40% de los establecimientos (Figura 4, derecha) (Canales et al., 2023, p. 21).

Figura 4
Establecimientos del sistema escolar con niveles de violencia mayores a los de 2019 en al menos un nivel



Fuente: Canales et al. (2023).

La última encuesta

La última encuesta reportada en el trabajo que hemos reseñado identificó lo ocurrido entre el lunes 5 y el viernes 9 de junio de 2023, y fue contestada online entre el 12 y el 21 de junio. Participaron voluntariamente 1.952 establecimientos educacionales, esto es, un 20% del universo total (Canales et al., 2023).

En ese contexto, respecto de la violencia y bienestar socioemocional de los estudiantes, la investigación indica que, en general, se ha reducido entre 2022 y 2023 la percepción de mayor violencia luego del inicio de la pandemia, aunque hay variación según establecimientos y niveles educacionales. En junio 2023, un 37% de los y las directoras declararon menores niveles de violencia en el 2° ciclo de educación básica en comparación con antes de la pandemia y solo un 25% creyó

que los niveles son peores. Por otro lado, la percepción de violencia para educación media subió de 26% a 33% entre abril y junio de 2023. Esta última cifra, sin embargo, ha mejorado respecto del primer semestre de 2022, donde casi la mitad de los y las directoras percibió mayores niveles de violencia (Canales et al., 2023, p. 16).

Junto con lo anterior, el análisis recuerda que, en el primer semestre de 2022, el 76% de los directivos indicó percibir un deterioro en el bienestar y salud mental de los estudiantes de segundo ciclo de educación básica, en comparación con 2019:

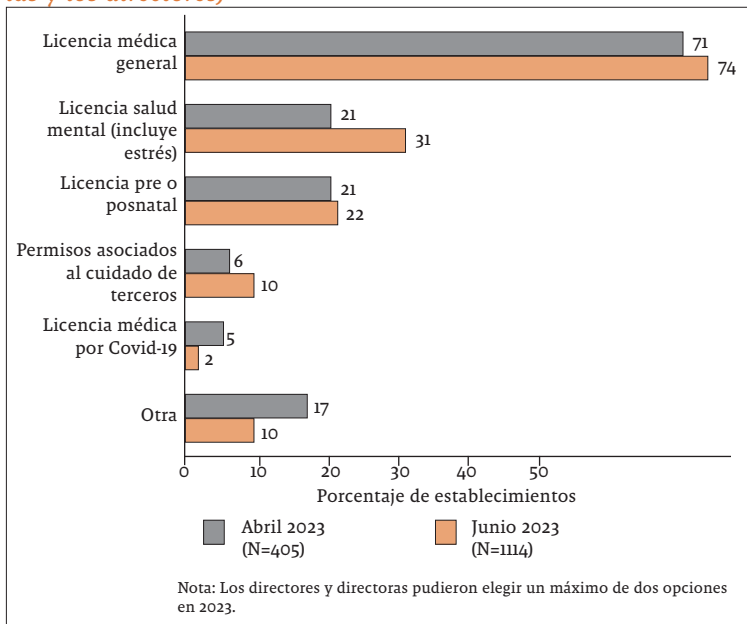
Esta cifra se redujo a 52% en junio de 2023. Al igual que la violencia, la percepción de deterioro en el bienestar socioemocional de los estudiantes persiste principalmente en la enseñanza media. En junio de 2023, el 67% de directores indicó percibir un peor nivel de bienestar socioemocional en los estudiantes de educación media en comparación a 2019 (Canales et al., 2023, p. 19).

Respecto de la convivencia y bienestar socioemocional de los estudiantes, estos corresponden al cuarto y quinto desafío más relevante de junio. No obstante, el porcentaje de directores que los identifica como uno de sus principales desafíos ha disminuido sostenidamente en el último año, pasando de 35% y 25% en junio 2022 a 22% y 19% en junio 2023, respectivamente (Canales et al., 2023). Cabe remarcar que un 15% mencionó espontáneamente este desafío como el principal del semestre.

Resulta importante remarcar que, al igual que en 2022 y abril de 2023, la principal causa de ausencia de docentes reportada por los establecimientos educacionales fueron las licencias médicas, donde las ausencias por salud mental aumentaron de 21% a 31% entre abril y junio de 2023 (Figura 5). Las licencias por salud mental son, de hecho, consistentes con las situaciones experimentadas por los docentes, ya que un 63% de los y las directoras reporta que los docentes de su esta-

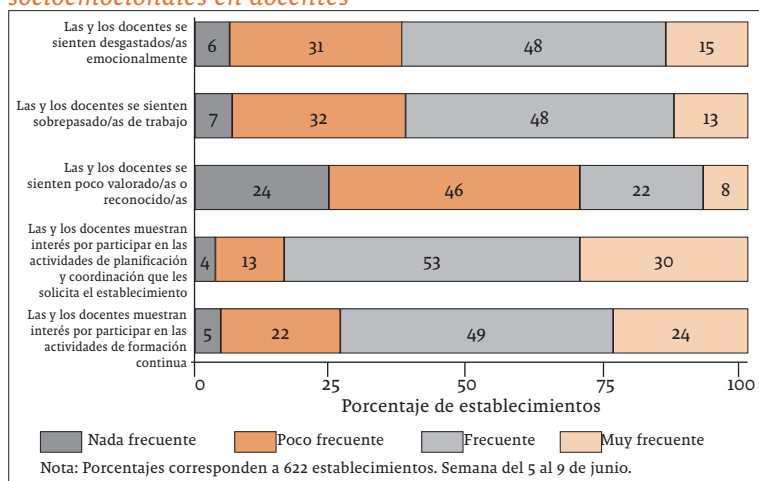
blecimiento se sienten desgastados socioemocionalmente de modo frecuente o muy frecuente, y un 60% reporta que sus docentes se sienten sobrepasados por el trabajo en la misma medida (Figura 6). Pese a lo anterior, aproximadamente tres de cada cuatro directores consideran que los docentes se muestran interesados en participar en actividades de coordinación o formación continua.

Figura 5
Razones de la inasistencia de docente de aula (reportadas por las y los directores)



Fuente: Canales et al. (2023, p. 15)

Figura 6
Percepción de las y los directores respecto de situaciones socioemocionales en docentes



Fuente: Canales et al. (2023, p. 16)

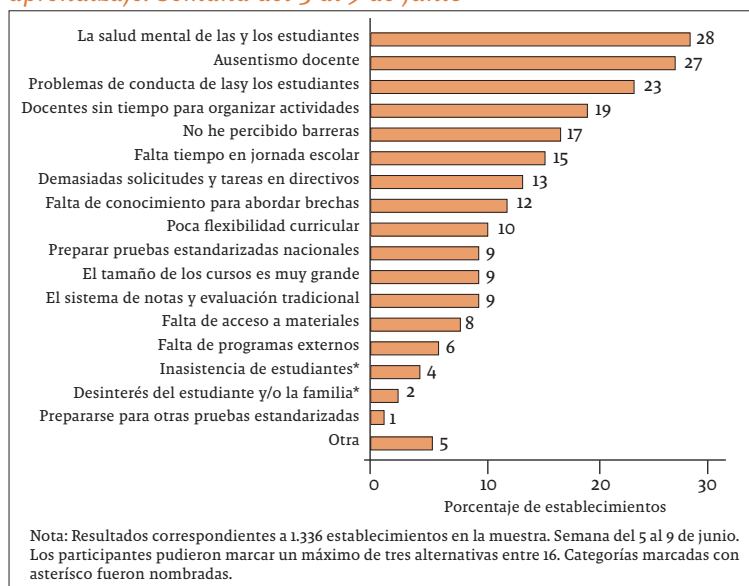
Junto con lo ya evidenciado, se les preguntó a las y los directores acerca de las barreras que dificultan la efectividad de estas estrategias para abordar las brechas de aprendizaje, donde podían seleccionar un máximo de tres opciones de una lista cerrada, o bien, agregar una nueva opción (Figura 7). El 83% señaló diversas dificultades, siendo la más seleccionada precisamente la salud mental de los estudiantes (28%).

A la hora de ponderar si los niveles de violencia en la comunidad educativa eran peores, mejores o iguales que los de pre-pandemia, se evidenció una percepción positiva y progresiva:

El primer semestre de 2022, entre el 36% y 48% reportó peores niveles de violencia en comparación con 2019 en los distintos niveles educativos, reduciéndose a 16% y 33% en junio 2023. De la misma forma, una fracción creciente de EE indica que los niveles de violencia son menores que en 2019 (subiendo de entre 16% y 20% a 34% y 40% en junio de 2023). Tendencias similares se observan en relación con los y las apoderadas (Figura 8) (Canales et al., 2023, p. 25).

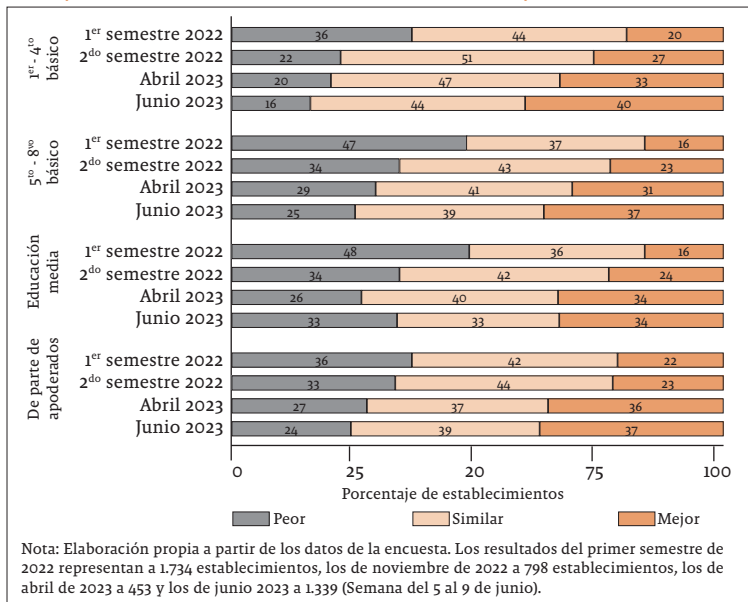
Por último, frente a la salud mental y bienestar emocional, sin embargo, la visión no resultó tan optimista. De hecho, se percibe un estancamiento en la mejora del bienestar socioemocional de los estudiantes durante 2023, incluso identificando un empeoramiento entre abril y junio de 2023 (Figura 9). Tal y como ocurrió con la percepción de un aumento de la violencia, el porcentaje de directores que percibe peores niveles de salud mental en la enseñanza media se incrementó. Como eje comparativo, mientras el 35% de los directores percibe un empeoramiento de la salud mental de los estudiantes en educación de párvulos respecto de 2019 y un 39% lo identifica en primer ciclo de básica, esta cifra aumenta a 67% en la educación media.

Figura 7
Barreras reportadas por directores para enfrentar las brechas de aprendizaje. Semana del 5 al 9 de junio



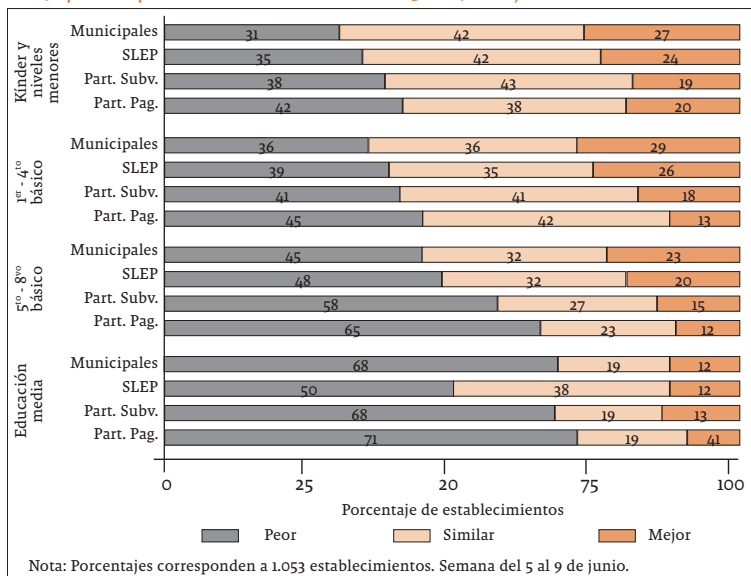
Fuente: Canales et al. (2023, p. 23).

Figura 8
Percepción de los niveles de violencia en comparación con 2019



Fuente: Canales et al. (2023, p. 25).

Figura 9
Percepción de directores sobre salud mental y bienestar emocional de los estudiantes en junio 2023 en comparación con 2019 por dependencia. Semana del 5 al 9 de junio



Fuente: Canales et al. (2023, p. 35).

Posibles soluciones

Al revisar estos antecedentes pareciera que la respuesta al cómo integrar lo anteriormente expuesto es una sola: salud mental. Normalizada, accesible, transversal. Para eso, las intervenciones comunitarias son sumamente relevantes y como herramienta personal debemos aprender a diagnosticar los mensajes intrapersonales, tanto los signos de alerta, como los de autoboicot: es necesario aprender a ser más amables con nosotros mismos, para poder ser más amables con nuestro entorno.

A nivel educativo, nos enfrentamos a una problemática de desafíos pendientes: cómo contener y alinear aquellas carencias que fueron reflejadas en profundidad, desde la escolaridad obligatoria, en la percepción de las direcciones de los establecimientos educacionales durante la pandemia, que se condice de manera prístina con la realidad precarizada que llevamos a costas en el escalamiento social.

Es un gran pendiente, uno más, en la enorme lista de dignidades que debemos corregir. Este ha de ser un trabajo mancomunado entre la sociedad civil, el Estado, el mundo privado y, por cierto, a nivel individual, con nuestro propio entorno de relaciones interpersonales. Pensemos en esto como un círculo virtuoso y concéntrico: en la medida en la que seamos capaces de dar coherencia y cohesión a nuestros distintos niveles de comunicación, seremos mucho más felices en todos los aspectos de nuestra vida.

Esta problemática ha captado la atención de diversos organismos internacionales, quienes han incorporado entre sus prioridades la promoción de buenas prácticas. Es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS o WHO, por su nombre en inglés: *World Health Organization*), que mediante la estrategia de “Escuela promotora de la salud” busca disminuir los efectos adversos a largo plazo que tiene una salud mental precaria. Por eso es tan importante el involucramiento comunitario, ya que se reconoce la necesidad de adoptar una lógica

de enfoque progresivo para llevar a cabo acciones generales y preventivas para el grueso de la comunidad y, en paralelo, accionar otras de carácter especializado, que busquen focalizar individualmente a los individuos que se encuentren en mayor riesgo de vulnerabilidad en salud mental.

WHO y Unicef (2021) distinguen tres tipos de intervenciones:

- Universales o preventivas (las dirigidas a todos los miembros de la comunidad, independientemente de su nivel posible de vulnerabilidad y que repasa los aprendizajes socioemocionales generales para desarrollar una mejor regulación emocional, manejo del estrés, asertividad y habilidades interpersonales y de otro tipo).
- Dirigidas (enfocadas en estudiantes que se encuentran insertos en entornos hostiles o poco propicios para su desarrollo, como por ejemplo, estudiantes que hayan sido expuestos a episodios traumáticos, que enfrentan una crisis familiar, o que hayan sido padres adolescentes. Al ser más intensivo, se baraja la posibilidad de aplicar programas terapéuticos cognitivos conductuales, por ejemplo).
- Indicadas, esto es, acciones dedicadas a estudiantes que presentan indicios de trastornos mentales, emocionales o conductuales de carácter más fuerte.

El mismo análisis recalca el rol primario de padres y cuidadores en la promoción y protección del bienestar de los más jóvenes, destacando que una buena relación puede tener en estos últimos un impacto profundo que se sustente hasta la adultez.

En lo que nos compete desde las aulas, ciertamente las y los docentes jugamos un rol igualmente importante en materia de prevención al interior de nuestras salas de clases, presenciales o virtuales, ya que estamos en una posición única para aportar al bienestar socioemocional de nuestros alumnos. Quienes ejercemos la docencia somos responsables de mantener un ambiente saludable al interior de la sala de clases,

y debemos de estar alertas para desarrollar la capacidad de identificar, entre nuestros mismos alumnos, aquellos casos que podrían requerir una atención más especializada por parte de profesionales. Para más referencias, el *Manual de salud mental en escuelas* (WHO, 2021) recomienda una lógica de enfoque progresivo para los profesores; mientras que en lo que a realidad nacional respecta, cabe comentar que lo anterior se maneja con el sobreentendido de que cada institución educacional se responsabiliza oportunamente de formar a sus profesores, tanto en lo psicosocial del aprendizaje como en lo académico, tal y como lo lleva a cabo la Universidad de Las Américas en su programa de perfeccionamiento docente, semestre a semestre.

Por otra parte, las políticas de gobierno hacen su mejor esfuerzo en esta línea. Por ejemplo, el Minsal implementó el programa “SaludableMente”, que tiene por objetivo fortalecer la oferta pública de atención de salud mental y formar una mesa de expertos provenientes de ámbitos tan diversos como la academia, las sociedades científicas y los parlamentarios (Ministerio Secretaría General de Gobierno, 2020). Por su parte, el Ministerio de Educación creó dos organismos: un Consejo asesor para la convivencia escolar, bienestar y salud mental, dedicado a orientar políticas en la materia (Galvez, 2022), y el plan “Seamos comunidad”, dedicado a la reactivación educativa integral para hacer frente a las consecuencias de la pandemia (Mineduc, 2023).

Tenemos entonces una enorme responsabilidad a cuestas, porque no es posible visualizar la salud mental de una sociedad sin involucrar a cada una de sus partes, y eso equivale a un llamado a la conciencia cotidiana e integradora. “La caridad comienza en casa”, dice el dicho, esto es, en la comunicación intrapersonal. Solo a través de la integración real de esta voz interna que nos habla todo el día, dándole espacio, cabida y comprensión, vamos a poder generar una mejor comunicación interpersonal. No nos saltemos ese primer paso imprescindible: una vez que consigamos eso, vamos a poder descartar máscaras y mascarillas (en un sentido metafórico).

Estamos tan preocupados de relacionarnos con los demás, que hemos sido incapaces de comprender que la única relación a todo evento y que nos acompaña durante toda nuestra existencia, desde que nacemos hasta el último suspiro, es la que sostenemos con nosotros mismos.

Referencias

- Báez Evertsz, C. (2000). *La comunicación efectiva*. Instituto Tecnológico de Santo Domingo.
- Bravo, D., Campos, D., Errázuriz, A., y Fernández, G. (2020). *Termómetro de la salud mental en Chile*. Centro UC-Asociación Chilena de Seguridad, ACHS.
- Canales, A., Cerda, D., Claro, S., Kuzmanic, D., Undurraga, E., y Valenzuela, J. P. (2023). *Análisis de Encuesta nacional de monitoreo de establecimientos escolares en pandemia: aprendiendo desde la realidad nacional*. Escuela de Gobierno de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro de Investigación Avanzada en Educación de la Universidad de Chile, Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- De Miguel, R. (2007). *Fundamentos de la comunicación humana*. Editorial Club Universitario.
- Escobari, M. (2013). Nuevas herramientas para los alumnos de 5° año de la carrera de Psicología. *Revista de Psicología*, (9), 27-46. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S222330322013000100004&script=sci_abstract&tlng=pt
- Fletcher, J. E. (1989). Psychological foundations of intrapersonal communication. En C. V. Roberts y K. W. Watson (Eds.), *Intrapersonal communication process* (pp. 188-202). Spectra.
- Gálvez, R. (2022). *Mineduc presenta Estrategia y Consejo asesor para la convivencia escolar por episodios de violencia*. La Tercera. <https://www.latercera.com/nacional/noticia/mineduc-presenta-estrategia-y-consejo-asesor-para-la-convivencia-escolar-por-episodios-de-violencia/GER6DM5ZQRFALHTZSKCPMINO7M/>

- Gardner, H. (1994). *Estructuras de la mente*. Fondo de Cultura Económica.
- Goleman D. (2000). *La inteligencia emocional*. Kairós.
- Lara, E. (16 de noviembre de 2022). *Denuncias por violencia escolar han aumentado 21,7% este 2022*. Biobío Chile. <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2022/11/16/denuncias-por-violencia-escolar-han-aumentado-217-este-2022.shtml>
- McEntee, E. (1996). *Comunicación humana para el liderazgo en el mundo moderno*. McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Ministerio de Educación de Chile, Mineduc (2023). *Plan de reactivación educativa 2023*. Mineduc. <https://www.mineduc.cl/plan-de-reactivacion-educativa-2023>
- Ministerio de Salud, Minsal (2018). *Informe Encuesta nacional de salud 2016-2017. Salud mental 1. Trastornos del ánimo: depresión y bipolaridad I y II*. Minsal. <https://goo.gl/oe2iVt>
- Ministerio de Salud, Minsal (2017). *Plan nacional salud mental 2017-2025*. Minsal. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Ministerio de Salud, Minsal (2020). *Programa SaludableMente*. Minsal. <https://www.minsal.cl/saludablemente/>
- Ministerio Secretaría General de Gobierno (2020). *#SaludableMente: ¿En qué consiste el plan integral de bienestar y de salud mental asociado al coronavirus?* <https://msgg.gob.cl/wp/2020/06/01/saludablemente-en-que-consiste-el-plan-integral-de-bienestar-y-de-salud-mental-asociado-al-coronavirus/>
- World Health Organization, WHO (2021). *Mental health in schools: A manual*. WHO. <https://applications.emro.who.int/docs/9789290225652-eng.pdf>
- World Health Organization, WHO y United Nations International Children's Emergency Fund, Unicef (2021). *Teacher's guide-Magnificent Mei and Friends comic series*. WHO & Unicef. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341347/9789240026285-eng.pdf?sequence=1>



SECCIÓN 2
INTERFACES ENTRE LA ATENCIÓN
PRIMARIA EN SALUD Y LAS
ORGANIZACIONES SOCIALES:
COMUNICACIÓN COMUNITARIA,
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y
DESARROLLO SOSTENIBLE



EL ROL DE LA COMUNICACIÓN COMUNITARIA EN UN SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL

María Begoña Yarza Sáez¹

Presentación

El sistema sanitario chileno, al igual que en el resto de América Latina, es fragmentado desde el financiamiento y segmentado desde la provisión de servicios (Becerril-Montekio, 2011). Esta característica hace que esté organizado desde la oferta de servicios, con limitaciones tanto para el acceso como para la cobertura de salud de las personas, sin centrarse en la obtención de servicios integrales para los individuos y sus comunidades.

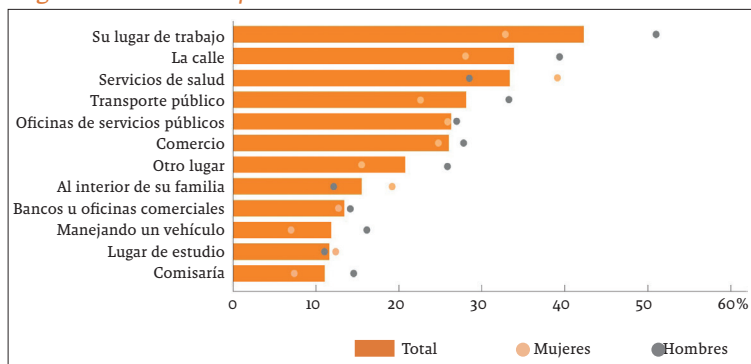
Este déficit estructural ha traído consecuencias particulares para la efectividad, la equidad del sistema sanitario y la percepción que tienen los usuarios acerca de la relación con las instituciones de salud.

Al respecto, el informe *Desiguales* del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2018) mostró cómo las personas participantes del estudio señalaron sentirse maltratados por los servicios de salud: los hombres lo mencionaron en un tercer lugar, mientras que las mujeres lo situaron en el primer lugar de la lista de ambientes en donde experimentan maltrato (Figura 1).

¹ Médico Pediatra por la Universidad de Chile. Magíster en Salud Pública por la Universidad Pompeu Fabra. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

Correo electrónico: begoyarza@gmail.com

Figura 1
Lugares donde se experimentan malos tratos



Fuente: PNUD (2018).

Estas son algunas de las razones por las cuales los sistemas sanitarios en general, y el chileno en particular, requieren de una mirada integral de las estrategias de intervención comunitarias, como también una reflexión en torno a la relación con las personas, pues ambas dimensiones deben incorporar a los individuos como sujetos de derecho ya que, junto con sus comunidades, son ejes centrales de la atención en salud.

La salud de las personas, en tanto, está determinada por diferentes factores, siendo el principal de ellos las condiciones sociales que les afectan. Por ejemplo, aún existen comunidades en las que las personas no pueden acceder a condiciones sociales esenciales para la salud y la calidad de la vida. Incluso más, las desigualdades e injusticias sociales en salud aún prevalecen y, luego de la pandemia, probablemente estas diferencias se hicieron aún más profundas.

Este escenario de pospandemia por Covid-19 ha provocado que las soluciones en temas sanitarios sean aún más complejas, donde se pueden mencionar por ejemplo las cifras de mortalidad por cáncer en aumento debido a la falta de acceso a tamizajes oncológicos anticipatorios (Ward et al., 2021) y los diversos daños por salud mental en la población, en especial de los grupos más vulnerables como niños, niñas y adolescentes y de los trabajadores de la salud. Al respecto, en 2021

se realizó en 30 países del mundo un estudio que mostró que más del 45% de la población participante había empeorado su salud mental luego de la pandemia, donde los casos de Chile, Brasil y Perú superaron dicho promedio (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

Además de lo anterior, también se puede mencionar el impacto negativo de la pandemia en la carga acumulada de enfermedades orales (Ortuño-Borroto et al., 2022) y en el deterioro de las condiciones de salud de las personas portadoras de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Desde esta perspectiva, los cambios en los perfiles epidemiológicos y demográficos en Chile desde hace algunas décadas –sumados a la deuda contraída por el sistema de salud en la atención a las personas y comunidades a consecuencia de la pandemia– hacen aún más urgente las transformaciones al sistema de salud, no solo aumentando el gasto público en salud en general, sino en la estrategia de atención primaria para acercarse a la media de inversión de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE –que llega al 30% del financiamiento en el salud–, sino también para mejorar la efectividad de dicho gasto.

Así pues, es perentorio y urgente transformar la relación del sistema de salud con las personas y comunidades, para que desde una perspectiva de derecho sea posible lograr que las estrategias sanitarias alcancen su objetivo, que la cobertura y acceso sean universales y que las personas alcancen mejores niveles de calidad de vida y bienestar. Solo de este modo podremos enfrentar exitosamente la transformación del sistema de salud, en uno que sea único y universal para la población del país.

A partir de esta lógica, un sistema de salud universal debiera estar basado en los derechos humanos. Esto significa que la relación con las personas, familias y comunidades esté basada en sus derechos, lo que involucra no solo recibir atención de salud de forma justa, oportuna, con calidad, efectiva

y eficiente en cuanto a las acciones, sino también el derecho a participar de forma activa en la propia salud y, en forma colectiva en el diseño de las estrategias, toma de decisiones respecto del sistema de salud y en su evaluación.

De este modo, el cambio en la relación persona-comunidad-instituciones de salud es el elemento más transformador de un sistema universal de salud. Para lograr esta evolución se requiere de un ecosistema institucional que garantice la perspectiva de derecho (Grau, 2010) y que permita la expresión de esa relación, para lo cual se requiere la ejecución de las siguientes etapas:

- Gobernanza del sistema basada en la participación social.
- Fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de salud.
- Financiamiento del sistema de salud que favorezca los cambios centrados en las personas y sus comunidades.

Gobernanza, participación y comunicación social

En el caso de Chile, la participación constituye no solo el instrumento más esencial del cambio del sistema de salud, sino que se convierte en su eje esencial. Al respecto, la participación ciudadana debe ser sistémica y contar con una expresión formal en cada uno de los espacios organizacionales —no solo de forma consultiva, como ocurre hasta ahora—, sino que debe ser vinculante en las redes territoriales de salud, particularmente en la atención primaria de salud (APS), pero también en el órgano rector nacional: el Ministerio de Salud, Minsal.

Sin embargo, en la actualidad el Minsal no cuenta con un organismo de estas características específicas para vincularse con los territorios, sino que más bien existen espacios de participación segmentados por temáticas o instrumentos consultivos de validación de ciertas políticas públicas. De igual modo, tampoco existe una instancia intersectorial permanente que pueda generar, por ejemplo, políticas públicas

en las que se integren los elementos de vida sana y bienestar en salud desde las múltiples perspectivas intersectoriales. Todo lo anterior implica entonces que es perentorio implementar una gobernanza sistémica para lograr que la salud en Chile esté efectivamente considerada en todas las políticas públicas.

En los territorios, por ejemplo, la gobernanza debería establecerse sobre la base del modelo de redes integradas de servicios, donde la estrategia de atención primaria es esencial (OPS, 2010). Sin embargo, la estructura actual de gobernanza en APS debe ser mejorada, pues hoy en día el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA) aparece como un órgano burocrático y meramente informativo. En consecuencia, se debe establecer una instancia de participación de los actores del territorio en las políticas de salud, que cuente con mecanismos para institucionalizar la participación de los municipios, las organizaciones comunitarias y las personas de la sociedad civil. Es allí, en una estructura de gobierno constituida por los actores del territorio, que es posible construir una salud participativa y donde la comunicación social pasa a transformarse en la herramienta clave.

Desde esta perspectiva, existe también la necesidad urgente de que las organizaciones de salud pongan en el centro a las y los ciudadanos, así como también es evidente la premura en identificar la manera en la que los sistemas de salud de los países pueden responder mejor a las necesidades y demandas de los individuos, sus familias y comunidades, lo cual hace imperioso que tanto las instituciones como las organizaciones y el personal sanitario aprendamos una nueva forma de relacionarnos y comunicarnos (Artaza y Yarza, 2022).

Al respecto, una de las funciones esenciales de la salud pública es el desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables para las personas, con un foco claro en la participación y movilización social (Figura 2).

Figura 2
Nuevas funciones de la salud pública



Fuente: OPS (2010).

De igual modo, el desarrollo de la comunicación social ha estado debilitado en las últimas décadas, debido a una escasa reflexión práctica y teórica en torno al tema en el campo de la salud pública. Esta desactualización se ha caracterizado por la promoción de acciones que se realizan en el marco de un enfoque informativo tradicional de comunicación, que es vertical, unidireccional y muchas veces impositivo, pues responde a la lógica de que tanto el sistema como sus profesionales son portadores del conocimiento técnico y “saben” lo que es correcto y necesario para las personas y sus comunidades; por ello las acciones comunicativas ejecutadas desde esta perspectiva se centran en la difusión del conocimiento por parte de los expertos y técnicos del sistema (Tabla 1), más que en las experiencias y conocimientos propios de la comunidad.

Tabla 1
Diferencias entre la comunicación informativa y la comunitaria

Comunicación informativa	Comunicación comunitaria
Asimétrica-vertical	Relacional-dialógica
Objetivo: informar	Objetivo: movilizar
Objeto: individual	Objeto: colectivo
Formato: campaña, mensaje	Formato: aprendizaje, procesos
Desde los que saben	Todos saben y escuchan
Desde la oferta	Desde las necesidades de la comunidad

Fuente: *Elaboración propia.*

La necesidad de una comunicación comunitaria para el sistema universal

La comunicación comunitaria se inicia con el cambio de paradigma en la relación entre los actores del sistema, lo que puede traducirse en: “todos saben” y “todos aportan”, lo que implica que las personas pueden participar en el diagnóstico de sus necesidades de salud, así como también en la forma en la que resuelven esas necesidades, en el monitoreo de sus avances o retrocesos y en la evaluación y en el aprendizaje para la mejora del sistema.

Desde esta perspectiva, la comunicación social debe ser dialógica, horizontal, con espíritu crítico y vocación de cambio, además de desarrollarse lógicamente en el espacio comunitario, pues la comunidad y la vida comunitaria se han convertido en el espacio de desarrollo para que las personas puedan expresar principios fundamentales como es el caso de la solidaridad.

Por ejemplo, la Red Chilena de Cultura Viva Comunitaria, contempla la realización de los Fogones comunitarios, jornadas de reflexión que se realizan en distintos lugares y en donde se explora el significado de lo comunitario. En su

sistematización (Fogones comunitarios, 2022) se plantea lo comunitario desde la unidad, la confianza y la necesidad de juntarse: “tenemos una historia juntos, muchos años, por eso nos unimos y confiamos (...) Somos muchos vecinos y nos juntamos solo los más antiguos; como que nos necesitamos” (Fogones comunitarios, 2022).

De igual modo, en la experiencia comunitaria se reconoce el valor de lo colectivo, de la coconstrucción y se ejercita la práctica ciudadana. La salud es, desde esta óptica, un fenómeno colectivo.

En cuanto a la comunicación comunitaria, esta se desarrolla en el territorio, en las comunidades que lo habitan, donde las personas se necesitan, tienen confianza mutua entre los actores, establecen relaciones y construyen salud en el cotidiano individual y en el colectivo de esa comunidad. La comunicación comunitaria tiene, entonces, una perspectiva cotidiana, pero también estratégica, porque aborda los temas más trascendentes de la salud de las personas, con pertinencia cultural, de curso de vida, de género y, por cierto, una representación territorial.

La característica central de este tipo de comunicación es que no es excluyente, ya que todos pueden y deben participar. En este caso, los medios de comunicación comunitaria evidencian un componente pedagógico, donde las prácticas comunicacionales de la comunidad generan un proceso de aprendizaje y de empoderamiento de las personas. En ese sentido, Freire (1970) plantea la reciprocidad entre prácticas de comunicación y prácticas de educación. El autor consigna que es allí donde el sistema de salud tiene la estrategia sanitaria más efectiva: la de la atención primaria de salud. En este caso, la comunicación social y comunitaria debiera ocupar un espacio primordial de fortalecimiento sanitario, estratégico, organizacional y territorial.

Por su parte, la atención primaria de salud tiene la responsabilidad de incorporar fuertemente a los activos comunitarios

en las acciones que emprende y, más importante aún, debe procurar incorporar el aprendizaje individual y colectivo de las comunidades para fortalecer la dimensión ciudadana de las personas en el territorio.

Al respecto, existe consenso en que la mejor inversión es anticipar el daño generando acciones efectivas de prevención primaria y secundaria, de modo de evitar hospitalizaciones, procedimientos de alto costo, muertes y vida con discapacidad. Por ello, todas las personas, de modo universal, deberían poder acceder a equipos interdisciplinarios ambulatorios con capacidades para actuar territorialmente –en el propio hábitat, y con la participación de las personas– para modificar las condiciones y mejorar su calidad de vida, así como también para diagnosticar, tratar, rehabilitar y sostener cuidados de largo plazo y de forma ambulatoria durante su vida.

Ahora bien, para que lo anterior sea posible es esencial el incremento de la inversión en APS y superar el 30% del gasto público en el área que, como indicamos, fue definido para los países de la OCDE. Hacer esa modificación permitiría, entre otros resultados, la existencia de una APS universal, accesible, confiable y resolutive, que promueva la participación y comunicación social comunitaria, el fomento de territorios más sanos y que cuente con políticas intersectoriales que pongan el foco en las vidas, el ecosistema y el desarrollo integral de las comunidades.

Sin embargo, una de las barreras para que las y los trabajadores de la salud puedan desarrollar la comunicación comunitaria está dada por la escasa formación de los técnicos y profesionales de la salud en los aspectos y temáticas relacionados con la comunicación comunitaria. De allí que el desafío de incorporar prácticas y desarrollar competencias en esta área debiera transformarse en una meta de gran relevancia para las instituciones de educación superior del país. En efecto, en la actualidad se ha vuelto una responsabilidad del sistema implementar estrategias que cierren la brecha existente entre la formación teórica y la práctica de la comunicación comuni-

taria, gracias al fortalecimiento de estas competencias y habilidades específicas que preparen a los futuros profesionales para la comunicación comunitaria en los territorios en los que desarrollarán en el futuro.

Sabemos que solo llevando a la práctica las herramientas de la comunicación comunitaria y facilitando institucionalmente los espacios de relación que potencien el diálogo crítico, el debate entre las personas y el aprendizaje colectivo permitirá consolidarse como la forma de relacionarnos con la comunidad y entre las y los trabajadores. En la misma línea, será fundamental e ineludible, al mismo tiempo, que se genere este tipo de comunicación al interior de los espacios organizacionales, para que se actúe en coherencia y sintonía con la política sanitaria, sumando legitimidad entre las y los trabajadores.

Por su parte, las acciones de comunicación en salud son también esenciales, porque permiten promover transformaciones hacia conductas saludables, lo que potencia la promoción sanitaria de los individuos y de sus comunidades. Desde esta perspectiva, la comunicación comunitaria tiene un sello pedagógico al convertirse en un instrumento de diálogo entre las organizaciones sociales, las instituciones y las personas, y donde el aprendizaje de los actores está implícito, lo cual representa una parte esencial para que las acciones tomadas en esta línea sean eficaces.

Por último, la comunicación comunitaria tiene un eje esencial, que es el político, el cual se entiende como el mecanismo que pone en el centro el rol ciudadano de las personas y que propicia su capacidad movilizadora y el sentido profundo de hacer mejoras efectivas en su comunidad. Visto así, no existe sostenibilidad en las políticas públicas, si estas no son parte del sentido de las comunidades.

La determinación social de la salud y la comunicación comunitaria

Un elemento transversal entre los determinantes estructurales e intermedios de la salud es la cohesión y el capital social. En conjunto, estos determinantes, sumados a la cohesión y al capital social, son los componentes que impactan y definen la salud y el bienestar de las poblaciones (OMS, 2015).

Al respecto, una de las características más relevantes de la comunicación comunitaria es que su enfoque busca reforzar la dimensión comunitaria de la vida en sociedad, fortaleciendo la pertenencia, el sentido colectivo del bienestar y las condiciones para el fomento de la cohesión social

En el caso de Chile, el modelo de atención se ha definido como integral basado en la APS (Minsal, 2005), de modo que durante los últimos 30 años todos los esfuerzos se han enfocado en robustecer esta estrategia.

Sin embargo, en marzo de 2022 se inició una política de salud como parte del proyecto estratégico del gobierno del presidente Gabriel Boric, el cual consiste en transitar un camino hacia la universalización de la salud, tanto en el acceso como en su cobertura. Parte de ello contempla la implementación de la política de “copago 0”², la cual pretende superar una de las barreras más relevantes y discriminatorias para el acceso al sistema de salud: el acceso restringido por limitaciones financieras. Luego, en mayo de 2022, partió la universalización de la estrategia de APS, que se entiende como un proceso escalonado de incorporación de comunas al desafío de retirar todas las barreras financieras que hoy existen para que las personas accedan al sistema de salud en su modalidad institucional, así como también se refiere a todas las acciones

2 Política de salud implementada en septiembre de 2022 y que permite a las y los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, Fonasa, pertenecientes a los tramos C y D, acceder a la gratuidad en todas sus atenciones en el sistema público de Chile.

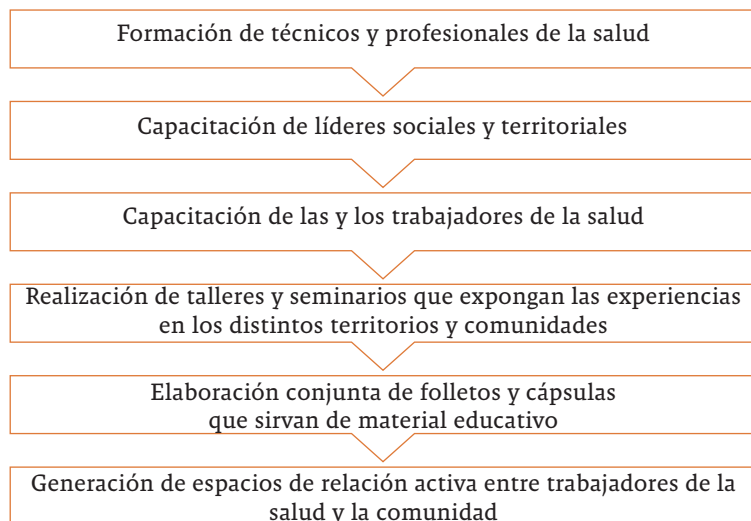
de promoción, prevención y anticipación al daño en su territorio y en su comunidad (Programa de Gobierno Apruebo Dignidad, 2022).

Esta estrategia contempla la incorporación no solo de nuevos recursos, formas de financiamiento y nuevas tecnologías, sino que espera avanzar en mayores y mejores niveles de participación de las personas y sus comunidades, donde la comunicación dialógica, horizontal y con aprendizajes comunes es esencial para el cambio de paradigma.

En este sentido, resulta crucial el fortalecimiento de las estrategias de aprendizaje en comunicación comunitaria en los centros de formación de profesionales de la salud, como es el caso de las instituciones de educación superior e institutos profesionales y técnicos, pero también en los colegios profesionales, los sindicatos de la salud, los consejos ciudadanos de salud y las agrupaciones de pacientes, de modo que coordinadamente, todos sus requerimientos se plasmen en la agenda pública, alterando con ello el paradigma de la salud chilena, de modo que las personas dejen de ser consideradas objetos, sino sujetos de derecho en salud.

Este cambio de perspectiva debiera ser el inicio de un proceso transformador del sistema sanitario chileno, al modificar la relación de la ciudadanía con el sistema de salud y las concepciones y percepciones que tienen las personas respecto de lo que es la salud para ellas y sus comunidades, individual y colectivamente, para un buen vivir en armonía con el ecosistema.

Figura 3
Estrategias de fortalecimiento de la comunicación comunitaria



Fuente: Elaboración propia.

Conclusión

El sistema sanitario chileno es fragmentado y segmentado, lo cual ha traído consecuencias en su efectividad, en la equidad y en la percepción de las personas y comunidades en relación con las instituciones de salud. Por su parte, el cambio epidemiológico y la pandemia por Covid-19 acentuaron estas características, de modo que se ha vuelto imperativo realizar un proceso de transformación para cambiar la relación de las personas, las familias y las comunidades con el sistema de salud nacional.

Al respecto, el sistema universal de salud propuesto en el programa del actual gobierno del presidente Boric se ha basado en el derecho de las personas no solo a recibir de forma justa, oportuna, con calidad, efectiva y eficientemente las diversas acciones de salud, sino relevando el hecho de que los individuos y sus comunidades tienen derecho a participar de forma activa en su propia salud y a decidir acerca de las estrategias y decisiones que ello involucra.

En este sentido, una de las funciones esenciales de la salud pública es el desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables, con un foco claro en la participación y movilización social, donde la comunicación comunitaria se convierte en una de las estrategias que permite mayor cohesión y releva y pone en valor el capital social de cada comunidad.

Referencias

- Artaza, O. y Yarza, B. (2022). Modelo centrado en las personas y comunidades. En O. Artaza y C. Méndez, *Sistemas y servicios de salud: centrados en las personas y sus comunidades* (pp. 119-146). Editorial de la Universidad Austral de Chile.
- Becerril-Montekio, R. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública Mex*, 53(supl 2), S132-S143. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/09.pdf>
- Fogones comunitarios (2022). *Sistematización fogones culturales*. Red Chilena de Cultura Viva Comunitaria. <https://puntos.cultura.gob.cl/wp-content/uploads/2023/03/FOGONES-CULTURALES-COMUNITARIOS-RED-CVC-NOVIEMBRE-2022.pdf>
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.
- Grau, N. C. (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del CLAD, Reforma y Democracia*, (46), 41-72. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533678002>
- Ministerio de Salud de Chile, Minsal (2005). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud*. Subsecretaría de redes Asistenciales, División de Atención Primaria-Organización Panamericana de la Salud, OPS. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2015). *Determinantes sociales en salud*. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2010). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2021). Impacto de la pandemia Covid-19 en la salud mental de la población. *Boletín Desastres No. 131. Suplemento de Salud Mental*. OPS. <https://www.paho.org/es/boletin-desastres-n131-impacto-pandemia-covid-19-salud-mental-poblacion>
- Ortuño-Borroto, D., Vargas-Buratovic, J. P., Mellado-Torres, B., Lohmann-Cañete, D., Cortés-Arancibia, S., y Villanueva-Maffei, J. (2022). Las consecuencias de la pandemia por SARS-COV-2 en la salud oral de las personas: un desafío para la odontología. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 15(2), 169-172. <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882022000200169>.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2018). *Desiguales*. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. PNUD. <https://www.undp.org/es/chile/publications/desiguales-or%C3%ADgenes-cambios-y-desaf%C3%ADos-de-la-brecha-social-en-chile>
- Programa de Gobierno Apruebo Dignidad (2022). Boric presidente. Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo. <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%2Bde%2Bgobierno%2BAD%2B2022-2026%2B%282%29.pdf>
- Ward, Z. J., Walbaum, M., Walbaum, B., y Jiménez, J. (2021). Estimando el impacto de la pandemia Covid-19 en el diagnóstico y supervivencia de cinco cánceres en Chile de 2020 a 2030: un análisis basado en simulación. *Lanceta Oncológica*, 22(10), 1427-1437. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(21\)00426-5](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(21)00426-5)



OPORTUNIDADES E IMPLICANCIAS DE LA COMUNICACIÓN COMUNITARIA DESDE LA RED DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

Sebastián Jirón González¹

Introducción

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) contempla dentro de su misión conseguir un mejor estado de salud de la población a su cargo en un contexto de participación social.

Así, para avanzar en los niveles de incidencia de su comunidad en las políticas, planes, programas y acciones de salud, el SSMSO ha desarrollado desde 2015 planes estratégicos de participación social, los cuales han contemplado siempre una línea estratégica asociada con la comunicación comunitaria, que ha sido priorizada y considerada esencial para establecer vínculos efectivos con las personas y sus comunidades, de modo que faciliten una real participación en la gestión pública.

Este servicio de salud ha visualizado el desarrollo de la gestión participativa como un camino para el logro de su misión sanitaria, promoviendo en su red la comunicación comunitaria como una de las herramientas para llevar a cabo los desafíos de una salud pública coconstruida junto con las personas.

1 Psicólogo por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Gestión para la Globalización, por la Universidad de Chile y Máster of Business Administration por la Macquarie Graduate School of Management, Sídney, Australia. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Santiago, Chile. Correo electrónico: sebastian.jiron@gmail.com

Participación social y comunicación comunitaria en el SSMSO

En términos operativos, el SSMSO es la institución a cargo de gestionar y coordinar la Red Pública de Salud del Sector Sur Oriente de la Región Metropolitana de Chile, la cual incluye a las comunas de Puente Alto, San José de Maipo, Pirque, La Florida, La Pintana, San Ramón y La Granja. Esta red de establecimientos públicos está conformada por más de 40 instituciones de atención primaria, un centro de referencia de salud y cuatro hospitales, los cuales están a disposición para cerca de 2 millones de personas, donde se incluyen habitantes del territorio asignado y de otros sectores de la región, e incluso del país. La misión del SSMSO es la siguiente:

Somos una red de salud pública conformada por personas comprometidas y competentes, con el propósito de satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria preferentemente del territorio metropolitano sur oriente, en un contexto de participación, brindando acciones sanitarias con oportunidad, calidad y equidad (SSMSO, 2023, s/p).

En esta misión se expone que el quehacer del servicio de salud se realiza en un contexto de participación, la cual constituye un derecho ciudadano expuesto en la Ley 20.500 de asociaciones y participación ciudadana, donde se indica que el Estado debe garantizar que las personas puedan participar e incidir en sus políticas, planes, programas y acciones (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [BCN], 2011).

Por su parte, la participación social en salud tiene una larga historia en Chile, su desarrollo ha sido esencial para mejorar el sistema público de salud y debe ser considerada como una estrategia sanitaria de alto nivel, incorporada en las misiones institucionales, tal como lo ha hecho el SSMSO.

Al respecto, la comunicación que se establezca entre las instituciones de salud, las personas y las comunidades es uno

de los aspectos cruciales para que efectivamente la participación social en salud pueda ser ejercida como derecho por parte de las personas. Así, cuando se habla de comunicación comunitaria en salud, esta debe entenderse como una forma de relación en la que fluye información entre diversos actores que tienen un objetivo común: que las personas tengan un mejor estado de salud, bienestar integral y que se vinculen efectivamente con su comunidad, con sus redes sociales y familiares.

Desde esta perspectiva, la comunicación comunitaria en salud es, en esencia, una herramienta de vinculación. Es cierto que se utiliza en prevención de enfermedades, promoción de estilos de vida saludable y para entregar información administrativa, entre otros muchos fines, no obstante, la comunicación con las comunidades solo puede ser efectiva en la medida en que el acercamiento a las personas y a sus propias redes reconoce su poder, saber, cultura y tradiciones. La comunicación se comprende, entonces, como un espacio de interacción y participación, donde se encuentran visiones y objetivos, tanto de la comunidad como de las instituciones que comienzan un proceso de conocimiento, conversaciones, negociaciones, ajustes, disensos y consensos, para generar una relación que, en lo concreto, debe orientarse a fomentar impactos que aporten al bienestar común a través de una mejor salud de las personas individuales, poblaciones y comunidades.

Por otra parte, cuando se piensa en el sistema público de salud, de inmediato la imagen que ocupa el primer plano es la de los establecimientos de salud (un hospital, un Centro de Salud Familiar, CESFAM o una posta de salud rural). Ciertamente, las redes asistenciales son la columna vertebral del sistema, pues establecen la relación directa con las personas a través de la entrega de prestaciones de salud, buscando responder de la mejor manera posible a las necesidades de sus poblaciones. Sin embargo, el estado de salud integral de las personas depende solo en parte de la intervención del sistema de salud, siendo los determinantes sociales de la salud

el factor más influyente (Canadian Institute of Advanced Research, 2002).

De acuerdo con lo anterior, las estrategias de salud pública deben considerar tanto el mejoramiento continuo de las redes asistenciales, como una gobernanza sanitaria que permita a las personas, comunidades y organizaciones sociales incidir en las políticas, planes y programas de salud, de manera que el contacto con el sistema no sea solo para una atención de salud, sino que sus ideas, opiniones, experiencias y transmisión de sus condiciones de vida sean incorporadas en todo el proceso de las políticas públicas, en especial, en las de salud. Aquí es donde la comunicación comunitaria se une a la participación social, pues implica que las instituciones deben generar procesos organizacionales que consideren, de manera formal, la relación con las personas desde un enfoque de derechos, donde su voz y voto son fundamentales para ir construyendo, de manera conjunta, una forma de hacer salud que se haga cargo de esas necesidades junto con las condiciones sociales, a través de una gestión participativa efectiva y el trabajo intersectorial.

El ssmsO, junto con su comunidad organizada —principalmente con su Consejo de la Sociedad Civil (COSOC)—, representantes de consejos de usuarias y usuarios de hospitales, atención primaria y dirigentes sociales de organizaciones del territorio vinculadas a temas de salud, en un largo proceso de trabajo colaborativo ha definido como uno de sus objetivos estratégicos ir avanzando hacia una implementación transversal de la gestión participativa en salud, la que ha sido definida por sus convocantes como:

aquella gestión que reconoce que el conocimiento está distribuido en diferentes actores sociales cuya reflexión e iniciativa es un valor para el buen funcionamiento de la institucionalidad sanitaria. En este camino se entiende que la sociedad civil es un actor clave cuya experiencia como pacientes, usuarias y usuarios, ciudadanas y ciudadanos debe estar presente en las conversaciones

y reuniones que dan origen a decisiones del gobierno de los servicios de salud. Los medios de una gestión participativa son mecanismos y procesos de gestión abiertos que configuran una relación propositiva entre Estado y sociedad civil. Por su parte, los productos de una gestión participativa son políticas y programas mejor diseñados, con mayor impacto y legitimados desde sus destinatarios, que ya no son solo objetos de intervención, sino colaboradores (SSMSO, 2019, s/p).

De este modo, la comunicación comunitaria se incorpora dentro de este paradigma de gestión participativa y, en efecto, el plan estratégico de participación social del SSMSO para el periodo 2024-2026, incluye como una de sus líneas estratégicas la “comunicación para la participación social”, la cual tiene como objetivo principal fomentar el desarrollo de todas aquellas herramientas y espacios que favorezcan la comunicación para la participación social entre las y los funcionarios y las y los usuarios de nuestra red pública de salud. La comunicación comunitaria se vuelve, de esta manera, una herramienta esencial para promover el ejercicio del derecho de las personas a participar e incidir en la gobernanza del sistema público de salud.

Al considerar lo anteriormente expuesto, surge la pregunta: ¿Cómo establecer una relación con la comunidad para hacer concreta la participación social en salud? Es aquí es donde se abren las oportunidades.

La perspectiva del trabajo en participación social del equipo del Departamento de Participación Social y Gestión Integral del Usuario del SSMSO es que no existe una receta para que esta se produzca y que sea aplicable en cualquier territorio y con resultados idénticos. Por el contrario, lo que se ha buscado desde este equipo es responder a la pregunta de cómo hacer participación, pero desde la construcción colaborativa de un modelo de gestión participativa en salud, que involucre conversaciones y acuerdos con todas las personas, instituciones y organizaciones implicadas.

Desde esta mirada, un modelo de gestión participativa en salud no es una receta, sino más bien una “carta de navegación” que orienta el quehacer de los establecimientos de salud y sus equipos para trabajar con la comunidad, considerando algunas definiciones comunes que permiten equilibrar la realidad propia, de su población y su territorio, con el desafío de ser parte y alinearse con una red de establecimientos y/o instituciones de salud para conseguir objetivos que den cuenta de que el Estado, en el ámbito de la salud, avanza para mejorar la situación sanitaria y la calidad de vida de las personas a través de su participación en la gestión pública.

El objetivo de este capítulo es, entonces, compartir una experiencia y visión desde una institución de salud y su red, para aportar a las reflexiones que otras instituciones u organizaciones desarrollen para trabajar en este ámbito, considerando la participación y comunicación comunitaria como ejes transformadores de su gobernanza. No obstante, existen algunas definiciones comunes que orientan la construcción del modelo de gestión participativa y, en consecuencia, el modo en el que el SSMSO propone trabajar la comunicación comunitaria y generar vínculos con personas y organizaciones sociales para colaborar y coconstruir una mejor salud.

A continuación se exponen algunos puntos y definiciones comunes para responder al cómo establecer una significativa relación Estado-personas-comunidades, orientada hacia una comunicación comunitaria que esté al servicio de la gestión participativa en salud.

Paradigma de la salud

El paradigma clásico de salud, el modelo clínico, se aproxima a la salud de las personas poniendo énfasis en sus necesidades, enfermedades, problemas, o en lo que perturba la funcionalidad de los individuos. Desde esta perspectiva, los equipos de salud se preocupan de la curación, el restablecimiento del equilibrio o los cuidados de las personas en su proceso de salud-enfermedad, y despliegan acciones de carácter clínico

con foco en la atención de las patologías. Cuando se trabaja desde este paradigma, las acciones de vínculo con las personas “no enfermas” y las comunidades están focalizadas, igualmente, en las patologías, ya sea en su prevención o en cómo estas deben hacerse cargo de su propia salud o enfermedad.

Este paradigma clínico ha sido por décadas parte de nuestro sistema de salud y ha respondido a las necesidades de salud de la población, pero es limitado en cuanto al establecimiento de un vínculo con las personas y comunidades, sin reconocerles su derecho a incidir en su propio tratamiento y también en las políticas y los programas que determinarán cómo serán atendidas.

Desde hace algunas décadas, el sistema de salud público se ha propuesto avanzar hacia un paradigma distinto para llevar a cabo sus políticas y programas, el cual integra las dimensiones biológica, psicológica y social de las personas y es conocido como *modelo biopsicosocial*. Este modelo busca aproximarse a las personas considerando su integralidad y no solo su esfera biológica. Por otra parte, y en línea con declaraciones como Alma Ata (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978) y Ottawa (OMS, 1986), este modelo concibe a las personas como actores centrales de su propio estado de salud y de sus comunidades, ampliando la visión de la salud y posicionando a los establecimientos sanitarios dentro de una red comunitaria que aporta a la salud de su población, pero dejando claro que el bienestar de las personas es impactado solo en parte por las acciones del sistema sanitario.

El modelo biopsicosocial ha permitido ir construyendo una salud con un enfoque que considera el espacio comunitario como esencial para el trabajo colaborativo con las redes de establecimientos, la importancia de la promoción de la salud y el cambio de la visión centrada en la enfermedad. En cuanto a la participación social y la comunicación comunitaria, sin duda este enfoque ha significado un avance respecto del modelo clínico, no obstante, en la experiencia de la salud pública en Chile y pese a sus postulados, la visión donde

prima lo clínico centrado en lo curativo aún prevalece. En lo relativo a participación social, el modelo biopsicosocial abre oportunidades, pero requiere que se avance en los niveles de integración de la comunidad y generar instancias reales y significativas para una toma de decisiones conjunta, en donde las personas no solo son responsables de su propia salud, sino que ejercen el derecho a participar en la definición de políticas, planes, programas y acciones que tienen impacto en su bienestar, el de su familia y de su comunidad.

En síntesis, para llevar a cabo una gestión participativa real, donde la comunicación comunitaria se pone al servicio del vínculo Estado-personas, es necesario concebir la salud y la participación social como un derecho, de manera que el sistema de salud actúe como una instancia comunitaria para el logro de un mayor bienestar, sin ser el único factor relevante. Por lo mismo, el paradigma desde donde el sistema de salud se aproxima va a determinar los alcances de su accionar.

En la experiencia del SSMSO, para trabajar en la participación social en salud, se han aprovechado las virtudes del modelo biopsicosocial para desarrollar iniciativas de incidencia social e ir avanzando en los niveles de participación, así como también se han ido abordando sus limitaciones para instalar un paradigma de gestión participativa transversal, que va desde la atención individual hasta la cogestión y toma de decisiones colaborativas.

Salud más allá de la atención individual y del box

Cuando una persona decide estudiar una carrera de salud en Chile es altamente probable que se imagine trabajando en una sala de atención (box), en especial si es una carrera clínica, como Enfermería, Matronería, Kinesiología, Medicina o Técnico en Enfermería y tantas otras. Sin duda, un buen porcentaje de auxiliares, técnicos y profesionales dedican gran parte de su jornada a la atención directa de personas en un box, pero en más de una ocasión se enfrentan al desafío

de incorporarse en un operativo de salud en terreno, en una actividad de promoción de la salud con grupos de personas, en una cuenta pública participativa o en una reunión con el consejo de las y los usuarios.

Al respecto, el sistema de salud público chileno, en especial la atención primaria de salud, tiene entre sus principios la territorialidad y la vinculación con su comunidad (Ministerio de Salud [Minsal], 2019), lo cual se proyecta hacia el ámbito hospitalario, aunque a medida que crece la complejidad de las atenciones, esto no se aprecia de manera tan directa. En esa lógica, existe una importante cantidad de acciones que los establecimientos de salud no desarrollan dentro de sus dependencias, sino que en terreno y en vinculación con instituciones del intersector y organizaciones comunitarias. Es por eso por lo que hay momentos en los que las y los funcionarios de salud que ingresan al sistema público de salud se sorprenden y, a veces se angustian cuando deben salir del box y enfrentarse a diferentes grupos de la comunidad, quienes no solo son “objeto de intervención”, sino que llegan con necesidades, reclamaciones y propuestas, dispuestos al diálogo o preparados para enfrentarse a instituciones con las que las conversaciones no han dado fruto.

En esta línea, las y los estudiantes que están ingresando a carreras del área de la salud en Chile, o bien, que ya están avanzados en sus años de estudio, deben saber que el trabajo en el sistema público en nuestro país implica un quiebre con la imagen tradicional del funcionario/a que solo brinda atención individual dentro de los muros del establecimiento.

Esta situación conlleva dos desafíos importantes. El primero de ellos es para las instituciones de educación superior, las que deben diversificar su oferta académica y de prácticas, para que cada vez más estudiantes experimenten y puedan conocer el trabajo real de la salud pública. En segundo lugar, se trata de un desafío para las y los propios estudiantes y profesionales jóvenes en cuanto a ejercitar sus habilidades sociales, poner al servicio de la salud comunitaria sus competencias interperso-

nales y relacionales, y desafiar los modelos que tienden a ver a las personas de manera parcial, para incorporar una forma de trabajo en terreno en su visión del mundo sanitario, donde vincularse con personas, familias y comunidad, enseñando y aprendiendo de ellas. Desde esta perspectiva, el box sigue siendo un espacio importante, pero no es el más trascendente para que la acción del sistema sanitario tenga un impacto a largo plazo en el bienestar de la comunidad.

En este escenario, el espacio de comunicación institución-persona se vuelca hacia el territorio, sale del box y se vuelve comunitario. Por eso, en los territorios asignados de hospitales y establecimientos de atención primaria de salud de muchos servicios, incluyendo al sur oriente, se generan instancias de vinculación, comunicación y participación en diferentes espacios públicos y de organizaciones: campañas, charlas educativas en colegios o sedes vecinales y diagnósticos participativos territoriales, entre tantas otras iniciativas.

Identificar oportunidades y recursos

Ya se ha señalado que un importante porcentaje de los factores que determinan la salud tiene relación con “lo social”, como el nivel educacional, el socioeconómico, las condiciones habitacionales o de seguridad, entre otros (Canadian Institute of Advanced Research, 2002).

En efecto, en el espacio de interacción social y de vida en comunidad, existen condiciones que pueden impactar negativa o positivamente en la salud de las personas. Si se llega a pensar en intervenciones que se enfoquen a estos determinantes, se suele imaginar en los vacíos, en aquello que falta para llegar a un estado deseado, y aunque no es errado trabajar para cerrar brechas, esta forma de abordaje debe complementarse con identificar los recursos y oportunidades que ofrecen las persona y sus comunidades.

Al respecto, una enseñanza clave que la salud pública chilena ofrece a quienes trabajan en ella es que cuando se sale al te-

territorio, se crea un vínculo y comunicación con las personas y sus redes, se abren miles de oportunidades y se descubren recursos, aunque dicha comunidad tenga altos índices de vulnerabilidad y deprivación en distintos ámbitos. Efectivamente, cuando la institución abre sus puertas, busca alianzas y genera diálogos para construir objetivos comunes con las comunidades: las personas ponen a disposición su saber, conocimientos, espacios físicos, redes de apoyo, y muchos otros recursos, que por más pequeños que parezcan, contribuyen a avanzar colaborativamente hacia la meta fijada por ambas partes.

La comunicación comunitaria es, pues, causa y efecto para buscar recursos y oportunidades en el territorio. Justamente, sin conocer y vincularse con las personas y sus redes comunitarias, las instituciones de salud serían meros prestadores de servicios sanitarios, entonces, al comenzar a tejer sus conexiones, descubren lo valioso que ofrece la comunidad y que con generosidad brinda a las instituciones, con el alto interés de colaborar en conseguir un mejor estado de salud y también un mejor sistema sanitario.

Igualmente, quedarse con la mirada fija en las deficiencias no solo atenta contra el reconocimiento de los activos y recursos con los que cuentan las personas y comunidades para hacerse cargo de su propio estado de salud, sino que es altamente nocivo para el ánimo de los equipos de salud, debido a que las brechas sanitarias son muy difíciles de cerrar en el corto plazo. Por ello, para conseguir avances y logros significativos se necesita fortalecer las relaciones con la comunidad, pues aunque sean logros pequeños, estos permitirán alimentar el compromiso y las ganas de ambas partes por seguir esforzándose en lograr los objetivos comunes.

Estos tres puntos señalados (el trabajo desde un paradigma biopsicosocial en salud, construir salud en los territorios y con las comunidades, y buscar los saberes y recursos comunitarios) son los componentes que, en la experiencia que aquí se presenta, se han considerado como básicos para po-

der trabajar hacia el establecimiento de una comunicación comunitaria en el marco de la participación social en salud y el avance del estado sanitario de la población del territorio sur oriente de Santiago. Se espera que el ejercicio de estos tres ejes pueda ser aplicable al resto del país, pues se trata de condiciones generales, paradigmas o visiones que ofrecen un marco al trabajo del sistema público de salud en general.

Por último, con el ánimo de ir profundizando en la respuesta acerca de cómo establecer la comunicación comunitaria, en la experiencia del SSMSO se han desarrollado diversas estrategias, de las cuales se exponen a continuación las más significativas por haber tenido un mayor impacto y proyección para mejorar la salud de la población que atiende.

Comunicación multicanal

Sin duda, la comunicación comunitaria se debe planificar y ejecutar de acuerdo con las características y necesidades de la población con la que se desea establecer el vínculo de trabajo o colaboración. Una herramienta muy útil en la experiencia de nuestra red ha sido establecer una comunicación multicanal, es decir, una que se ajusta a los diversos medios que prefieren las personas para relacionarse con la institución, considerando también los fines para los que se establece dicha comunicación.

La comunicación multicanal considera el amplio espectro de medios para comunicarse con las personas y comunidades, desde el vínculo cara a cara y la conversación directa, hasta el uso de redes sociales, folletería, radios comunitarias y otros medios digitales.

Desde esta perspectiva, la flexibilidad en el uso de los diversos canales de comunicación permite a las instituciones llegar a públicos diferentes y, al mismo tiempo, establecer comunicaciones con fines diversos, dependiendo del canal utilizado. Por ejemplo, la generación de un grupo de dirigentes dentro de una aplicación de mensajería puede permitir una interacción informativa rápida, recibir y responder consultas breves,

o bien, convocar a reuniones de una manera más sencilla; por otra parte, el uso de plataformas digitales de video permite informar con mayor profundidad acerca de algunos temas o incluso generar espacios de educación y formación, además de propiciar momentos de preguntas y respuestas asociadas con los temas exhibidos. Así, el uso de uno u otro medio se va adecuando a las características de la población objetivo, al tipo de relación que se quiere establecer y a los mensajes que se quieren transmitir y recibir.

La comunicación multicanal permite, en este contexto, abrirse a la escucha de las personas y construir espacios de interacción con la comunidad. En ese sentido, se espera que la comunicación sea efectivamente bidireccional y que permita ir construyendo relaciones que faciliten el ejercicio de una participación cada vez más opinante en la gestión de las redes de salud.

Salud pública con mirada territorialidad

Como se señaló anteriormente, el trabajo en salud pública no se puede hacer solo dentro del box o entre los muros del establecimiento, sino que debe existir una vocación de vinculación con el territorio, sus instituciones, organizaciones y comunidades.

En la experiencia de nuestra red pública de salud, la utilización de instrumentos de gestión como la *Pauta del Modelo de Salud de Atención Integral* –conocida como Pauta MAIS (Minsal, 2019) y que cuenta con un componente de territorialidad e intersectorialidad– ha facilitado que los establecimientos de salud puedan incorporar en sus planes de trabajo acciones destinadas a fortalecer las redes comunitarias para desarrollar un trabajo más integral.

Como hemos visto anteriormente, la comunicación comunitaria en salud incluye los vínculos con las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones del intersector y, en esa lógica, el conocimiento y despliegue en el territorio por parte

de los establecimientos facilita poner en contacto a los diferentes actores involucrados para conseguir una mejor salud de su población a cargo. De esa manera, la salud pública se construye en conjunto con los establecimientos educacionales, los programas municipales e instituciones de seguridad, entre otras, y con las organizaciones territoriales y funcionales que están en su territorio, como juntas de vecinos, centros culturales, consejos de usuarios de salud y clubes de adulto mayor, entre muchas otras unidades territoriales.

Es por lo anterior que, en esta línea, el primer paso de los establecimientos es realizar un catastro de las instituciones del intersector y de las organizaciones sociales, para luego elaborar mapas territoriales que se compartan con todas y todos los funcionarios del establecimiento. De este modo, cuando sea necesario establecer vínculos y comunicación con ellos, esto se podrá hacer con facilidad y a través de mecanismos institucionales previamente determinados.

Ciertamente se necesitan muchos más recursos para fortalecer el trabajo territorial en los establecimientos de salud, pero existen avances significativos, especialmente en la atención primaria. También es posible encontrar experiencias exitosas en la atención secundaria, donde no solo los profesionales psicosociales salen al territorio, sino que incluso las y los directores y médicos especialistas han concurrido a espacios comunitarios para generar lazos que permitan posicionar a sus instituciones como parte de una red territorial orientada a mejorar las condiciones de vida las personas y así impactar positivamente en su salud, en el amplio sentido de lo que implica ese concepto.

Por otra parte, es importante mencionar que la vocación territorial tiene un componente físico que se relaciona con el territorio real y concreto que los establecimientos tienen asignados y donde se vinculan con las instituciones, organizaciones y personas. No obstante, existe otro territorio que en los últimos años se ha vuelto muy relevante para las relaciones comunitarias: el territorio virtual.

En efecto, el espacio de las redes sociales y de los grupos de aplicaciones de mensajería incluye a un gran número de personas que visitan esporádicamente los establecimientos de salud o que, incluso, no forman parte de organizaciones territoriales o funcionales, pero que en el espacio virtual desean estar en contacto con el centro de salud y, por tanto, ser parte de las comunicaciones y acciones de participación, desde esta vinculación virtual.

En este escenario, se trata especialmente de jóvenes y personas que trabajan y se vinculan con los establecimientos de salud en la virtualidad, lo cual no solo es válido, sino que se ha vuelto esencial para ampliar los nexos sociales, más aún luego de haber vivido los años de la pandemia y los confinamientos asociados, donde el lugar de interacción social primario fue, precisa y casi únicamente, el espacio virtual.

Trabajo colaborativo con la comunidad

Parece una obviedad, pero la comunicación comunitaria en un contexto de participación social se debe basar en un trabajo colaborativo con la comunidad, donde las personas y organizaciones tengan incidencia en cómo llevar a cabo ese mismo trabajo. No se puede concebir la colaboración de la comunidad como una relación utilitaria y unidireccional, pues de ser así no se podría hablar de una verdadera colaboración, sino más bien de una utilización de sus recursos y capacidades para cumplir objetivos institucionales, los que no necesariamente se corresponden con los que tiene la comunidad.

El espacio de colaboración con la comunidad se basa, por el contrario, en el reconocimiento de sus miembros como poseedores de un saber válido y esencial para avanzar en los procesos de salud, y dicho saber es de igual valor que el saber experto y/o científico que tiene el sistema de salud y las y los funcionarios. El reconocimiento del saber comunitario es una piedra angular para la construcción de la comunicación comunitaria desde la horizontalidad, pues abre la puerta para

incorporar la experiencia de las personas en la gestión institucional y así establecer una real colaboración.

La ansiada cogestión a la que se pretende avanzar a través de la gestión participativa implica que dialoguen los objetivos institucionales con los de la comunidad, a la vez que se ponen en la mesa de trabajo los conocimientos técnicos del sistema sanitario y los que la comunidad tiene respecto de su propia salud, su cultura, el territorio, sus costumbres y recursos.

El trabajo colaborativo es valioso en todas las etapas del ciclo de las políticas públicas, programas y acciones, es decir, durante su diseño, ejecución y evaluación, por lo que el ejercicio que se ha tratado de implementar en nuestra red de pública salud es que los establecimientos puedan planificar su colaboración comunitaria contemplando este ciclo completo, para ejercitarse poco a poco en el proceso a través de los mecanismos de participación más tradicionales y avanzar hacia aquellas áreas donde se apueste por la innovación.

Por otra parte, el trabajo colaborativo con la comunidad no es sencillo, por lo que es muy importante que su planificación considere labores conjuntas que sean significativas para los miembros de la comunidad, de manera que los logros que se consigan, aunque sean pequeños, tengan impacto y signifiquen un cambio importante de acuerdo con los objetivos planteados. Ello es relevante porque la participación social se construye sobre la base de los avances y logros significativos que tenga la comunidad, los cuales deben reconocerse, difundirse y celebrarse, para que más personas se sumen a las acciones y descubran que el estado de las cosas se puede modificar con la incidencia de la sociedad civil.

Las estrategias descritas hasta ahora han tenido un impacto positivo en establecer la comunicación comunitaria en la Red Pública de Salud Sur Oriente, no obstante, siguen existiendo múltiples desafíos que deben abordarse para construir, a partir de los avances obtenidos, un camino hacia mayores niveles de incidencia de la comunidad en la gestión de salud. En

ese sentido, a continuación se exponen algunas reflexiones emanadas de esta experiencia de trabajo y que se orientan a mejorar la comunicación comunitaria para avanzar hacia más participación social en salud.

Al respecto, el trabajo en el ámbito de participación en salud en esta red pública ha mostrado que la participación social y la gestión participativa no son lo mismo: tener clara esta diferencia resulta clave para poder planificar el trabajo de las instituciones de salud en este ámbito.

En este sentido, si bien la participación social es un derecho humano, cuyo ejercicio debe ser promovido por el Estado y sus instituciones (Organización de Naciones Unidas [ONU], 1986), la participación social ocurre con o sin las instituciones públicas. En efecto, las personas se organizan, se movilizan y buscan los espacios para plantear sus propuestas y/o demandas al Estado, aunque las instituciones no hayan desarrollado los mecanismos para gestionar esta situación. Es por ello por lo que, muchas veces, los ritmos de la sociedad civil, no son los mismos que los del Estado, de manera que surgen tensiones y problemas ante la dificultad de sincronizar las necesidades y urgencias de unos y otros.

En un Estado democrático el derecho a organizarse libremente para fines lícitos implica que las personas pueden movilizar sus recursos propios para poner sus prioridades en el espacio público de diálogo y discusión, para que el Estado las conozca y se haga cargo de ellas. Cuando el Estado no escucha, no responde o solo acusa recibo de la comunicación, la sociedad civil responde con más organización y subiendo el tono de las acciones que anteriormente no han arrojado el resultado esperado. Las mismas organizaciones buscan ampliar sus bases, piensan en formas de hacer más fuertes sus planteamientos y propuestas, y se ponen de acuerdo para mover las clavijas que ofrece el escenario político para arremeter contra aquellas instituciones que no han logrado incorporarlas en sus procesos de gestión y, con eso, dar una respuesta adecuada.

Desde esta óptica, la comunidad no espera al Estado y tampoco debe hacerlo. Es aquí donde surge la importancia del concepto de *gestión participativa*, el que implica que el Estado y sus instituciones deben desplegar mecanismos institucionales que faciliten la participación e inclusión de las personas en la gestión pública. De esta manera, la principal preocupación de las instituciones debe ser generar las condiciones necesarias para establecer una real y efectiva gestión participativa, que permita tener un plan adecuado para hacerse cargo de la participación social, la cual sucederá se tengan o no los canales y mecanismos para su abordaje. El viejo dicho que señala “es mejor prevenir que curar” podría aplicarse en esta consideración, pues la gestión participativa, entendida como una responsabilidad institucional, permite a las autoridades estar preparadas para establecer lazos con las personas y comunidades que encaucen la participación social, dirigiendo los esfuerzos de ambas partes hacia el logro de los objetivos comunes y construir vínculos que permitan tener experiencias de cogestión, lo que hace crecer el valor público de la gestión y la valoración de las personas respecto del trabajo estatal, generando más confianza en las instituciones locales, la cual se proyecta al Estado en general.

El sector salud tiene diversos instrumentos de gestión que permiten ir creando condiciones para establecer una gestión participativa. En atención primaria de salud destaca la ya mencionada Pauta MAIS, que tiene un eje que considera la existencia de un plan de participación social de cada establecimiento, así como también de un equipo a cargo de este tema. En atención secundaria destaca, en tanto, el instrumento de evaluación de los establecimientos hospitalarios autogestionados llamado *Balanced Scored Card* o Cuadro de Mando Integral, que incluye el plan de participación para los hospitales autogestionados en red (EAR) (Minsal, 2023). También a nivel de los hospitales y de los servicios de salud, desde 2023 los compromisos de las y los directivos seleccionados en procesos de Alta Dirección Pública (ADP) incluyen por deci-

sión ministerial indicadores relacionados con las acciones de participación social que lideran en sus reparticiones.

La historia del sector salud en Chile se ha construido con participación social y los instrumentos de gestión señalados vienen a dar un marco institucional para que las autoridades y líderes de las instituciones públicas puedan generar las instancias de gestión participativa que faciliten el avance sanitario, considerando las necesidades y expectativas que las personas comunican por diversas vías, en el vínculo cotidiano con las redes asistenciales.

De igual modo, los desafíos futuros para nuestra red de salud pública son variados y en relación con la comunicación comunitaria y participación, existen algunos que son prioritarios para ser abordados en el periodo 2024-2026, para el cual se ha elaborado colaborativamente un plan estratégico de participación social, que da continuidad a un trabajo que data de 2015.

En primer lugar, un gran objetivo institucional del SSMSO es aportar, a través de su trabajo con personas y organizaciones sociales, al fortalecimiento de la democracia en el sector salud, incorporando procesos participativos en ámbitos cruciales como son los grandes proyectos de inversión hospitalaria, incorporando a la sociedad civil en el seguimiento de las construcciones, incluyéndola en discusiones acerca del modelo de gestión y manteniendo un diálogo abierto para resolver consultas o recibir aportes.

Por otra parte, el SSMSO está promoviendo el proyecto “Humanización y excelencia en la calidad de la atención centrada en las personas”, el cual busca concretar la declaración de poner a las y los usuarios en el centro del quehacer de salud. Este proyecto implica construir canales efectivos para recoger y gestionar las necesidades, preferencias y expectativas de las personas en su atención de salud, con el fin de organizar los procesos pensando en ellas y no que sean las personas las que deban adaptarse a lo que ofrece el sistema público,

que en muchas ocasiones opera por defecto o no hace ajustes a su realidad, o a la de sus comunidades y territorios. Este esfuerzo se orienta a vincular los establecimientos de la red con el servicio de salud para lograr el cumplimiento del ejercicio de derechos de las personas en su atención y, simultáneamente, ir más allá del mínimo, abriendo espacios para la participación, innovación y mayor consideración de las competencias interpersonales en los equipos sanitarios.

De igual modo, un gran desafío que se vincula con los anteriores es que la Red Pública de Salud Sur Oriente debe construir una gestión participativa que considere la diversidad. Al respecto, el Instructivo Presidencial N°007 de 2022 (División de Organizaciones Sociales, 2022), del presidente Gabriel Boric, enfatiza que el Estado debe promover la incorporación de los Grupos Históricamente Excluidos (GHE) en la participación en la gestión pública. Entre estos grupos están los niñas, niños y juventudes, migrantes, miembros de la comunidad LGBTQA+, pueblos originarios y personas en situación de discapacidad, entre otros.

En relación con el trabajo en salud, aquí no basta solo con establecer lazos con estos grupos a través de la atención clínica, sino que se debe promover su organización y generar espacios para que puedan incidir en los temas de gestión que tengan relación con su situación de salud y la de sus comunidades. En esa línea, se debe generar una gestión de la diversidad donde, al igual que lo que ocurre con la gestión participativa, las instituciones fomenten las condiciones organizacionales que permitan a los equipos de trabajo abordar de manera adecuada la relación con estos grupos, visibilizando sus necesidades específicas y superar las brechas que tengan las instituciones para responder de manera óptima a cada grupo, considerando el marco legal y normativo y el dinamismo que puede existir en su conformación y relación con el Estado.

Como se aprecia, los desafíos que aún restan son muchos y son todos importantes. Sin embargo, cuando la relación con la comunidad garantiza una adecuada comunicación es posi-

ble priorizar e ir construyendo sobre la base de avances significativos, por más pequeños que sean estos.

Con esto en mente, la gestión participativa y la comunicación comunitaria requerirán de instituciones flexibles y dispuestas a revisar constantemente sus procesos organizacionales, para que efectivamente estas puedan estar siempre al servicio de las personas y sus comunidades.

Referencias

- Biblioteca del Congreso Nacional, BCN (2011). *Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública*. BCN. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1023143>
- Canadian Institute for Advanced Research (2002). *Estimated impact of the determinants of health-on-health status of the population*. Public Health Branch AB/NWT 2002.
- División de Organizaciones Sociales (2022). *Instructivo presidencial para el fortalecimiento de la participación ciudadana en la gestión pública*. Gobierno de Chile. <https://msgg.gob.cl/wp/wp-content/uploads/2022/09/Instructivo-de-Participacio%CC%81n-Ciudadana.pdf>
- Ministerio de Salud, Minsal (2019). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Minsal. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Ministerio de Salud, Minsal (2023). *Instrumento de evaluación de establecimientos autogestionados en red*. Minsal. https://www.saludohiggins.cl/wp-content/uploads/2023/01/02-Instrumento-Balanced-SoreCard-EAR-ano-2023_compressed.pdf
- Organización de Naciones Unidas, ONU (1986). *Declaración sobre el derecho al desarrollo*. ONU. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-right-development>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (6 al 12 septiembre de 1978). *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*, URSS. <https://www.paho.org/es/file/38405/download?token=lw6ETrq->

Organización Mundial de la Salud, OMS (17 al 21 de noviembre de 1986). *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública*. Ottawa. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/44469>

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (2019). *Plan Estratégico de Participación Social Periodo 2019-2021*. Documento de trabajo. SSMSO.

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) (2023). *Misión del servicio de salud*. SSMSO. <https://redsalud.ssmso.cl/mision/#::~:~:text=Somos%20una%20Red%20de%20Salud,con%20oportunidad%2C%20calidad%20y%20equidad>

LA ESTRATEGIA TELETRIAGE: DESAFÍOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN DESDE LA COMUNICACIÓN COMUNITARIA

Carla Cecilia Nauto Reyes¹

Introducción

Teletriage comenzó a gestarse en mayo de 2020, en plena pandemia por Covid-19, como parte de una búsqueda de soluciones para continuar con la atención a usuarios de los Centros de Atención de Salud Primaria (APS). Para lograrlo, se unieron los equipos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y de Plataforma360, quienes iniciaron el diseño de la estrategia. La iniciativa contó, desde su inicio, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)-Chile, y del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), del cual dependían los Centros de Salud Familiar (CESFAM) en los cuales se esperaba ejecutar los pilotos.

La red de atención primaria de San Joaquín, en tanto, está compuesta por Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), los cuales dan cobertura a todo el territorio comunal. Adicionalmente existen establecimientos que otorgan prestaciones de mayor complejidad y que contribuyen a mejorar la resolutiveidad en salud de la comuna de San Joaquín, Región Metropolitana, Chile.

Teletriage es una iniciativa de priorización remota de atención de salud, cuyos objetivos son evitar la presencialidad in-

1 Asistente social, Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Tecnológica Metropolitana, UTEM. Red de Salud Familiar San Joaquín. Santiago, Chile.

Correo electrónico: carla.nauto.reyes@gmail.com

necesaria de las y los usuarios del sistema y avanzar en procesos efectivos de gestión de la demanda en APS (Teletriage.cl, 2023). Funcionalmente, opera por medio del registro en la plataforma de los datos de pacientes y usuarios, lo que provee de la información necesaria para que los equipos de Teletriage de cada CESFAM puedan seleccionar una respuesta apropiada y eficiente a cada requerimiento, lo que favorece la toma de decisiones ágiles.

Para alcanzar estos objetivos, Plataforma360 organizó un equipo multidisciplinario de profesionales con experiencia en los ámbitos clínicos, de gestión y procesos, formación, metodología, informática, tecnología y comunicaciones, los que estuvieron a cargo del desarrollo de múltiples componentes del proyecto, así como de la creación del sistema de atención virtual y de la estrategia Teletriage en general. Para diciembre de 2022, el SSMS ya había incorporado a la estrategia los 35 centros de su red asistencial (Teletriage.cl, 2023).

Para su puesta en marcha se diseñó un programa comunicacional que contó con la participación de distintas municipalidades y con apoyo en materias como:

- Difusión interna para las y los funcionarios y en red comunal.
- Difusión externa, por medio de organizaciones comunales y programas radiales.
- Información e inducción en accesos de ingreso al CESFAM.
- Entrega de volantes y afiches distribuidos por medio de distintos canales de comunicación.
- Información traducida al creole para llegar a la población haitiana residente.

En la actualidad, la plataforma Teletriage se aloja en el Departamento de Salud Digital del Ministerio de Salud de Chile, Minsal, y opera a través de un software diseñado como bien público, con licencia Creative Commons de la OPS/OMS (proprietaria) para su uso internacional. De esta forma, Teletriage en Chile lleva el nombre de Telesalud (Teletriage.cl).

La estrategia Telesalud se encuentra implementada en 82 establecimientos de atención primaria a lo largo del país y se espera que, a finales de 2023, se incorpore a un centenar más (Teletriage.cl, 2023).

Como se señaló previamente, Teletriage es una estrategia y sistema remoto de gestión priorizada de demanda y atención primaria en salud, cuya selección considera criterios de riesgo y disponibilidad de agenda. La fase de diseño comprendió dos procesos:

- Formación en habilidades para la toma de decisiones.
- Diseño del flujograma que sería la base para generar el software de uso libre Teletriage.

El software fue codiseñado con los equipos de salud del CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi de San Joaquín y el CESFAM Dr. Miguel Solar de Paine, ambos del SSMS (Teletriage.cl, 2023).

Este capítulo sintetiza la experiencia tras la implementación de la estrategia Teletriage en la comuna de San Joaquín, Región Metropolitana, para mostrar las dificultades y amenazas que debió enfrentar una población en particular, su comunidad de usuarios de atención primaria en salud, y los propios funcionarios y profesionales de uno de los CESFAM en los que operó la experiencia piloto.

Teletriage en San Joaquín

La comuna de San Joaquín se localiza inmediatamente al sur del centro histórico de la ciudad de Santiago, formando parte de las comunas del anillo intermedio del Gran Santiago. Limita por el norte con la comuna de Santiago (en calle Santa María); por el oriente, con las comunas de Ñuñoa, Macul y La Florida (en Avenida Vicuña Mackenna); por el sur, con la comuna de La Granja (en Avenida Lo Ovalle); y por el poniente, con la comuna de San Miguel (en Avenida Santa Rosa).

En la actualidad San Joaquín comprende un territorio plenamente urbano con una superficie de 10 km². En él predomina

el uso residencial que coexiste con la industria y el comercio de menor escala. La función residencial es la que tiene mayoritariamente el suelo del territorio comunal y se conforma por 30.097 viviendas particulares (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2018).

Al analizar la población sobre la base de los instrumentos de medición de la pobreza multidimensional que incorpora un conjunto de variables, además de los ingresos económicos, se puede observar que San Joaquín pertenece al conjunto de comunas que presenta altos índices de pobreza. Sin embargo, en la estimación efectuada a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) en su versión 2017, se observa que la comuna registra una disminución significativa de la población en condiciones de pobreza respecto del año 2015, pasando de 25,4% a 19,7% en dicho periodo.

Por su parte, el territorio de la comuna de San Joaquín alberga aproximadamente 94 mil habitantes, con un alto nivel de dependencia del sistema público de salud y grados variables de vulnerabilidad social y económica (INE, 2018), mientras que la proyección para 2023 es que esta cifra llegue a 103.871 habitantes.

De acuerdo con los datos del último Censo oficial (de 2017), las personas mayores concentran el 16,7% de la población comunal, lo cual equivale a 17.309 personas, con 41,6% hombres y 58,3% mujeres. En cuanto a las edades, 18.854 personas se encuentran entre los 60 y 80 años (18,23% y 4,18%, respectivamente), siendo estos últimos considerados como pertenecientes a la cuarta edad.

Desde 2016 la comuna ha presentado un aumento de la población inscrita validada por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), acumulando una variación de 2,05% en el período comprendido entre 2016 y 2023. La comuna mantiene una concentración mayor de población usuaria del sistema de salud público y se concentra principalmente en los tramos A, B y sin reporte, alcanzando un 64% (Dirección de Salud San Joaquín, 2023).

Ahora bien, la estrategia Teletriage comenzó como plan piloto en la comuna de San Joaquín, específicamente en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, ubicado en la población La Legua. Esta dependencia atiende a las comunidades de las poblaciones Legua Nueva, Legua Vieja y Legua Emergencia, y cuenta con una población inscrita de 32.114 usuarios en la actualidad.

Debido a su calidad de plan piloto, se incluyeron en el diseño e implementación de la estrategia ámbitos clínicos, de informática, tecnología y comunicaciones, lo cual permitió desarrollar un trabajo integral que cubría todas las áreas, desde su génesis hasta su puesta en marcha, realidad que no vivieron los otros dos CESFAM de la comuna. Probablemente el éxito de esta estrategia radica, precisamente, en la focalización en una sola población: La Legua. En efecto, aunque los otros dos centros de salud (CESFAM San Joaquín y CESFAM Santa Teresa de los Andes) de la comuna de San Joaquín se unieron a la estrategia con posterioridad, y tomaron en consideración la experiencia inicial del CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, no contaron con el acompañamiento del equipo profesional externo que asistió todo el proceso piloto desde su gestación en 2020.

Cabe mencionar que durante el proceso de diseño, se analizó la realidad local de la comunidad, sus limitaciones en cuanto al acceso a las tecnologías y, por supuesto, la resistencia al cambio de los individuos.

Al respecto, Böhrst (citado en López et al., 2013), señala que se deben prever las consecuencias de las reacciones ante el cambio, aun cuando parezcan inicialmente irracionales, para saber cómo evitarlas o reducirlas, ya que quienes trabajan promoviendo los procesos de cambio han aprendido que, siempre que se alteran las condiciones de trabajo, los procedimientos, el entorno físico, o las costumbres laborales, las personas se comportan con suspicacia, lo que significa que muestran un comportamiento resistente. Además, se ha pensado tradicionalmente que el cambio debería ser un evento que sucede de manera uniforme y mediante eventos dis-

cretos. Sin embargo, la experiencia muestra que el proceso de cambio presenta una serie de peculiaridades que deben ser tomadas en cuenta para identificar, anticipar y encarar a tiempo sus efectos sobre las personas (Dauphinais y cols., citado en López et al., 2013).

En este caso, claramente un proceso de cambio tan importante en el acceso a la salud en su forma más concreta –la solicitud de atenciones clínicas– no traería una reacción positiva inmediata, por lo que era necesario prever las reacciones de la comunidad para atenuar las consecuencias y determinar cuáles serían las estrategias por utilizar para llegar de manera efectiva y eficiente a la población.

A modo de antecedente, antes de estrategia Teletriage, en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi se reservaba un día al mes, por sector, para la solicitud de las atenciones de salud, lo cual implicaba una alta concentración de personas de todas las edades que se agrupaban en una larga fila, con especial prevalencia de usuarios policonsultantes². A pesar del caos que esto suponía –la venta ilegal de números de atención, la dificultad para asistir de las personas que trabajan y el desgaste físico para las personas mayores, entre otros muchos inconvenientes–, esta modalidad parecía acomodarse a las necesidades de la gente, por lo que tomaron con disgusto la llegada del primer cambio en el modo de solicitud de horas: la reserva telefónica. Esta modalidad buscaba que las y los usuarios pudieran reservar sus atenciones clínicas a través de un número telefónico respondido por una operadora, quien reservaba la hora según los cupos disponibles informados durante la mañana.

Gracias a una amplia difusión comunicacional finalmente se logró posicionar la línea telefónica de solicitud de horas de atención clínica entre la comunidad, pese a que a partir de

2 Usuario que solicita atención y acude al centro de salud en reiteradas ocasiones por el mismo motivo de consulta.

ella no se logró generar una verdadera gestión de la demanda, sino que solo se respondía a la necesidad inmediata. Estos resultados, sin embargo, no representaron un motivo para su interrupción.

A partir de la llegada de la pandemia por Covid-19 el escenario para la solicitud de atención de salud de las personas cambió radicalmente, pues debió restringirse la atención al público, así como la entrada misma al CESFAM, a lo que se sumó posteriormente el uso de mascarillas obligatorias en los recintos de salud. En este contexto, las personas dejaron de solicitar atenciones de manera preventiva o de agendar controles de salud presencialmente, porque tenían miedo al contagio y la atención telefónica dejó de ser suficiente para atender el caudal de solicitudes.

A raíz de ello, se inició la gestión de la demanda en el acceso del centro de salud, teniendo que priorizar así según criterio de urgencias, requerimiento del día y oferta existente. A su vez, se generaba una atención personalizada por distintos profesionales hacia la población, con el fin de indagar sobre el motivo de consulta, explicar síntomas, servicios de urgencias y asesorías según necesidad, lo cual comenzó a dar las primeras luces del camino que se debía seguir. El escenario de emergencia sirvió así no solo para responder a la urgencia inmediata de entregar una hora de atención de salud, sino también para conocer más acerca del motivo de cada consulta, cómo se vinculaban los funcionarios del centro de salud a través de una revisión más completa de la ficha de atención clínica y las prestaciones correspondientes al ciclo vital de las y los usuarios consultantes, todo ello permitió trabajar desde un enfoque integral, multidisciplinario y centrado en la persona.

Por otra parte, la irrupción de los cambios demográficos y epidemiológicos exigen a los sistemas de salud respuestas a las demandas por atención sanitaria. Al respecto, la incorporación de nuevas tecnologías en los procesos de atención es una estrategia válida de la cual nuestro país no es ajeno

(Minsal, 2018), tal como ocurrió debido a la pandemia por el Covid-19.

En el caso de la comuna de San Joaquín, como se señaló previamente, ya se había iniciado cierta innovación gracias a la incorporación de la línea telefónica para la reserva de horas, sin embargo lo difícil de la situación hizo perentorio dar un salto hacia otras tecnologías que fueran más pertinentes y acordes al exigente contexto de entonces. Este deseo se tradujo en la necesidad de una plataforma que permitiera tener un panorama amplio respecto de:

- la solicitud de horas de la población,
- los motivos de consulta,
- los estamentos más demandados,
- los tiempos de espera,
- los y las usuarios policonsultantes,
- la diferenciación entre atenciones (morbilidad, controles crónicos, atenciones preventivas, campañas de exámenes como PAP, mamografías, entre otros).

De esta forma, con el paso del tiempo y desde su implementación la plataforma de Teletriage se ha ido robusteciendo con las experiencias vividas, tomando en consideración la opinión de la comunidad y superando las dificultades propias de la implementación de cambios por medio de sistemas informáticos, que es posible observar y vivenciar en el día a día.

El uso de TIC

El desafío de diseñar proyectos tecnológicos que resulten exitosos, junto con la necesidad de transformar la atención de salud y hacerla más eficiente gracias a nuevas herramientas de análisis de información, hacen de este tema una arista crucial de la digitalización en la salud (Pontificia Universidad Católica de Chile [PUC], 2021).

En el caso particular de la comuna de San Joaquín, las TIC se fueron incorporando y adaptando a las distintas áreas de la salud de manera paulatina; sin embargo, la pandemia por el SARS-CoV-2 vino a acelerar ese proceso y a hacerlo cada vez más necesario para seguir brindando una buena atención a los pacientes.

Es así como, si bien el equipo de Promoción y Participación de la Salud del CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi asumió tempranamente el desafío que suponía el uso de TIC, el avance fue lento y acorde con las oportunidades que brindaba el desarrollo informático propio de la comuna. El arribo de la pandemia por Covid-19 vino a marcar un nuevo ritmo, uno que obligó a todos a avanzar a pasos agigantados hacia la incorporación de TIC en el quehacer profesional diario. En el caso del personal dedicado a la atención en salud existía, además, la presión moral de pensar en mecanismos tecnológicos que acompañaran a las personas en su vida cotidiana, ya que de lo contrario la brecha de desigualdad simplemente aumentaría aún más respecto de los sectores más favorecidos económicamente y con mayores y mejores accesos a la tecnología.

En este sentido, gracias a otras actividades comunitarias y antes de la pandemia ya se había realizado un levantamiento entre la comunidad acerca del uso y acceso de aparatos tecnológicos en la población La Legua. La investigación reveló, por ejemplo, que no todas las personas tenían acceso a Internet, a un teléfono inteligente, planes de datos móvil o Wifi. También se consignó en esa oportunidad la existencia de robos de cables, lo que acarrearía la constante pérdida de conectividad y, lógicamente, también afectaba el funcionamiento regular del CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi y de la población usuaria.

Esta realidad previamente identificada se transformó luego en barreras a la hora de pensar en el tránsito hacia una nueva plataforma tecnológica de atención, sobre todo por el rechazo de la población a la idea de un nuevo cambio en su forma de solicitud de horas.

Para estos usuarios, la incorporación de una plataforma significaba transitar por un camino conocido que había partido desde hacer una fila por sector un día determinado, luego llamar por teléfono y ser atendidos por una grabadora, para ahora tener que generar una solicitud a través de una plataforma albergada en Internet a la cual se debía acceder por medio de un computador o de un teléfono inteligente. Como era lógico, en un inicio esta trayectoria sonó totalmente abrumadora y poco amigable para esta población, pero existía la convicción de que las brechas de acceso a la salud podían abordarse de mejor forma gracias a la incorporación de TIC.

Al respecto, Cepal (2010) consigna que existen ocho dimensiones de contribución de las TIC en salud: acceso, eficacia, eficiencia, calidad, seguridad, generación de conocimiento, impacto en la economía e integración. Cada una de ellas se vincula con los distintos ámbitos de aplicación de las tecnologías, esto es, prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo, educación sanitaria, gestión de los servicios y comercio electrónico en el sector salud. Por último, estos positivos resultados se extienden tanto a los pacientes y ciudadanos en general, como a los propios profesionales de salud.

Se confirmaba así que, para ser exitosos en la incorporación de la plataforma al quehacer profesional cotidiano del CESFAM, solo era necesario hacer entender a la comunidad y a sus funcionarios de la salud que los cambios que se deseaba implementar, a la larga, serían beneficiosos para ellos, sus familias y su salud. Para lograr este objetivo sería preciso combatir la resistencia al cambio, elaborar un buen plan de difusión y, por supuesto, no planificar estrategias de manera aislada, sino desde y para la comunidad, pues ninguna estrategia comunitaria funciona sin esta alianza.

El rol de la comunidad

En el caso particular de la implementación de la estrategia Teletriage en el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi, el éxito o fracaso de la nueva metodología estuvo en estrecha relación

con el poder de la comunicación efectiva y el trabajo colectivo.

Al respecto, La Legua se ha caracterizado por ser una población de profundo trabajo comunitario, pues cuenta con un gran número de organizaciones sociales, actividades comunitarias levantadas por la propia colectividad y nuevos grupos y organizaciones con recambio generacional, lo cual no siempre se puede apreciar en otras poblaciones y territorios del país.

Por esta razón, dentro del proceso de diseño de la estrategia, se pensó que la difusión de la innovación debía ocurrir a nivel interno, esto es, en primera instancia con las y los funcionarios del CESFAM, pues el equipo debía estar convencido de las ventajas que traería la incorporación de un nuevo modelo de atención, para así lograr sacarle el mayor provecho a la plataforma y poder traspasar luego ese interés a la población.

Cabe destacar que para el equipo externo a cargo del diseño y posterior implementación de la plataforma, era muy relevante abordar la difusión y las comunicaciones con y para la comunidad, por lo que se inició un trabajo conjunto con la encargada de Promoción y Participación del CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi para identificar los canales de difusión externa que considerara, por ejemplo, espacios de organizaciones comunales dentro y fuera de la población, programas radiales de la comuna, material audiovisual y encuentros por Zoom³, entre otros, con lo cual se pretendía informar a la comunidad acerca de los cambios que se aproximaban, resolver tempranamente las dudas y atenuar los miedos que pudieran surgir al respecto.

A su vez, se incorporó como estrategia de difusión de la nueva modalidad de toma de horas la entrega de información e in-

3 Debido a la pandemia, las personas no podían reunirse presencialmente, por lo que el uso de tecnologías se hacía indispensable para el buen desarrollo de la estrategia y sus procesos asociados.

ducción en las puertas del CESFAM, debido a la necesidad de restringir la libre circulación de los usuarios para disminuir las posibilidades de contagio por Covid-19. De este modo, la primera recepción y atención de las y los usuarios comenzó a realizarse en el acceso al CESFAM, oportunidad en la que se hacía mención del nuevo procedimiento que se utilizaría próximamente para la toma de horas. Con ello se pretendía mostrar a las personas que ya no deberían levantarse temprano, aglomerarse en el CESFAM, hacer filas o esperar por un largo tiempo su turno de atención.

De igual modo, se hizo entrega de volantes informativos a todas aquellas personas que visitaban el centro de atención. Los volantes contaban, además, con un código QR que dirigía a la página web y donde las y los usuarios podían encontrar los pasos a seguir para la obtención de la hora de atención.

Complementariamente, se dispuso de afiches que se distribuyeron por medio de canales de comunicación virtual, redes sociales y grupos de difusión de WhatsApp. En esta última modalidad, el apoyo de la comunidad era indispensable, pues solo a través de las y los pobladores era posible llegar a la población destinataria del CESFAM y lograr abarcar no solo a la población cautiva y/u organizada, sino también a las y los vecinos que no estaban convencidos de este cambio, o bien, no deseaban incorporar algo nuevo a una realidad que ya se encontraba convulsionada por la pandemia.

Finalmente, y no por ello menos importante, se visualizó la necesidad de contar con información traducida al creole, para llegar a la población haitiana residente en la comuna. Al respecto se debe puntualizar que la comuna de San Joaquín no cuenta con un número de migrantes haitianos tan amplio como lo es en las comunas de la zona norte de la Región Metropolitana, pero sí se evidenció un incremento de esta población desde 2016, lo que fue posible de observar en la inscripción en Fonasa, y en el propio CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi.

Según la base de datos de la comuna de San Joaquín, la población migrante identificada concentra a un 9,3% de la población total. De estos, la mayor parte de los migrantes son de origen venezolano con un 37%, seguidos por peruanos con un 27%. La población haitiana alcanza un 11% y es la que sin duda tiene mayores problemas de acceso debido a la barrera idiomática. Por ello se hizo imprescindible contar con material traducido al creole para llegar también a esta población migrante y, de esta forma, no aumentar la brecha existente en el acceso a la salud.

Complementariamente, en 2019 se implementó en la comuna de San Joaquín el programa de acompañamiento de la población migrante del Minsal, cuyo objetivo es incorporar facilitadoras interculturales para los CESFAM, con las cuales mejorar los procesos de difusión de la estrategia de Teletriage y luego la de Telesalud en la población migrante internacional. Así, por medio de grupos de WhatsApp, fue posible responder consultas, realizar llamadas telefónicas, resolver dudas en las puertas del establecimiento y promover el boca a boca al interior de estas poblaciones.

Se aprecia así que la difusión tomó un espacio de gran importancia en el diseño de la estrategia de Teletriage y luego de Telesalud, donde evidentemente el rol de la comunidad era crucial, pues las ideas por sí solas no sirven si no consiguen concretarse en la realidad de la comunidad y logran ser validadas por la población.

Como queda en evidencia, dada su relevancia para llegar a todos los grupos etarios no es posible considerar solo una forma o un único canal de difusión, sino que es preciso contar con una amplia gama de posibilidades y espacios donde participar. Con ese espíritu también es posible relevar la importancia de contemplar horarios diferidos para el desarrollo de estas estrategias (para la población trabajadora que regresa tarde a sus hogares; las personas mayores que respetan sus tiempos para cocinar, dormir y que presentan mayor dificultad con el uso de tecnologías; estudiantes y sus horarios de clases, entre otros), manteniendo un flujo continuo de difu-

sión y acompañamiento para educar y no incrementar la resistencia al cambio.

Trabajo intersectorial

El trabajo intersectorial toma un papel fundamental a la hora de planificar el éxito de una estrategia, así como también el ámbito de las comunicaciones mirado no desde una perspectiva simplista y con las herramientas con las que se cuenta como funcionarios de la salud, sino apuntando a profesionalizar las comunicaciones, ya sea en una labor directa y mano a mano con el área de las comunicaciones externas, o bien, en su incorporación de manera más continua.

En el plan piloto de Teletriage y posteriormente en la estrategia de Telesalud, se inició un trabajo intersectorial junto con la Dirección de Desarrollo Comunitario, Dideco, cuyos integrantes ayudaron en la difusión y convocatoria para los encuentros con la comunidad a través de contactos telefónicos y mensajes de difusión en WhatsApp. La contribución de esta Dirección radicó en resolver dudas y difundir el material informativo disponible para atenuar los mitos, miedos y rechazos asociados a la incorporación de estas estrategias.

Respecto del área de las comunicaciones, el equipo externo creador de contenido compartió toda su información con el equipo de comunicaciones de la Corporación de Desarrollo Social de la comuna de San Joaquín y, en conjunto, elaboraron nuevo material para ser difundido y entregado a la comunidad.

Complementariamente, la existencia de radios locales en la comuna y la presencia de un programa de salud en una de ellas permitió la difusión de la estrategia por dicho medio, llegando así a la población radioescucha de la comuna de San Joaquín.

Por último, en cuanto a los otros CESFAM de la comuna, las estrategias de difusión antes descritas fueron traspasadas e informadas para ser replicadas en los respectivos contextos.

Sin embargo, al no contar con un equipo externo profesional en el ámbito de las comunicaciones, su implementación se vio más dificultada y con mayores resistencias por parte de la comunidad. Esto demuestra que el trabajo intersectorial, el apoyo con otras Direcciones y Departamentos municipales y el uso de espacios de comunicación resulta primordial a la hora de entregar la información a la población y generar una positiva aceptación del cambio.

Participación y levantamiento de activos

La participación social se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades, así como para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la gestión de salud. Desde esta perspectiva, la posibilidad de participación social es en sí un determinante social de la salud.

El Ministerio de Salud, en tanto, señala que la participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios, a uno consultivo que “recoge” y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para ofrecer espacios deliberativos e incidir en la toma de decisiones en materias que afectan directamente a las personas y comunidades (Minsal, 2018).

Desde esta perspectiva, y como se ha señalado a lo largo del capítulo, tanto en el diseño como en la implementación de la estrategia Teletriage y posteriormente Telesalud, la incorporación de la opinión de las y los usuarios en la gestión del modelo fue primordial y claramente la comunicación comunitaria fue la forma en la que se logró entregar la información y recoger la opinión de la población.

Sin embargo, transitar hacia la toma de decisiones es un desafío diario de la atención primaria de salud. En este caso en particular, la pandemia impidió generar un modelo participativo que permitiera un mayor involucramiento de las y los

usuarios en torno al diseño e implementación de Teletriage, aunque luego en el modelo de Telesalud se ha trabajado con un enfoque más participativo desde un ámbito que permite recoger la opinión e identificar colaborativamente con funcionarios de la salud y la comunidad, los *activos comunitarios en salud*, proceso al cual se ha denominado *levantamiento de activos*.

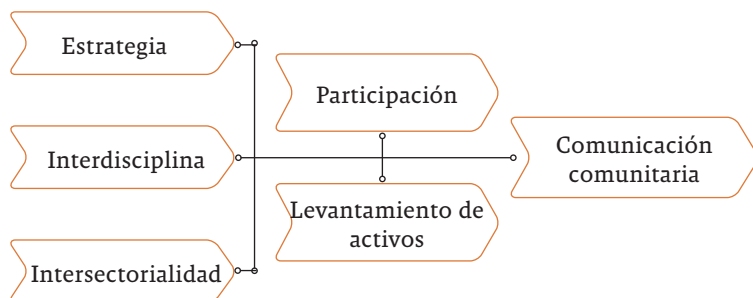
Así, un activo para la salud corresponde a cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de individuos, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud (Morgan y Ziglio, 2007 en García et al., 2018). Se trata, pues, de los recursos reconocidos por la comunidad como riquezas para mantener y mejorar su bienestar.

Estos recursos presentes en las comunidades pueden actuar a nivel individual, familiar y/o comunitario y tienen como denominador común la capacidad de fortalecer la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud (García et al., 2018).

Este proceso, sin embargo, no inició sino hasta 2022, gracias a la realización de encuentros continuos con y para la comunidad, por lo que ha venido a enriquecer la estrategia de Telesalud, aunque sin olvidar la experiencia comunitaria, el diseño previo y el trabajo realizado con la comunidad durante la pandemia que significó la implementación de Teletriage, con las características propias de un modelo de difusión que respondió al momento vivido y que debió adaptarse a la realidad local del período.

Finalmente Teletriage y luego Telesalud son estrategias que trabajan de manera interdisciplinaria e intersectorialmente, desde un enfoque de participación social y con un modelo de salud comunitaria basada en activos, el que debe contemplar como principio y fin la comunicación comunitaria.

Figura 1
Telesalud, una estrategia de participación que apunta a la comunicación comunitaria



Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

En Chile, la estrategia Teletriage lleva el nombre de Telesalud. Como se planteó al inicio, el objetivo de esta estrategia es convertirse en el modelo a utilizar en todo el país, por ello es tan importante sistematizar las primeras experiencias, recogiendo tanto los aspectos positivos como las dificultades que se presentaron en el andar, pues de esta forma es posible generar un camino de oportunidades, con aciertos y desafíos, donde sin duda se releve la importancia de la construcción junto con la comunidad, actuando en terreno y entendiendo que los modelos no son estáticos, sino que deben ser modificables y mejorables en el tiempo. Por otra parte se debe entender que

El cambio es un proceso a través del cual se pasa de un estado a otro, generándose modificaciones o alteraciones de carácter cuantitativo y/o cualitativo de la realidad (...) es un fenómeno social que ocurre en diversos contextos, con diferentes magnitudes, y con variados tipos y manifestaciones. Este ha sido y es inherente a la sociedad y al hombre desde el mismo inicio de su existencia y aunque su ocurrencia es diaria, las personas no pueden asumir sus repercusiones tan rápido como

para no sufrir trastornos por ello (León, 2002 citado en López et al., 2013).

Desde esta perspectiva, cualquier cambio que se desee realizar en las prácticas de las y los usuarios del sistema de salud nacional debiera contar con un levantamiento diagnóstico para conocer la realidad de la comunidad, asumiendo que los cambios no son fáciles y que no siempre serán bien recibidos, por lo que también debiera promoverse la empatía entre todos los involucrados en la transformación. Para garantizar el éxito, los procesos de cambio deberán ser consensuados y satisfacer las necesidades de las personas, no solo el interés propio de quien propicia las innovaciones.

En este caso particular del ámbito de la salud, resulta importante mencionar que todos los procesos de cambio debieran realizarse desde un enfoque que considere la participación social, la cual debe ser transversal a los programas de salud y aportar al desarrollo del enfoque preventivo, promocional y comunitario, centrado en las personas e integral, con un equipo con horas resguardadas para esta tarea, multidisciplinario y con trabajo en terreno, que actúe a partir de un modelo innovador, versátil y rescatando todos los espacios donde exista participación social.

En respuesta a esta necesidad de participación social se establecieron objetivos claros para las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias, OIRS, entendidas como un mecanismo legítimo cuya finalidad es:

Facilitar el acceso e interacción de los usuarios/as con la institución de salud, garantizando su derecho a informarse, consultar, sugerir, reclamar o felicitar en el marco de la normativa vigente. Pero además, mantener informados a directivos y comunidad acerca de los aspectos relevantes presentados en las solicitudes ciudadanas, a modo de insumo para los planes de mejora continua (Minsal, 2018).

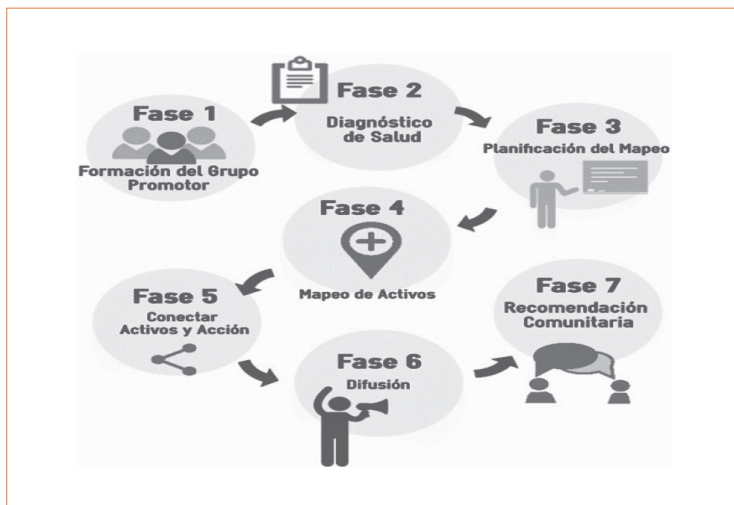
Por su parte, la participación ciudadana en la gestión pública de salud se entiende como

la aplicación específica de los derechos a la publicidad de la información pública; la igualdad para participar en la vida nacional; la libertad de opinión y el derecho de petición (Minsal, 2018).

Entonces, es a partir de mecanismos de participación como las OIRS que se puede tomar el pulso diario de la comunidad. Los requerimientos ciudadanos vienen a entregar información y a mostrar el parecer de la comunidad, alertando acerca de los servicios más reclamados, las horas más demandadas, los tiempos de espera más extensos y sugerencias de las y los propios usuarios respecto de posibles cambios por realizar al sistema de Telesalud, es decir, responden a un canal de comunicación comunitaria que, sin la envoltura institucional, formal, legal y burocrática, es una relación directa con las y los usuarios de salud, el pulso ciudadano, el mapa de calor: es en definitiva, una comunicación efectiva con las personas.

Por su parte, el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) y, consecuentemente, el CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi cuya experiencia se ha detallado en este capítulo, ha recurrido al modelo de salud comunitaria basada en activos desarrollando, desde 2022 sus distintas fases en conjunto con la comunidad, como lo muestra la siguiente figura.

Figura 2
Salud comunitaria basada en activos



Fuente: García et al. (2018).

En definitiva, este proyecto que apunta a mejorar el estado de salud y el bienestar de la comunidad, debe ser uno que le haga sentido a la colectividad en la que se implementa. El desarrollo de las fases responde a un proceso más que a una fecha determinada, pues lo importante es que las personas se involucren en esta nueva forma de trabajar y se sientan parte de estos activos en salud.

En el caso particular del CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi y durante el desarrollo del mapeo de activos (fase 4), fue posible identificar dentro de los activos comunitarios en salud a los negocios y almacenes del barrio. Pese al poco tiempo para participar en horarios laborales, se hicieron visitas en terreno para conversar con los dueños y trabajadores. El recibimiento en su mayoría fue muy grato, sirvió para conocerse, resolver dudas acerca de la estrategia de Telesalud y entregar material informativo, lo que permitió aprovechar los espacios de conversación que ocurren mientras la comunidad acude a estos locales, transformándolos entonces en un buen canal de comunicación comunitaria.

Entre las tareas asociadas a la comunicación comunitaria que aún restan por mejorar se puede mencionar el trabajo con la comunidad, el cual debe seguir robusteciéndose por medio de la generación de espacios apropiados para ello. En el caso de los equipos, estos deben continuar preparándose, al tiempo que se resguardan las horas de dedicación, para seguir avanzando en modelos como el de salud comunitaria basada en activos, que permite identificar los activos de cada la comunidad y aprovecharlos colaborativamente.

En relación con los canales de comunicación efectivos, estos debieran aún optimizarse para alcanzar a todos los grupos etarios, para lo cual se requiere de una constante observación y también de respuestas innovadoras. En efecto, hasta hace poco, Facebook resultaba ser un canal informativo importante para la población en general; sin embargo con el paso del tiempo otras aplicaciones fueron transformándose en el interés y principal medio informativo entre distintas agrupaciones etarias, para las cuales es necesario estar preparados como equipo de salud de atención primaria. Cabe preguntarse también qué pasará en este cambiante escenario tecnológico con las personas mayores que tienen poco –o tal vez ningún acceso– a los canales digitales de información que se consideran en el diseño de las estrategias comunicacionales.

En el caso particular de Teletriage, esta estrategia piloto continuará avanzando hacia la estrategia de Telesalud a nivel nacional, para lo cual se espera que la sistematización de experiencias como la descrita aquí pueden ser de utilidad.

Finalmente, existe la certeza de que la estrategia Telesalud es una invitación a trascender la demanda inmediata y pensar más bien en la gestión de la demanda desde una atención integral y vinculante, con un enfoque de oportunidad para, como funcionarios y funcionarias de salud, conocer qué hace el otro, pues para vincular a las y los usuarios con el sistema de salud se deben conocer todas las prestaciones disponibles para la comunidad, para hacer que la visita a cada CESFAM sea

provechosa, sirva para disipar dudas e, idealmente, las personas sientan que su motivo de consulta ha sido resuelto.

En este contexto, la comunicación comunitaria se convierte no solo un canal con la comunidad y una forma de “salir del box” para hacer algo distinto, sino que responde a un proceso integrado con su entorno y contexto, que permite la interrelación con las y los vecinos y sus realidades, generando un sentido de pertenencia y potenciando los espacios de encuentros a partir de la necesidad de acceso a la salud.

Referencias

- Cepal (2010). TIC y salud: promesas y desafíos para la inclusión social. *Celac Newsletter*, (12), 1-12. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c35ca828-df72-4304-b19a-61698ed13b6f/content>
- Dirección de Salud San Joaquín (2023). *Plan de salud 2022-2024*. San Joaquín saludable. <https://ww2.sanjoaquinssaludable.cl/wp-content/uploads/2023/01/Plan-de-Salud-2022-2024-Actualizado-2023-comp.pdf>
- García, M. H., Cardo Miota, A., Barranco Tirado, J., Belda Grindley, C., Páez Muñoz, E., Rodríguez Gómez, S., y Lafuente Robles, N. (2018). *Guía breve salud comunitaria basada en activos*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2018). *Síntesis de resultados. Censo 2017*. INE. <http://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
- López, M., Restrepo, L., y López, G. (2013). Resistencia al cambio en organizaciones modernas. *Scientia et Technica*, 18(1), 149-157. <https://www.redalyc.org/pdf/849/84927487022.pdf>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Subsecretaría de redes asistenciales, División de Atención Primaria (2018). *Participación ciudadana en atención primaria. Un aporte al desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria*. Minsal. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PARTICIPACI%C3%93N%20CIUDADANA%20APS.pdf>

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2018). *Programa Nacional de Telesalud. En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales*. Minsal. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf>

Pontificia Universidad Católica de Chile (18 de junio de 2021). *La pandemia impulsa el desarrollo e importancia de las tecnologías de la información en el mercado de la salud*. PUC. <https://facultadmedicina.uc.cl/noticias/pandemia-impulsa-desarrollo-de-tecnologias-de-la-informacion-en-salud/>

Teletriage.cl (4 de junio de 2023). *De Teletriage a Telesalud*. <https://teletriage.cl/2023/06/04/de-teletriage-a-telesalud/>

COMUNICACIÓN EN SALUD

Oswaldo Artaza Barrios¹

Introducción

No hay nada más propio en lo humano que nuestra capacidad de comunicarnos por medio del lenguaje para coordinar acciones y transformar nuestra realidad. De hecho, las personas se modifican a sí mismas y a sus entornos colocando en común (*communis*) requerimientos de colaboración. Los asuntos que necesitamos resolver con otros exigen de una secuencia de peticiones y ofertas que desencadenan acciones.

Como vemos, la comunicación humana es un fenómeno altamente complejo que involucra una interacción dinámica de múltiples elementos y factores. Distintas aproximaciones como la teoría de la complejidad y la ontología del lenguaje proporcionan interesantes lentes para comprender y analizar la comunicación humana desde una perspectiva más amplia y profunda (Echeverría, 2017; Stacey, 1996).

Así, entre más partes deban coordinar acciones, mayores serán los vínculos de interdependencia y la complejidad en su comunicación y más intensos serán también los conflictos, lo que obliga a crecientes gastos de administración de las conversaciones para la negociación y el aprendizaje, haciendo de la comunicación el adhesivo esencial para la sostenibilidad y la evolución humana.

1 Médico Pediatra y Magíster en Administración en Salud por la Universidad de Chile. Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas. Santiago, Chile. Correo electrónico: oartaza@udla.cl

El ser humano es social por esencia y evoluciona por aprendizaje, lo que posibilita cambiar prácticas, conductas, patrones culturales e incluso modificar las formas de entender la realidad. El aprendizaje surge de una inquietud, una necesidad no resuelta. De allí, desde la inconformidad, el ser humano imagina (*imaginari*), ve y siente algo que no existe. Aquello que no existe es puesto en el cuerpo como una idea (ver la forma de lo que no existe “ιδεῖν ιδέα”) y su materialización depende de la comunicación y de que lo visto (imaginado) por una persona –o una autoridad, en el caso de una política o una propuesta sanitaria–, sea apropiado y haga sentido a otros, para ser puesto en el cuerpo de muchos. La idea apropiada y encarnada es la que lleva a la acción y al cambio. Creer en que algo imaginado puede ser materializado es esperanzador y la esperanza es el camino de lo humano (Ricoeur, 1979). Somos comunidades humanas de aprendizaje porque comunicamos ideas y tenemos esperanzas en ellas.

Por su parte, la comunicación humana es altamente adaptable. Las personas ajustan sus mensajes y respuestas en función de los contextos, las interpretaciones y juicios de la realidad, de las señales y la retroalimentación que reciben, lo que da lugar a un proceso de adaptación constante. Los significados y comprensiones son, pues, el resultado de las interacciones y construcciones sociales que están moduladas por la historia de cada persona, sus juicios y por el clima de confianza existente. De igual modo, la comunicación humana es no lineal, lo que implica que no siempre existe una relación causa-efecto clara entre los elementos. Por ejemplo, pequeños cambios en el mensaje, en el tono, en la corporalidad o en el contexto emocional de los interlocutores pueden tener efectos significativos en la comprensión y la respuesta del otro.

En el mundo moderno, las comunicaciones humanas están terciadas por medios de comunicación masivos que reflejan la manera de interpretar la realidad e intereses de sus dueños y editores, así como por las redes sociales que son un ejemplo

de sistemas de comunicación altamente complejos. Las interacciones en plataformas como Instagram o X (Twitter) tampoco son lineales, es decir, se autoorganizan a medida que los usuarios generan contenido y se adaptan a las tendencias y conversaciones en curso (Castells, 2000). La enorme explosión de fuentes de información posibles, internet y redes sociales, generan nuevos fenómenos que intervienen poderosamente en la comunicación humana, al producir mayores variables para la construcción de juicios e interpretaciones no contrastadas de la realidad. Ejemplo de ello fue la aparición de noticias falsas (*fake news*) que se constituyeron en un problema relevante al momento de comunicar el riesgo durante la reciente pandemia por Covid-19 (Barcelos, 2021).

Así mismo, comprender la petición o la oferta del otro en la comunicación humana, requiere de confianza para la escucha y de empatía (conectarse con el sentir y la emoción del otro) y de alteridad (enlazar con los juicios e interpretaciones de la realidad del otro). Estas capacidades son adquiridas y desarrolladas a través del aprendizaje y son determinantes para la calidad de las conversaciones y, por tanto, para lograr efectivas coordinaciones de acciones que persiguen objetivos compartidos. En las comunicaciones masivas sigue siendo central la confianza, pues en ello se juegan la credibilidad de la fuente, la accesibilidad, oportunidad, pertinencia y sencillez de los mensajes y su capacidad de hacer sentido a diversas personas y comunidades.

En este capítulo revisaremos someramente los distintos niveles de la comunicación en salud, ya sea desde la autoridad sanitaria para la promoción de la salud, o bien, para la comunicación de riesgo, las comunicaciones en los establecimientos de salud, y de estos para con las personas usuarias y sus comunidades.

Aspectos conceptuales

La comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisio-

nes individuales y comunitarias que mejoren la salud. Para mejorar su efectividad, esta no debe ser vista como “propaganda” o solo manejarse como se mercadean productos o bienes de consumo. Por el contrario, la comunicación efectiva para la salud debe surgir del diálogo entre diversos actores ciudadanos y de la comprensión cabal de los contextos culturales, sociales y políticos.

La teoría clásica de la comunicación para la salud utiliza cuatro elementos clave: audiencia, mensaje, fuente y canal, a lo que se suma un fuerte componente de investigación y participación. Así pues, los programas efectivos de comunicación en salud identifican y le dan prioridad a la comprensión de la diversidad de audiencias y de fuentes y canales, pues en salud no solo comunica la autoridad sanitaria formal, sino que también lo hace el familiar, el vecino y los líderes de la propia comunidad. En este sentido, la comprensión de la diversidad es clave para planificar y diseñar una comunicación efectiva, ya que tal como el paradigma biomédico permea y modela las prácticas asistenciales, hay que considerar que también influye poderosamente en los contenidos y formas de comunicar en salud.

Según Mosquera (2002), así como la comunicación para la salud abarca conceptos provenientes de constructos teóricos, también incluye la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación de riesgos y el marketing social. La comunicación en salud, entonces, debe adoptar muchas formas que van desde la comunicación de masas y los multimedia, a las formas tradicionales y específicas de una cultura, tales como la narración de historias, el teatro y las canciones; aunque también puede adoptar la forma de mensajes de salud subyacentes, o ser incorporada dentro de los medios de comunicación existentes, tal como las series televisadas, de radio o podcast.

Así pues, para ser efectiva, la comunicación debe orientarse a reforzar las capacidades y los procesos locales que promueven cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de las personas y sus comunidades para incidir efectivamente en las determinantes de la salud y en los patrones de comportamiento culturalmente aceptados. De esta forma, la comunicación trasciende una utilidad instrumental, para pasar a constituirse en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, contribuyendo a consolidar la articulación entre los diferentes actores sociales en torno a la salud, para generar procesos de cambio que mejoren las condiciones de bienestar de la población.

Desde esta perspectiva, entonces, es clave debatir acerca de la importancia de generar y fortalecer los medios locales de comunicación, como las radios, estaciones de televisión y redes sociales comunitarios. En este contexto, las tecnologías de información y comunicación (TIC) podrían hoy colaborar para democratizar el dominio de los medios de masa y favorecer canales comunitarios que contribuyan poderosamente al cambio en salud.

Por otra parte, para comunicar en salud, hay que comprender cabalmente lo que determina las conductas de las personas, ya que estas actúan dependiendo de su historia, sus juicios y sus vinculaciones. Por ejemplo, es imposible pretender cambiar una conducta de riesgo sin comprender la psicología y la sociología humana. También hay que considerar que, puesto que el ser humano es un ser social, los cambios de conducta difícilmente se pueden entender como individuales, por tanto, toda comunicación en salud debe orientarse al cambio social y facilitar los procesos de transformación social donde el “diálogo de y con la comunidad” y la “acción colectiva” trabajan en conjunto para producir cambios sociales en una comunidad, para mejorar el estado de salud y bienestar de todos sus miembros.

Es así como parte de los muchos desafíos en torno al tema está lograr involucrar a los referentes o vocerías que son creíbles para muchas personas y comunidades, de modo que los líderes religiosos, políticos, sindicales y deportivos, entre otros, no pueden quedar al margen, ya que las personas tenderán a escuchar a quienes son parte de sus círculos de vinculación. Desde esta óptica, comunicar en salud también implica una movilización política para lograr el concurso aliado de todos los decisores y una movilización comunitaria para conseguir el compromiso de los líderes locales, la sociedad civil y las empresas.

Ahora bien, desde una lógica comunitaria, las personas y sus comunidades son responsables de su propia salud. En este caso, no solo hay que generar transformaciones para que el poder en salud resida allí —en términos de capacidades para impactar en los determinantes sociales de la salud y en las condiciones de acceso a servicios de calidad—, sino que también se potencien las capacidades para comunicar, de modo que sean las propias personas y sus comunidades quienes se hagan cargo de comunicar en salud.

Por último, la comunicación en salud es un campo de la interdisciplina y requiere de teorías acerca de la conducta y del cambio actitudinales; un conocimiento profundo de la diversidad, de las experiencias culturales y de las múltiples cosmovisiones, de las circunstancias culturales y estructurales de vida; una comprensión también de la oferta de servicios de salud disponibles, de los imaginarios de la salud de las poblaciones, de los múltiples intereses en juego y del poder de la perspectiva biomédica hegemónica.

Comunicación en políticas públicas

La comunicación desempeña un papel crucial en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas. Para comprender plenamente este proceso, es fundamental analizar las bases conceptuales, filosóficas y epistemológicas que subyacen en la comunicación en políticas públicas.

Este tipo de comunicación implica la transmisión de información, la construcción de significado y la interacción entre los responsables de la formulación de políticas, los ciudadanos y otros actores involucrados.

La comunicación en políticas públicas se basa en el enfoque de la comunicación estratégica, que implica la planificación cuidadosa de mensajes y tácticas para lograr objetivos políticos específicos que se conecten y hagan sentido con las necesidades de las personas y sus comunidades. Por ello, debido a que la confianza es esencial para la disposición de las personas a escuchar y a colocarse en acción, hay elementos éticos en la comunicación que desempeñan un papel fundamental en la comunicación en políticas públicas, al enfocarse en la honestidad, la transparencia y la responsabilidad en la comunicación gubernamental. Esto, porque la manipulación es rápidamente detectada, así como la falta de rigurosidad o derechamente la falsedad. Por tanto, debe haber veracidad para que las decisiones políticas estén respaldadas por evidencia sólida y fácilmente verificable (Nutley et al., 2007).

Ahora bien, la relación entre gobernanza y comunicación en políticas públicas de salud es fundamental para el éxito de los sistemas de salud. La gobernanza se refiere a las estructuras, procesos y decisiones que determinan cómo se gestionan y se toman las políticas públicas de modo que obtengan legitimidad social. La comunicación desempeña un papel crítico en este proceso, ya que esta es vital para que las políticas hagan sentido en las personas, la participación ciudadana, la toma de decisiones informadas y la rendición de cuentas en el ámbito de la salud.

Además, una buena gobernanza en salud debe fomentar la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones y en la implementación de políticas y programas, ya que de otro modo, la falta de acceso igualitario a la información de salud puede exacerbar las desigualdades existentes, por lo que la gobernanza debe abordar estos desafíos a través de estrategias de comunicación inclusivas. En este sentido, la comuni-

cación efectiva es fundamental para informar a la población acerca de cuestiones de salud, recopilar retroalimentación y promover una participación significativa para contribuir a la credibilidad y construir espacios de confianza que refuercen las políticas públicas, lo que es esencial para la promoción de la salud y la comunicación de riesgo.

De igual modo, por parte de la autoridad sanitaria es fundamental evaluar constantemente la comunicación y sus fallos, con el objeto de generar mejoras continuas (Montes de Oca y Rizk, 2014). Por ejemplo, muchos esfuerzos de comunicación referidos a riesgos en el consumo de alcohol y tabaco, conductas sexuales riesgosas o generación de conductas organizadas en la población en medio de desastres y pandemias (Casino, 2022) pueden diluirse o perder efectividad en el tiempo, por lo que la revisión constante de la comunicación conllevará necesariamente a aprendizajes y cambios.

Particularmente, las crisis de salud requieren de una comunicación confiable, eficiente, precisa y oportuna (World Health Organization [WHO], 2017). En estos casos, la gobernanza debe estar preparada para manejar la situación con una comunicación que genere confianza y proporcione información precisa. Aquí el uso de TIC ofrece grandes oportunidades de mejora, permitiendo la interacción en tiempo real. Así también la capacitación en comunicación es esencial para los profesionales de la salud y los responsables de la gobernanza, de modo que la inversión en el mejoramiento de habilidades comunicacionales puede optimizar la relación entre la autoridad y la población, logrando con ello que las decisiones o propuestas basadas en evidencia sean apropiadas para las personas y sus comunidades.

Dada la importancia de las determinantes sociales de la salud al condicionar la carga de enfermedad, las expectativas de vida y los resultados, las diversas agencias e instituciones gubernamentales, académicas y de la sociedad civil requieren de una comunicación capaz de coordinar las políticas de Estado y sostenerlas de manera efectiva y persistente en el

tiempo. El lema “Salud en todas las políticas” precisa de un esfuerzo constante para comunicar, liderar y coordinar.

Particularmente, la promoción de la salud y la comunicación efectiva de riesgos en salud desempeñan un papel crucial en la prevención de enfermedades y la protección de la salud pública. Al mismo tiempo, la promoción de la salud es una de las funciones esenciales de la salud pública, que busca mejorar el bienestar de las personas y las comunidades a través de la educación, la concienciación y la promoción de comportamientos saludables. Al respecto, algunos aspectos relevantes de la promoción de la salud son los siguientes:

- fomenta la prevención de enfermedades a través de la promoción de estilos de vida saludables, la inmunización, la educación en salud y la detección temprana de enfermedades (WHO, 2018);
- informa al público en cuanto a los riesgos para la salud, como el consumo de tabaco, la obesidad, las enfermedades infecciosas, amenazas y medidas de prevención;
- impulsa la participación de la comunidad en la toma de decisiones en torno a su salud, lo que contribuye al empoderamiento y a la autorresponsabilidad;
- actúa intersectorialmente en los determinantes sociales de la salud (Marmot, 2005).

Ahora bien, desde el punto de vista de las políticas públicas, la comunicación efectiva de riesgos es fundamental durante las situaciones de crisis como las pandemias (WHO, 2005), los desastres naturales o las emergencias de salud pública. En Chile, desde hace varias décadas, la División de Políticas del Ministerio de Salud, Minsal, ha impulsado políticas de promoción de la salud con el apoyo regional de las Secretarías Ministeriales de Salud y a través de la iniciativa Municipios saludables (Minsal, 2015), los que forman parte de un movimiento regional de municipios saludables (OPS, 2023).

Así mismo, el Minsal actúa intersectorialmente junto con el Ministerio de Desarrollo Social, organismo que ejerce la Se-

cretaría ejecutiva del sistema Elige Vivir Sano, con el objeto de promover hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida de la población en Chile, a través de iniciativas que:

- fomenten la alimentación saludable;
- promuevan la educación de aquellos hábitos alimentarios tendientes a mejorar la nutrición integral y la disminución del sobrepeso;
- incentiven la actividad física, es decir, aquellas que fomenten el ejercicio y la actividad física como elementos fundamentales de la salud y el bienestar;
- prioricen la vida en familia, esto es, aquellas actividades tendientes a fortalecer las familias y que facilitan el desarrollo de acciones dirigidas al esparcimiento y al ejercicio de disciplinas lúdicas o deportivas;
- potencien la vida al aire libre por medio de la promoción de los beneficios que tiene la realización de acciones en las cuales exista contacto con la naturaleza.

En todos estos propósitos es clave una comunicación efectiva entre múltiples actores en un contexto de confianza y cooperación.

De este modo, ante las crisis (ya sean pandemias o desastres naturales) la comunicación desempeña un papel crítico, ya que la información precisa y oportuna es esencial para proteger la salud pública, mitigar el pánico y coordinar respuestas efectivas. Por ejemplo, ante situaciones de crisis resultará crucial:

- la diseminación de información crítica: por ejemplo, pautas de seguridad, instrucciones para la prevención y actualizaciones de la situación;
- la gestión coordinada de respuesta rápida: esto es, la comunicación coordinada de las autoridades de salud con la de otros sectores involucrados y la población, de modo de garantizar que se tomen medidas rápidas y efectivas.

Particularmente en contextos de crisis o desastres, la comunicación debe ser transparente y basada en hechos científicos, para generar confianza en la población, en tanto que los mensajes deben ser coherentes y emitidos por fuentes confiables, para evitar la confusión y el desorden informativo; por último, se deben utilizar múltiples canales de comunicación donde las TIC pueden ser elementos de gran ayuda.

Lecciones de la pandemia en la comunicación de riesgo

La pandemia de Covid-19 nos dejó un sinnúmero de lecciones, una de las cuales guarda relación con lo central que es la comunicación efectiva en salud. Al respecto, March Cerdà (2020) propone que la comunicación en tiempos de crisis no solo debe ser honesta, creíble, frecuente, múltiple y consistente, sino que también debe tranquilizar sin transmitir “excesiva” seguridad, ni minimizar la gravedad de la situación, comprendiendo que el *miedo cero* no existe. El autor con-signa que es necesario:

- conocer lo que está sucediendo por medio de información de calidad y de datos confiables, para saber cómo están reaccionando los diversos actores;
- establecer un triángulo de confianza entre políticos, expertos, comunicadores y ciudadanía;
- contar con una comunicación precisa y sin conjeturas, reconociendo los espacios de incertidumbre y planteando los escenarios y dilemas posibles;
- hacerse cargo de la diversidad de opiniones.

Con ello podemos intuir que en una situación de crisis puede haber descoordinaciones y errores de los que hay que hacerse cargo con veracidad y oportunidad. Por último, es clave transmitir a las personas lo que pueden esperar que suceda y proponerles opciones específicas por abordar. El temor se contrarresta solo con información, soluciones concretas para las personas y con una escucha activa. En los llamados a la

acción es clave también conectarse con las emociones y promover las acciones colectivas, ya que nadie se salva solo.

Comunicación entre el equipo de salud y los usuarios

La comunicación efectiva entre el equipo de salud y las personas usuarias, sus familias y comunidades es un componente fundamental de la atención y de los cuidados de alta calidad, que logran ser efectivos y valorados. Así pues, la interacción entre un profesional de la salud y los usuarios no se debe limitar a la transmisión pasiva de la información, sino que primariamente debe incluir la construcción de una relación de confianza para la toma de decisiones y acciones compartidas en un contexto empático, de respeto por los derechos, la autonomía, de contención y apoyo emocional.

La comunicación abierta y efectiva permite a los usuarios comprender su condición o riesgos en salud, las opciones de prevención, tratamiento y los posibles riesgos y beneficios. De esta forma, los usuarios informados estarán mejor preparados para participar en la toma de decisiones compartidas con el equipo de salud, lo que puede llevar a decisiones más adecuadas a sus necesidades y valores.

Por otro lado, una comunicación bidireccional implica la capacidad de los equipos de salud de escuchar necesidades, cosmovisiones y diversas comprensiones y saberes que existen en las personas usuarias y sus comunidades, de modo de coconstruir soluciones, estimular la autogestión de acciones, entregar poder a las personas y generar relaciones responsables.

Ahora bien, la comunicación tradicional de los equipos de salud con los usuarios suele ser jerárquica, de arriba-abajo, vertical desde el poder técnico y de la hegemonía de la ciencia, de modo que en este caso la construcción de espacios de confianza y calidad implica la generación de oportunidades horizontales de comunicación, al tiempo que exige involu-

crar a las personas dándoles poder, con transparencia en los procesos de toma de decisiones, en el uso de los recursos y en la manera de que se comparte el error y el aprendizaje. También implica reconocer las barreras culturales, lingüísticas y de construcción de significados. Por ello, es esencial invertir para que los equipos de salud puedan beneficiarse de programas de entrenamiento en habilidades de comunicación, que incluyan el desarrollo de la empatía, la escucha activa y la adaptación cultural; así como también en el uso de TIC para facilitar la comunicación entre equipos y usuarios, mejorando la oportunidad, integralidad y continuidad de la atención y los cuidados.

Así pues, la mejora en este contexto partirá por reconocer nuestras propias falencias, por ejemplo: en la participación (que suele ser formal, utilitarista y clientelar); la ausencia de capacidades para la comunicación efectiva, pues ello nos abre posibilidades de aprendizaje; y optimizando el aprovechamiento de las TIC y las redes sociales para acercar e involucrar a los equipos y usuarios, enriqueciendo los vínculos de confianza.

Comunicación entre directivos y trabajadores de la salud

Otro de los planos en los que la comunicación efectiva es esencial es en la gestión de los servicios de salud, ya que esta influye en la calidad, la satisfacción y el desempeño del personal de salud, así como en la valoración que hace la ciudadanía respecto de los servicios. Los líderes de salud desempeñan aquí un papel crucial en el fomento de una comunicación eficaz dentro de sus organizaciones.

En efecto, la comunicación adecuada entre diferentes trabajadores de la salud, unidades, departamentos y usuarios es esencial para la coordinación de la atención y del cuidado, pues ello asegura que los procesos asistenciales funcionen y mejoren de manera continua, sin fallos ni quiebres.

En el caso de los directivos y trabajadores de la salud, una comunicación efectiva al interior de la organización es clave para contar con liderazgos adaptativos que involucran y escuchan a los diversos actores en la toma de decisiones estratégicas y que promueven un clima organizacional respetuoso, dialógico, propicio para prácticas cotidianas humanizadas, de calidad, no violentas y que contribuyen al logro de organizaciones saludables que “cuidan a los que cuidan” (OPS, 2012). La relevancia de ello radica en que difícilmente se podrá lograr una buena comunicación entre equipos de salud y las personas usuarias y sus comunidades si al interior de los establecimientos de salud la comunicación es deficiente o el ambiente es poco saludable.

Los líderes de salud deben, en consecuencia, implementar múltiples estrategias para promover una comunicación efectiva al interior de los establecimientos, así como entre los equipos, con las personas y sus comunidades. Para ello, se debe fomentar una cultura de comunicación abierta, respetuosa, clara, oportuna y transparente, aprovechando los múltiples canales para el intercambio de información y opiniones. Gracias a estos esfuerzos será posible generar espacios formales para el diálogo, la contención y la propagación de las buenas prácticas, lecciones y aprendizaje, proporcionando retroalimentación continua para una formación en habilidades de comunicación.

Comunicación entre trabajadores de la salud

En este caso, la colaboración interprofesional, interdisciplinaria y la comunicación efectiva al interior de los equipos de salud son elementos críticos para brindar servicios de promoción y prevención en las comunidades y los territorios, así como para dar atención y cuidados de alta calidad a los usuarios.

Dadas las nuevas necesidades de las personas y sus comunidades, las acciones en salud son cada vez más complejas y requieren de la colaboración de múltiples profesionales. En

este sentido, una comunicación efectiva es fundamental para coordinar la atención y el cuidado de los usuarios al garantizar que se resuelven integralmente todas sus necesidades, evitando errores y pérdidas de seguridad y calidad.

Desde esta perspectiva, una buena coordinación entre diversas disciplinas no solo aporta a la efectividad y la calidad de los procesos, sino que también contribuye a la valoración de los servicios por parte de los usuarios y sus comunidades, ya que estos percibirán una atención más humanizada, empática, holística y personalizada.

Hoy, la continuidad de la atención y de los cuidados requiere actuar en redes, esto es, con personas provenientes de diversas agrupaciones y establecimientos que se comunican para sostener cuidados continuos e integrales. Ello, porque la información precisa y oportuna, así como una buena coordinación de acciones es necesaria para garantizar la continuidad del cuidado a medida que los usuarios se mueven a través de las diferentes etapas de los procesos asistenciales.

Como se aprecia, establecer mecanismos participativos e interdisciplinarios de coconstrucción de protocolos, diseño de flujos, sistemas de referencia y contrarreferencia, así como la utilización intensiva de TIC y la participación protagónica de los propios usuarios debería representar un objetivo por alcanzar en términos de comunicación en salud. La construcción de redes en salud, en tanto, debería tener como centro a las personas y sus comunidades para rediseñar desde allí los procesos y estructurar los modelos de atención (Artaza y Méndez, 2022). En todo ello será esencial revisar constantemente las capacidades para la comunicación efectiva.

Comunicación en salud en, para y con las comunidades

En la comunicación con personas y sus comunidades, hay que tener en consideración un enfoque de género e intercultural. Los aspectos de género son de vital importancia, ya que

pueden influir en la forma en la que las personas acceden a los servicios, cómo se sienten atendidas y en el resultado de sus tratamientos, pues como hemos señalado ya, la comunicación en salud no es simplemente una cuestión de transmitir información, sino que también implica la comprensión y empatía hacia las necesidades y experiencias específicas de las personas, en este caso, en virtud de las características de género.

Es fundamental, entonces, reconocer que hombres y mujeres a menudo experimentan la salud de manera diferente. Por ejemplo, las mujeres consultan más que los hombres, pero estos últimos suelen tener mayores conductas de riesgo; las tasas de enfermedades crónicas, como las enfermedades cardíacas, pueden variar según el género, entre otras variables. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben adaptar su comunicación para abordar estas diferencias, lo que implica no solo brindar información precisa, sino también entender y abordar las preocupaciones específicas de género.

La comunicación en salud también debe ser sensible a las diversas identidades de género. En efecto, las personas transgénero, no binarias y de género diverso pueden enfrentar obstáculos significativos para el acceso a la atención y los cuidados, debido a la falta de comprensión y respeto por parte de estos proveedores. Es esencial, entonces, que los profesionales de la salud se informen y esfuercen por crear entornos de atención inclusivos y acogedores para todas las identidades de género.

Complementariamente, la comunicación en salud debe asumir y abordar las desigualdades de género en el acceso a la atención de salud. Las mujeres, en particular, a menudo enfrentan barreras económicas y sociales que dificultan su acceso a la atención, lo que puede tener consecuencias graves para su bienestar. Los profesionales de la salud, en consecuencia, deben ser conscientes de estas desigualdades y de otras que pueden surgir y trabajar conscientemente para eliminarlas.

La comunicación sensible o con enfoque de género también es relevante en la prevención y el tratamiento de enfermedades relacionadas con el género. Por ejemplo, la comunicación efectiva en torno a la salud sexual y reproductiva es esencial para prevenir infecciones de transmisión sexual o promover los cuidados asociados a la anticoncepción o a la maternidad. Además, la detección temprana y el tratamiento de cánceres específicos de género, como el cáncer de mama o el de próstata, requieren de una comunicación cuidadosa y comprensiva, donde el lenguaje desempeña un papel crucial. Entonces, el uso de un lenguaje inclusivo y no sexista es esencial para garantizar que todos los pacientes se sientan respetados y comprendidos, pues al evitar la asunción automática de género en el lenguaje y utilizar términos neutros puede contribuir a una comunicación más equitativa y sensible.

Junto con un enfoque de género, la comunicación efectiva en salud debe ser perceptiva a la diversidad social y cultural. Al respecto, la interculturalidad en la comunicación en salud es un elemento crucial para relacionarse con las personas y sus comunidades de manera efectiva y equitativa, llegando a poblaciones diversas en términos culturales y étnicos. En este caso, la comunicación intercultural en salud implica el respeto y la comprensión de las diferencias culturales, la adaptación de las acciones de salud a las necesidades de cada persona y la promoción de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Así mismo, es esencial reconocer que la diversidad cultural es una característica inherente de muchas sociedades, por lo que las acciones de salud no pueden ser uniformes, ya que las personas provienen de diversas culturas y tradiciones, y estas creencias y juicios pueden influir en su percepción de su salud y en cómo se resuelven sus necesidades. En consecuencia, los profesionales de la salud deben ser sensibles a estas diferencias y trabajar no solo para comprender y respetar las creencias, valores y prácticas culturales de las personas, sino

también para incorporarlas y complementar la diversidad de saberes y cosmovisiones.

La comunicación intercultural en salud implica también la eliminación de barreras lingüísticas y la promoción de un diálogo respetuoso, inclusivo y efectivo entre las personas, sus comunidades y el equipo de salud. Particularmente, debido a la importante migración ocurrida en el país durante los últimos años, en muchas ocasiones las personas pueden tener dificultades para comunicarse, ya sea porque desconocen los modismos y expresiones del país, o bien, porque hablan otros idiomas distintos del español. En este sentido, la disponibilidad de intérpretes y la capacitación de los profesionales de la salud en la comunicación transcultural son pasos importantes para superar estas limitaciones.

Complementariamente, la comunicación intercultural en salud también se relaciona con el respeto a los derechos humanos de las poblaciones minoritarias y marginadas. Desde esta perspectiva, podemos señalar que en muchas ocasiones las personas pertenecientes a grupos étnicos o culturales minoritarios enfrentan discriminación en el acceso a la atención y los cuidados. En estos casos, los profesionales de la salud deben trabajar para eliminar estas desigualdades y garantizar que todos los pacientes reciban atención oportuna y de alta calidad.

Junto con lo anterior, especial cuidado debe tener la comunicación en salud con niños, niñas y adolescentes (NNA). Al respecto, puesto que esta población no es de “adultos pequeños”, tanto los mensajes como las formas de atención deben adaptarse cuidadosamente según su edad, temáticas y requerimientos, contextos de desarrollo y condiciones de vida particulares, involucrándolos tanto a ellos como a sus cuidadores, para abrirse a medios imaginativos y lúdicos de atención.

Como se aprecia hasta aquí, comunicar en salud requiere de capacidades humanas en los distintos niveles de los sistemas de salud. En ello tienen una gran responsabilidad las univer-

sidades, ya que pueden contribuir en la formación de capacidades para la comunicación en los futuros agentes de salud. Un ejemplo de ello ha sido la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas que, gracias a la creación del Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario, ha hecho aportes clave en ese sentido gracias a sus ejes misionales.

Efectivamente, este organismo ha asumido desafíos de envergadura en la formación de pregrado a través de las líneas de intervención comunitaria; en el posgrado por medio del Magíster de Salud Comunitaria; y por último también en el trabajo territorial. Respecto de este último, destaca el proyecto financiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) para comunicar, capacitar y adaptar las intervenciones de la guía *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19*, en la región de las Américas, acorde con las necesidades y realidades sociales de los diversos grupos y territorios.

La ejecución del proyecto puso de manifiesto que los equipos de salud de atención primaria eran actores sociales clave en la respuesta a emergencias sanitarias y a la pandemia en curso. Es así que desde la alfabetización crítica en salud —tomando los pilares fundamentales de la guía (base social de la salud; comunicación de riesgo; participación social y comunitaria; derechos humanos y equidad)— la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas participó con entusiasmo y luego asumió la responsabilidad de sistematizar las experiencias para comunicar los aprendizajes de la región a través del libro *Universidad, comunidad y pandemia: Experiencias de trabajo con equipos de salud como agentes educadores* (Lobos et al., 2023). El libro explora los marcos teóricos y experienciales que pueden colaborar en la reflexión de los retos contingentes y futuros de los sistemas de salud en Chile y en la región de las Américas, así como también la necesaria formación profesional y su vínculo con la realidad sociocul-

tural de las personas, familias y comunidades, con una fuerte impronta en el análisis de la experiencia de comunicación y capacitación llevadas a cabo por esta casa de estudios con los equipos de nivel primario de atención en salud de tres regiones del país.

Conclusiones

La comunicación en salud desempeña un papel fundamental en la interacción entre la autoridad sanitaria, los profesionales de la salud y las personas y sus comunidades. Ello, porque la comunicación efectiva empodera a las personas y a sus colectivos para tomar decisiones informadas respecto de su salud y participar en la toma de decisiones relacionadas con los servicios, al tiempo que contribuye a la prevención de enfermedades al proporcionar información de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la detección temprana.

Para ello, la comunicación en salud debe ser culturalmente competente y adaptarse a las necesidades, valores y creencias de las comunidades a las que se dirige. Es aquí donde la participación de las comunidades en la planificación y ejecución de programas de salud y la forma de comunicarlas toma mayor peso, ya que esto permite garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones.

La comunicación en salud no solo debe ser oportuna, confiable, accesible a todos sin discriminación, culturalmente pertinente y eficaz en el logro de sus objetivos, sino que antes que nada debe ser una herramienta primordial para coordinar acciones, generar cooperación, entregar poder y transformar las realidades.

Comunicamos porque imaginamos y tenemos esperanza en que lo visto (imaginado) es posible, para lo cual se debe pasar desde la idea a la acción, que es aprendizaje y movimiento en comunidad.

Comunicar es poner en común y, por tanto, una acción política que busca que entre todos construyamos mundos nuevos: mundos para el buen vivir.

Referencias

- Artaza, O. y Méndez, C. (2022). *Sistemas y servicios de salud centrados en las personas y sus comunidades*. Editorial de la Universidad Austral de Chile.
- Barcelos, T. N., Muniz, L. N., Dantas, D. M., Cotrim Junior, D. F., Cavalcante, J. R., y Faerstein, E. (2021). Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (45), 1-8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65>
- Casino, G. (2022). Comunicación en tiempos de pandemia: información, desinformación y lecciones provisionales de la crisis del coronavirus. *Gaceta Sanitaria*, 36(1 Extra), 97-104. <https://www.gacetasanitaria.org/es-comunicacion-tiempos-pandemia-informacion-desinformacion-articulo-S0213911122000280>
- Castells, M. (2000). *The rise of the network society*. Blackwell.
- Echeverría, R. (2017). *Ontología del lenguaje*. Ediciones Granica.
- Lobos, N., Güida, C., y Artaza, O. (2023). *Universidad, comunidad y pandemia: experiencias de trabajo con equipos de salud como agentes educadores*. Ediciones de la Universidad de Las Américas. <https://salud-sociales.udla.cl/wp-content/uploads/sites/70/2023/04/Libro-Universidad-Comunidad-y-Pandemia-Experiencias-de-trabajo-con-equipos-de-salud-como-agentes-educadores-.pdf>
- March Cerdà, J. (6 de mayo de 2020). *17 medidas para una estrategia de comunicación de una alarma sanitaria jamás vivida*. Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud y Familias. <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/17-medidas-para-una-estrategia-de-comunicacion-de-una-alarma-sanitaria-jamas-vivida/>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)71146-6)

- Ministerio de Salud, Minsal (2015). *Municipios, comunas y comunidades saludables. Orientaciones técnicas*. Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Participación. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana. [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20ot%20FINAL\(3\).pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/MUNICIPIOS%20COMUNAS%20Y%20COMUNIDADES%20SALUDABLES%20ot%20FINAL(3).pdf)
- Montes de Oca, A. y Rizk, M. (2014). La comunicación para la salud y el desafío del enfoque ecosistémico. *Comunidad y Salud*, 12(2 Supl), 28-35. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932014000300006&lng=es&tlng=es
- Mosquera, M. (2002). *Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias*. La iniciativa de comunicación. Comunicación y medios para el desarrollo de América Latina y el Caribe. <http://www.comminit.com/es/node/150400>
- Nutley, S., Walter, I., y Davies, H. T. (2007). *Using evidence: How research can inform public services*. Policy Press.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2012). *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud*. OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2020). *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19*. OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-aplicacion-medidas-salud-publica-no-farmacologicas-grupos-poblacion>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2023). *Movimiento de municipios, ciudades y comunidades saludables de las Américas*. OPS. <https://www.paho.org/es/movimiento-municipios-ciudades-comunidades-saludables>
- Ricoeur, P. (1979). The function of fiction in shaping reality. *Man and World*, 12(2), 123-141. <https://doi.org/10.1007/BF01252461>
- Stacey, R. D. (1996). *Complexity and creativity in organizations*. Berrett-Koehler.

- World Health Organization, WHO (2017). *Communicating risk in public health emergencies: A WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259807/9789241550208-eng.pdf?sequence=2>
- World Health Organization, WHO (2018). *Health promotion*. WHO. <https://www.who.int/healthpromotion/en/>
- World Health Organization, WHO (2005). *Crisis communication: WHO information and risk communication guidelines*. WHO. <https://www.who.int/emergencies/risk-communications/guidance>

EDUCACIÓN DE RESONANCIA COMUNITARIA: ANÁLISIS A PARTIR DE LAS PRODUCCIONES AUDIOVISUALES EN LA VILLA SAN LUIS

Carlos Güida Leskevicius¹

Introducción

El siguiente capítulo es una reflexión personal acerca de los alcances de un proyecto de extensión universitaria, institucionalmente desarrollado desde el Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales (FCSC) y el Programa de Intervención Comunitaria con el apoyo de Vinculación con el Medio de la Universidad de Las Américas, UDLA.

Se trata de una reflexión que va más allá del análisis curricular, y que explora el campo de la comunicación comunitaria en salud, el cual es abordado a través de la línea de intervención comunitaria de la FCSC.

El marco conceptual y operativo denominado *educación de resonancia comunitaria* constituyó en el plano personal un enorme descubrimiento pedagógico², dado que nuestro actuar educativo se centraba fundamentalmente en la lógica de

1 Doctor en Medicina por la Universidad de la República, Uruguay. Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas. Santiago, Chile. Correo electrónico: cguida@udla.cl

2 También denominada *educación comunitaria de resonancia* se basa en el desarrollo conceptual metodológico que articula enfoques aún innovadores en materia de salud, educación y programación para el desarrollo de la promoción para la salud sexual y reproductiva, que coloca a las personas en el centro de los procesos de aprendizaje, basada en derechos y con perspectiva de género. De allí el nombre de EDRECOSS: educación de resonancia comunitaria para la salud sexual y reproductiva (Vera, 1999).

talleres y de la educación popular³. Sin negar las metodologías de trabajo que promovían la educación no formal, la educación de resonancia comunitaria demostraba su capacidad de incidir desde la educación informal, valorando el papel de las conversaciones, la expansión de los eventos culturales a través de radios comunitarias, murales, obras teatrales y tantas otras modalidades, a los barrios en los cuales habitaban los integrantes de las comunidades educativas. En ese sentido, fueron instancias privilegiadas en resonancia comunitaria las jornadas de diálogo sobre afectividad, sexualidad y salud, que contaban con antecedentes en Chile⁴. El análisis del surgimiento, expansión y ocaso de estas jornadas en Uruguay merecen un análisis profundo. Pero sin dudas, marcaron a quienes vivimos ese proceso de información, educación y comunicación con adolescentes, docentes y apoderados.

Teniendo entonces muy presente la capacidad de resonancia en las comunidades educativas que se da a partir de experiencias demostrativas, y con el potencial del Programa de Intervención Comunitaria de la UDLA, entendimos que el cine comunitario podría potenciar procesos de enseñanza y aprendizaje. Se presentó entonces una nueva oportunidad de desplegar la educación comunitaria de resonancia, enmarcada ahora en la asignatura Comunicación y Comunidad, la cual integra la malla curricular de las carreras de salud a través de la Línea de Intervención Comunitaria⁵.

En ese sentido, y ante la posibilidad de contar con un recurso relacionado con el área de Vinculación con el Medio de la UDLA, nos propusimos una nueva estrategia pedagógica y lle-

3 Actividades que se generaron en el área de educación del Programa Maternidad-Paternidad Elegida, del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, con apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) (1996-2000) y con la asistencia técnica del Prof. Rodrigo Vera Godoy.

4 JOCAS: Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad, programa dependiente del Ministerio de Educación de Chile.

5 Perteneciente a la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de Universidad de Las Américas.

varla a cabo desde y con el Campus Maipú de nuestra universidad. El proyecto “Alfombra roja”, que elaboramos en enero del año 2020, fue inevitablemente postergado en su ejecución por la irrupción de la pandemia por Covid-19, y pudo ser finalmente desarrollado un año después de lo previsto. A dos años de su desarrollo, las reflexiones en torno a este proceso de enseñanza y aprendizaje –que conjuga las capacidades de la educación informal y la educación no formal–, permiten disponer de nuevos diálogos respecto de los alcances de la resonancia comunitaria. Indudablemente, otras lecturas de lo desplegado en la villa San Luis IV de la comuna de Maipú, Región Metropolitana de Santiago, Chile, podrán enriquecer la perspectiva del actuar universitario en y con los barrios.

Aproximaciones a la resonancia comunitaria

Las diversas formas de vida –desde las más primitivas hasta las más sofisticadas– no pueden eludir la comunicación como una función esencial orientada a la sobrevivencia e inclusive a la trascendencia. Resultaría, pues, ilógico pensar en lo comunitario sin valorar la particular dimensión comunicacional que caracteriza y dinamiza a los colectivos humanos. Es igualmente imprescindible que los programas de extensión universitaria o vinculación con el medio reconozcan la dimensión ética del vínculo y de los compromisos por generar, apelando a la escucha activa, el respeto mutuo y la vocación de encuentro de aprendizajes y saberes, así como también evitando la utilización –consciente o inconsciente– de los espacios territoriales para abusar de la buena voluntad de vecinas y vecinos, como si solo se tratase de un campo de prácticas.

Por otra parte, el hecho de comunicar en el campo de la atención en salud ha sido sinónimo de alfabetización acrítica, con estilos comunicativos basados en la verticalidad, la uniformidad y la escasa retroalimentación, propios de una supuesta soberbia de los saberes. La extensión crítica viene aportando al cuestionamiento de algunas vertientes de la ex-

tensión universitaria (Macchiarola, 2022), que han reproducido modalidades poco respetuosas de los saberes locales y han desconocido el papel de la comunicación con los sujetos situados en un contexto distinto del universitario.

Las versiones acríicas de la extensión universitaria, que fueron desarrolladas por más de un siglo, se han posicionado en la actualidad desde el dominio de un saber académico-técnico superior ante un devaluado saber popular (Bralich, 2007; Freire, 1983; Tommasino y Cano, 2016). Sin embargo, no siempre la extensión universitaria se ha caracterizado por un posicionamiento de supremacía y a la vez ceguera del saber universitario, al menos desde las experiencias de las cuales se tiene registro en el sur de América. Hasta donde es posible observar, en los últimos tiempos los equipos de vinculación con el medio se muestran más centrados en transferir conocimientos prácticos con criterio asistencialista, mientras que otros están dispuestos a liberar a quienes no tienen conciencia de su situación de subordinación social. En ambos casos, los vecinos son más objetos que sujetos de su propio desarrollo. En este sentido, puede resignificarse la extensión universitaria cuando esta promueve un proceso de reflexión de grupos de estudiantes y docentes que se da previamente a encontrarse con los barrios (talleres en el aula), abordando las categorías que orientan al Programa de Intervención Comunitaria (ecología de saberes, aprender a aprender y aprendizaje situado) y las metodologías para el primer reconocimiento de los territorios y sus habitantes (transectos, mapeos, animación sociocultural, conversatorios, etc.). Es en ese sentido que el planteo que realiza Paulo Freire (1983), va a depender del sentido gnoseológico que le otorguen los actores: un conocimiento ya elaborado académicamente no solo se puede *extender* desde la universidad a las comunidades, sino también la metodología que favorece la interacción con las comunidades.

El papel creciente e invasivo de la cotidianeidad por parte de las redes virtuales no hace más que confirmar el solapamiento de la información y la educación en la calidad de vida, el bienestar y la salud. Así, en América Latina las formas de comunicación de las y los vecinos con los centros de atención en salud del primer nivel de complejidad (lo que se denomina acriticamente APS) han estado plagadas de una perspectiva tecnocrática y administrativa.

Podemos pensar también en el carácter instrumental de cierta comunicación en salud a través de las redes virtuales: podríamos decir que es una pretendida comunicación infantilizante de los *usuarios*⁶, una suerte de *ludicomunicación*, sin otra finalidad que la aceptación de una realidad ya determinada. Se trata de un proceso en el cual la mayoría de las veces la información ya ha sido procesada, manipulada y vestida de “caballo de Troya”: la noticia viene a desplegar una (y solo una) forma de interpretar la información⁷. Basta para ello observar las imágenes y los mensajes centrales de la década anterior acerca de promoción de salud de servicios de salud, de municipalidades o de universidades al convocar, orientar o informar acerca de un determinado tema (programas de adultos mayores, jornadas de salud cardiovascular, etc.).

Si bien es posible apreciar la resonancia comunitaria en las experiencias de fines de los años 90 ya mencionadas, no

6 Al definir a los habitantes en calidad de usuarios se reduce la relación a un tema de accesibilidad y promoción de salud acrítica y disciplinaria, perspectiva totalmente opuesta a la conferencia de Alma Ata y de todas las conferencias de promoción de la salud desarrolladas desde 1986 en el marco de la OMS.

7 De forma similar a lo que sucede con la publicidad disfrazada de noticia, que intenta hacer creer a los receptores que han sido ellos quienes ha escogido qué leer, y que lo que concluye posteriormente es su propio pensamiento original, sobre la base de su personal decodificación y análisis de la realidad. No es necesario que se trate de *fake news*, sino que la estrategia comunicacional ya ha considerado los posibles efectos psicoafectivos y cognitivos en quienes leen una noticia.

existía aún una definición precisa de la misma. Solo posteriormente, una aproximación a los planteos de Hartmut Rosa nos ha permitido comenzar a articular lo observado con la teoría. La profundidad del planteo filosófico del autor conlleva a la lectura de sus textos y a evitar la utilización simplista de una de sus frases —tomada como síntesis de su pensamiento—, sin la comprensión integral del desarrollo teórico. Con esta advertencia, cito la frase:

la resonancia implica, en primera línea y ante todo, un estado o modo de relación dinámica con el mundo en la cual este (en tanto algo en cada caso particular que nos encuentra como mundo) y el sujeto se conmueven y transforman recíprocamente (Rosa, 2019).

Y si uno de los ejes de la resonancia es el horizontal, la posibilidad de promover este encuentro bidireccional, esta convergencia entre sujetos que se encuentren disponibles a conversar y a intercambiar, se vuelve viable desde una propuesta comunicacional, como lo es la producción audiovisual desde actores comunitarios.

Desde la teoría crítica, Rosa ha cuestionado la relación con el mundo centrada en la aceleración, el crecimiento y la innovación continua (López-González, 2023), en lo que coincidimos que ese consumismo en espiral hace inviable cualquier propuesta de desarrollo sustentable. En parte el uso inapropiado de las redes virtuales, con infinitos actos comunicativos, caen en una suerte de vacío, de ausencia de resonancia, generando la angustia del no reconocimiento que apenas se atenúa con los *likes*. Sin embargo, lo comunitario pareciera requerir otros tiempos, también silencios, pausas y hasta la ausencia de aceptación inmediata de lo que se pretende compartir/comunicar. Allí radica uno de los desencuentros que hemos observado por décadas: por una parte, los programas universitarios con sus tiempos acotados y, por otra, los tiempos de las comunidades. Esta desincronización —por utilizar un término al que recurre Rosa (2018)— puede tener

efectos negativos tanto en los estudiantes, docentes y extensionistas, como en los colectivos involucrados.

Al respecto, el tiempo de las conversaciones, propio de la propuesta de la educación de resonancia comunitaria, tiene características propias:

En la conversación satisfacemos necesidades afectivas y, por ello, necesidades de aprendizaje. Es decir, en ellas se adquirieren conocimientos teóricos y prácticos, valores y actitudes que posibilitan la adquisición de competencias para la toma de decisiones. La generalización de las conversaciones sobre un tema implica que los sujetos modifican emociones y razones frente al mismo, lo que conlleva una transformación cultural en la comunidad. Esto sobre la base de que las conversaciones están instaladas en la cultura y, así como juegan un papel de reproducción de la intersubjetividad colectiva, pueden jugar, y de hecho juegan, un papel de transformación de esta. La transformación de la conversación impulsa cambios desde la vida cotidiana y desde aquellas conversaciones que asumen un estatus especial en el ámbito del debate público. ¿Qué puede entenderse por una conversación, para estos efectos? En términos generales, una conversación es un intercambio emocional, entre dos o más personas que se vinculan entre sí, intercambiando actos de escucha y de habla, con el objetivo implícito o explícito, de querer comunicarse. Una de las características de las conversaciones, propia de aquellas que ocupan la vida cotidiana de las personas, es que ellas se desarrollan sin otro interés explícito que el gusto de compartir ideas, impresiones, argumentos, relatos, vivencias. Las conversaciones se pueden distinguir, de otras formas de comunicación y de intercambio, por su ausencia de instrumentación. Por ejemplo, las discusiones procuran una confrontación de ideas con el propósito de convencer al otro; el diálogo desea llegar a un acuerdo,

luego de haber intercambiado puntos de vista. La conversación, con muchas similitudes con estas formas, se caracteriza por el desinterés, por la gratuidad con la que ellas se desarrollan. Es por esto que la apertura emocional que ella genera en las personas abre especiales posibilidades para el aprendizaje o la mutua influencia (Vera, 1999).

Ahora bien, la producción audiovisual en el contexto del cine comunitario puede incentivar distintas conversaciones. Durante el proceso de producción, son los sujetos quienes van a describir y reflexionar en torno a sus vidas y trayectorias en sus comunidades: van a conversar consigo mismos y con potenciales espectadores. Los videos ya en fase de difusión pueden generar conversaciones entre los propios vecinos, con estudiantes y educadores. Esa es la capacidad de resonar en quienes participan directa o indirectamente, es favorecer el reconocimiento —personal y grupal— por parte de diversos actores en las comunidades y en las instituciones. Desde nuestro punto de vista, la resonancia comunitaria es la capacidad de las personas y los colectivos de repercutir en el sentir, pensar y hacer de otras personas y colectivos que forman parte del proceso comunicacional. La resonancia comunitaria surge de los barrios y a partir de experiencias culturales que pueden favorecer el reconocimiento, cuestionar un cierto orden social, económico y cultural y promover cambios para la mejora en la calidad de vida de quienes habitan determinados territorios. Este resonar, entonces, no se limita a la comunidad que lo origina ni sus repercusiones serán necesariamente positivas, sino que se encontrarán enmarcadas en procesos socioculturales más amplios.

Resulta de interés pensar las conversaciones y las producciones audiovisuales como motivadoras del reconocimiento, esto es, una de las tres esferas del reconocimiento de los sujetos, como lo plantea Axel Honneth (Tello, 2011). Este reconocimiento puede ser leído en clave individual o ser visto desde el núcleo familiar y desde los colectivos que constituyen una

comunidad y requiere del involucramiento de, al menos, dos actores, pues resulta indisociable de las bases éticas del reconocer al otro: en su diversidad, sus diferencias, en la aceptación de su existencia y de un lugar de pertenencia, así como la incidencia del poder y de relaciones de dominación-subordinación (entre sujetos, colectivos, comunidades y sociedades) (Revuelta y Hernández-Arencibia, 2019) y de las batallas culturales a las que asistimos.

De este modo, así como la teoría del reconocimiento recíproco de Honneth ha influido en el surgimiento de la teoría de la resonancia social en Hartmut Rosa (2019), cabe preguntarse si ambas teorías pueden dialogar con el planteo del desarrollo a escala humana (Max Neef et al., 1993). En efecto, si tomamos tanto la necesidad de reconocimiento y sus esferas, como la resonancia social (en nuestro caso, resonancia comunitaria) y lo confrontamos con las nueve necesidades humanas fundamentales que describen Max Neef et al. (1993), podemos encontrar confluencias de interés. También el reconocimiento tiene categorías coincidentes, desde nuestra perspectiva, con las necesidades existenciales: ser, tener, hacer y estar. Ser reconocido, tener reconocimiento por parte de la comunidad y de la comunidad por parte de la sociedad en la que se integra, siempre implica una voluntad de actuar recíproco para dicho reconocimiento y de un estar en situación de reconocimiento.

Existe una necesidad humana fundamental que destaca: la necesidad de entendimiento. En su matriz de necesidades y satisfactores, Manfred Max Neef y sus colaboradores (1993) ejemplifican la conciencia crítica, la receptividad, la curiosidad, el asombro, la disciplina, la intuición y la racionalidad en el ser del entendimiento. En tanto que ubican en el tener del entendimiento a la literatura, los maestros, el método, las políticas educacionales y comunicacionales. También describen en el hacer del entendimiento al investigar, estudiar, experimentar, analizar, meditar e interpretar; mientras que en el estar ubican los ámbitos de interacción formativa, esto

es, las escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades y familia.

Con ello vemos que el acto de comunicar y la producción de cine comunitario corresponden a un satisfactor de la necesidad de entendimiento, el que parte del reconocimiento de la otredad, pues ello es fundamental para los sujetos que reciben la comunicación e interactúan generando resonancia social y comunitaria. A su vez, el cine comunitario puede ser un satisfactor sinérgico de las otras ocho necesidades humanas fundamentales, según la categorización axiológica: las de identidad, creatividad, libertad, protección, afectividad, subsistencia, ocio y participación. Podemos ver así cómo los estereotipos –tan presentes en las comunidades y en las universidades– y los pseudosatisfactores impiden el entendimiento y cómo la burocracia y el autoritarismo (propios de algunos sistemas de atención en salud) son satisfactores destructores de la necesidad de entendimiento.

Desde esta perspectiva un celular no es una necesidad, sino un artefacto que, potencialmente, puede satisfacer (en su calidad de satisfactor sinérgico) las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. En todos estos casos, a su vez, se encuentra implícita la capacidad de comunicarse. Pero también estos pequeños equipos pueden resultar en artefacto o herramienta que genere lo opuesto: alienación, exclusión, aislamiento. Con un celular y un buen proceso de enseñanza y aprendizaje se puede producir un documental que promueva el reconocimiento, generar resonancia comunitaria y estimular el reconocimiento personal y colectivo.

La “Escuela de aprendizaje, apreciación y creación audiovisual Mi barrio audiovisual” y los encuentros con la villa San Luis

La villa San Luis se ubica en la comuna de Maipú, en el sur poniente de la Región Metropolitana, en la capital de Chile. Se construyó en cinco etapas, durante el último período dic-

tatorial que padeció el país. La política de vivienda en ese momento histórico respondía a lo subsidiario, y su construcción durante el período dictatorial forma parte de las identidades, conflictos, reconocimiento positivo o negativo desde dentro y desde fuera de esta villa (Salvo, 2018). Como en muchas comunidades, surgirá en los relatos la importancia de pertenecer a los primeros pobladores con sus mitos fundacionales, quienes fueron llegando en diferentes olas, e identificarse o no con los sacrificios de quienes arribaron primero, sus esperanzas y su deseo de ser propietarios de una casa. También, según la bibliografía (Salvo, 2018), se encuentran allí los sectores que los vecinos identifican como *malos habitantes*, con problemas graves de convivencia. Las juntas vecinales ocupan un lugar privilegiado en la organización comunitaria, vecindades preocupadas por fases extensas de abandono de los gobiernos locales o por la contaminación proveniente de diversas fuentes, problemáticas que se comparten con otras comunidades, barrios y villas de Chile. La comunicación entre vecinos de las propias villas es reconocida, y la comunicación intergeneracional se encuentra instalada: identificarse con un número dentro de la villa habla de la configuración de las identidades y de la necesidad de marcar la diferencia ante otras áreas de la villa San Luis⁸. Este es el contexto socio-histórico en el que se desarrolló el proyecto “Alfombra roja”, promoviendo el cine comunitario.

Es importante señalar también la rica historia latinoamericana de cine comunitario, la que ha sido brillantemente sistematizada hace una década por Alfonso Gumucio (2014). Es posible identificar así diferentes tendencias, enfoques y alcances del cine comunitario y las producciones audiovisuales, donde la presente experiencia tiene similitudes con propuestas como Cine con vecinos, y algunas otras iniciativas coincidentes.

8 El territorio de la villa se distribuye en cinco sectores (I, II, III, IV y V), de los cuales cada parte tomó su respectivo número identificadorio.

En ese sentido y en primer lugar, fue seleccionada la productora audiovisual Mimbre Producciones, que estuvo a cargo de generar e implementar el proyecto. Se creó luego una escuela de aprendizaje, apreciación y creación audiovisual a la que se denominó “Mi barrio audiovisual”, nombre que acota una expectativa que sostuvimos: una escuela de cine comunitario.

El equipo del Programa de Intervención Comunitaria⁹ acompañó todo el proceso, articulando lo propio de la asignatura de Comunicación y Comunidad y el trabajo con estudiantes y vecinos de villa San Luis IV. Entre la productora audiovisual, el equipo del programa y el Departamento de Salud Comunitaria se redefinieron los objetivos y estrategias dada la situación de pandemia. Así, el objetivo principal fue promover y asesorar la creación de una escuela audiovisual online para el desarrollo de identidad, generación de redes y visibilización de necesidades, a través de una obra colectiva de las y los vecinos de la villa San Luis IV de Maipú. Este objetivo principal se desplegó en tres objetivos específicos, a saber:

- Transferir conocimientos audiovisuales y de comunicación para las y los vecinos y sus estudiantes.
- Poner a disposición de las juntas de vecinos, contenidos y manuales que permitan dar a conocer las problemáticas y actividades barriales.
- Promover la creación de un canal de comunicación audiovisual barrial.

En 2021, la villa San Luis IV transitaba por la primera fase del Programa de Intervención Comunitaria, y en articulación con la línea curricular y la asignatura ya mencionada, debería desarrollar el hito pedagógico denominado “Encuentro con el

9 Integrado por Tamara Valencia en calidad de coordinadora del Programa de Intervención Comunitaria del Campus Maipú; Juan Pablo Watkins en su condición de facilitador territorial; y Marcela Soto en su rol de tutora del proceso territorial.

barrio”. Nada mejor, pues, que presentarse como barrio/villa ante más de 100 estudiantes de carreras de la salud y ciencias sociales –en el contexto de una pandemia– utilizando tanto los medios audiovisuales y las instancias de clases virtuales, como los recorridos presenciales en comunidad (lógicamente con todas las previsiones sanitarias).

Pudimos observar entonces (hacia el mes de junio de 2021) la amplitud de la convocatoria para participar de la escuela, realizada a partir de afiches y redes comunitarias¹⁰. De acuerdo con el informe del equipo de intervención comunitaria del Campus Maipú (Valencia et al., 2021) la escuela desarrolló 11 clases, durante los meses de julio y septiembre de 2021, la mayoría en modalidad virtual, si bien las clases correspondientes al montaje y creación de los audiovisuales se realizaron en el barrio.

10 Las medidas sanitarias permitían reuniones con un máximo de cinco personas.

Figura 1
Afiche “Escuela de aprendizaje, apreciación y creación
audiovisual Mi barrio audiovisual”



Fuente: Ex Departamento de Salud Comunitaria, actual Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario, Universidad de Las Américas, UDLA.

La inscripción inicial consideró 16 participantes, aunque solo cuatro de ellos pudieron finalizar el ciclo formativo¹¹. Esta importante deserción ha sido motivo de análisis, concluyendo que mayoritariamente se debió al contexto propio de la pandemia. Pese a ello, se generaron cuatro cortometrajes con las historias individuales y un documental creado por los cuatro participantes, que da cuenta de la historia barrial y que se describen en la Tabla 1.

11 Ha sido central el papel de Fernanda Mancilla, de Mimbres Producciones.

Tabla 1
Cortometrajes resultantes de la “Escuela de aprendizaje, apreciación y creación audiovisual Mi barrio audiovisual”

Nombre del cortometraje	Autor	Año
Mi muñeca	Veas	2021
Un club llamado Tigres de Oro	Ubilla	2021
Romeo y Matilda	Encina	2021
Mis bototos	Lemus	2021
Villa San Luis IV	Veas et al.	2021

Fuente: Ex Departamento de Salud Comunitaria, actual Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario, Universidad de Las Américas, UDLA.

Las cuatro producciones individuales se presentaron en la Plaza Futaleufú de la villa San Luis IV, en el evento denominado “Alfombra roja”. La actividad significó una reapropiación del lugar, el que habitualmente a esas horas es ocupado por grupos relacionados con el narcotráfico y que imponen sus reglas a la villa. El evento “Alfombra roja” contó con la presencia de las y los vecinos, así como con los familiares de los estudiantes de la “Escuela de aprendizaje, apreciación y creación audiovisual Mi barrio audiovisual”, autoridades municipales, equipo docente y académico de la sede y del Departamento de Salud Comunitaria de la UDLA.

Figura 2
Afiche del evento “Alfombra roja” para la presentación de los
cortometrajes realizados



Fuente: Ex Departamento de Salud Comunitaria, actual Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario, Universidad de Las Américas, UDLA.

Este acontecimiento fue inolvidable para todos los presentes esa noche en la plaza vecinal, donde se compartieron los cortometrajes, una merienda y hubo intercambio de reconocimientos y afectos.

Figura 3
Exhibición de los cortometrajes durante la “Alfombra roja”



Fuente: Ex Departamento de Salud Comunitaria, actual Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario, Universidad de Las Américas, UDLA.

Días después, fue posible generar otro espacio formativo a partir de las producciones audiovisuales: se trató de una clase magistral orientada a 22 docentes de las asignaturas involucradas, en la cual se aportaron herramientas audiovisuales para la interacción comunitaria.

En un contexto de pandemia y de crisis social y económica que atravesaba el país, finalmente se produjo el hito pedagógico denominado “Encuentro con el barrio”¹², que puede entenderse como el espacio donde se ponen en juego el reconocimiento recíproco, la resonancia horizontal y el entendimiento. En este encuentro con el barrio se produjeron tres momentos relevantes.

En una primera instancia se hicieron las presentaciones mutuas entre las y los estudiantes universitarios y las y los vecinos, habitantes de esta villa que fueron invitados mediante

¹² En tiempos no pandémicos el “Encuentro con el barrio” se realiza con la totalidad de los estudiantes de la UDLA, directamente en el barrio y en diálogo con las vecindades, para observar la construcción de la salud comunitaria en la realidad local y territorial (Valencia et al., 2021).

breves videos al trabajo conjunto entre el barrio y la universidad. A su vez, los estudiantes de pregrado de las carreras de Kinesiología, Enfermería y Psicología de la UDLA hicieron llegar sus videos de presentación a los dirigentes vecinales, demostrando con ello su agradecimiento y voluntad de participar.

Un segundo momento se caracterizó por la realización de entrevistas telefónicas a las y los vecinos acerca de los orígenes, características y cambios en el barrio desde su creación.

Por último, un tercer momento —ya en el Campus Maipú— y en modalidad híbrida donde participaron docentes, vecinas y estudiantes, se tradujo en un encuentro de múltiples intercambios, donde el barrio se extendió a la universidad y la universidad se entendió con el barrio, activándose las diversas modalidades de comunicación comunitaria: reconocimiento mutuo, resonancia comunitaria y entendimiento. Es justamente en este tercer momento donde el equipo coordinador del programa se presentó ante un público expectante y pronto a participar.

Se ensayaron entonces las distintas formas de intercambio, aprendiendo a articularse en modalidad híbrida y donde la tecnología bien utilizada fue un puente entre actores.

Muy brevemente, podemos señalar que durante dos horas de actividad, y luego de reconocerse, se presentó el video desarrollado grupalmente por los estudiantes de la escuela Mi barrio audiovisual y luego, uno a uno, los cuatro cortometrajes. En el espacio de encuentro, signado por emociones donde se conjugó el sentir-pensar-hacer, fue posible visualizar lo que señalamos respecto del estar, de la necesidad de entendimiento que plantea Max Neef et al. (1993) y que ubica los ámbitos de interacción formativa: universidades, agrupaciones, comunidades, escuelas (de cine comunitario).

Finalmente, se proyectó un último cortometraje, realizado por el equipo del Programa de Intervención Comunitaria de Maipú, para luego entrevistar a los actores sociales del

barrio. Tal como describen Valencia et al. (2021), posteriormente a la proyección se dio lugar a las conversaciones entre estudiantes, docentes y vecinas.

Figura 4
Hito pedagógico “Encuentro con el barrio”



Fuente: Ex Departamento de Salud Comunitaria, actual Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario, Universidad de Las Américas, UDLA.

En este importante evento se conversó en torno a temáticas variadas: las y los estudiantes consultaron a los habitantes de villa San Luis IV acerca de los centros de salud familiar (CES-FAM), las redes comunitarias con las que contaron durante la pandemia, el papel de las Colonias Urbanas Cruzando Fronteras¹³ de Maipú y las ollas comunes que se constituyeron en formas de enfrentar de manera conjunta las diversas problemáticas asociadas a ese difícil momento.

Las modalidades de autogestión, los cambios que se han dado con las diferentes generaciones que fueron poblando las villas de San Luis, el lugar de niñas y adolescentes en contextos de extrema vulnerabilidad social fueron temáticas abordadas

13 Organización no gubernamental con 24 años de trayectoria que promueve valores cristianos y que trabaja por los derechos de niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad social. Una de sus páginas en la web: https://web.facebook.com/coloniasurbanascf/?_rdc=1&_rdr

por estudiantes, docentes, las y los vecinos. También surgieron reclamos hacia la municipalidad en relación con la ausencia de limpieza en la vía pública, los que se conjugaron con el reconocimiento a las y los funcionarios municipales por su apoyo fundamental en el campo sanitario. Las y los docentes, en tanto, se mostraron sorprendidos por el profundo intercambio e involucramiento de la universidad, donde se relevó la calidez del entorno, que nos remite a la comunidad como un *círculo cálido* de Bauman (2006), algo que al autor le parece tan esquivo y que sin embargo en esa oportunidad estuvo presente. En efecto, más allá de los conflictos, dificultades y abandonos, este espacio se percibió como un círculo comunitario y cálido en tiempos difíciles; rodeado de esa calidez protectora se escucha, se siente y se percibe lo importante del otro. En este espacio emergieron los relatos en torno a la pertenencia vital a esa comuna. Todas y todos parecen tener algo que decir, que aportar a la experiencia, pero al mismo tiempo, se evidencia la necesidad de actuar en las villas San Luis y aldeñas y en la comuna de Maipú que las alberga.

En estas conversaciones fueron escasas las referencias a la situación del país o a la condición de la ciudad, tanto en las diferentes producciones audiovisuales como en los encuentros. Algo distinto de otros ámbitos de lo comunitario, donde el problema está centrado en la sociedad en su conjunto, en lo macrosocial más que en las comunidades.

Por último, cabe mencionar que el proyecto “Escuela de aprendizaje, apreciación y creación audiovisual Mi barrio audiovisual” generó, además, un kit de herramientas para la apreciación cinematográfica y el desarrollo de actividades, como una forma de fortalecer la creación de cine comunitario¹⁴.

14 El kit contiene material didáctico que permite aproximarse a la apreciación cinematográfica, al audiovisual como una forma de conectar, al cine comunitario, al montaje, al origen del cine, a la importancia del punto de vista, entre otros tópicos.

Reflexiones de la experiencia desde la resonancia comunitaria

La posibilidad de crear una escuela de cine comunitario adquiere trascendencia en el contexto de un programa universitario que trabaja en las comunidades y que integra, paulatina y secuencialmente, a estudiantes de nueve carreras profesionales. A su vez, la articulación de diversos actores comunitarios con el dispositivo docente ha favorecido que, lo que nació como un proyecto de vinculación con el medio, haya generado resonancia comunitaria más allá de los procesos curriculares y programáticos.

De este modo, la resonancia comunitaria favoreció el (re)cognocimiento recíproco de las personas y familias que habitan las cinco villas San Luis –cinco y a la vez una sola– y también por parte de la institucionalidad comunal de Maipú. El proceso inició con el reconocimiento de la historia personal, a través de las cuatro producciones audiovisuales de carácter intimista: el papel de las mascotas en la vida de una mujer, la historia de un hombre con un extinto equipo de fútbol local, la trayectoria de una niña con su muñeca, el reconocimiento de lo transitado a partir de un par de zapatos.

Recuperar la historia a través de un objeto, de una acción, de los vínculos ha resultado movilizador para los propios estudiantes de la escuela audiovisual, y así quedó patente en el encuentro final, aunque también lo ha sido (y mucho), para las y los estudiantes universitarios, docentes y otros vecinos participantes del “Encuentro con el barrio”.

De esta forma, la capacidad de con(moverse) caracteriza la resonancia comunitaria: los cortometrajes han demostrado su potencial para abrir y desplegar sensibilidades ante la situación de un conjunto de personas que vive en un territorio con vulnerabilidades y riquezas. Sin embargo, aún la resonancia comunitaria no es un concepto ni una base teórica para estos espacios/tiempos de aprendizaje universitario, ni parece ser considerada en los planes comunales y/o regionales.

Al respecto, para la comunidad educativa los efectos positivos de la resonancia comunitaria se verán reflejados en los conocimientos, actitudes, valores y sensibilidades que hayan integrado los estudiantes, los que podrían medirse por medio del seguimiento educativo correspondiente, para determinar si estos sujetos han adquirido un mayor sentido de compromiso comunitario y de responsabilidad ciudadana.

Para las personas participantes de la “Escuela de aprendizaje, apreciación y creación audiovisual Mi barrio audiovisual”, queda instalada la capacidad de transmitir sus experiencias personales, a partir de la apropiación de tecnologías sencillas y poco costosas. No obstante, si bien el manejo de la tecnología para producir los videos documentales puede considerarse un logro, lo que resulta más movilizador es el proceso de reflexión personal sobre la base de las consignas de las educadoras de cine, así como la posibilidad de elección de un objeto/temática a partir de la cual se construye el relato, la activación de la memoria personal y colectiva, la mirada de lo producido, el efecto potenciador en la autoaceptación y la contribución a la trama de relatos que van constituyendo lo común.

Por último, para las y los vecinos, la producción y la proyección de los documentales acerca de las condiciones de vida en la villa San Luis pretende conmovir a la institucionalidad, lo que se logró con cierto éxito, ya que representantes de la Municipalidad de Maipú estuvieron presentes en la proyección de los videos individuales. En tanto que las y los representantes de la junta de vecinos —mayoritariamente mujeres— muestra en el “Encuentro con el barrio” la importancia de la multidireccionalidad de la resonancia. Para este grupo, no se trata de una relación bidireccional, sino de la multiplicidad de ejes de resonancia y del entramado comunitario, así como de la interfaz universidad-comuna-villa San Luis.

De este modo, iniciativas como la aquí descrita implica que la ruptura del silencio de las instituciones, de escucha de respuestas luego de tres décadas de ilusiones y de reclamos por

mejoras en la calidad de vida —y por lo que en el campo de la salud pública entendemos como determinación social de las desigualdades de salud—, así como el alcance de la dignidad en el acceso a los derechos fundamentales y el bienestar personal, familiar y colectivo por parte de quienes habitan villa San Luis, se conjugan en una vocación irrevocable de hacer y hacerse en comunidad.

La ampliación del alcance en las esferas económicas, políticas, culturales y sociales de estas comunidades ha sido un motivador para estas personas durante largas décadas, siendo muy difícil para ellas recibir respuesta a sus planteos, mientras otros sectores socioeconómicos continúan situados en el paradigma descrito por Rosa (2018) en una vorágine de poder económico y de desarrollo insustentable.

Tenemos la convicción de que la manera en la que la resonancia comunitaria permita aportar al reconocimiento de las personas que allí habitan, valorar sus esfuerzos y sus activos culturales, a la vez que problematizar la modalidad de desarrollo comunitario, puede permitirnos proyectar otra forma de comprender y disfrutar el bienestar personal y colectivo, donde el cine comunitario puede constituir un aporte sustantivo.

Para finalizar, comparto la reflexión que nos hace llegar la coordinadora de la Línea de Intervención Comunitaria, quien ha sido una figura central en este proceso:

La aproximación al territorio a través de su propia producción audiovisual, permitió al estudiantado y equipo docente humanizar a una comunidad altamente estigmatizada. Esta oportunidad nos ha llevado a un camino de conocimiento y reconocimiento del otro, más humano, más sentido, más de piel. Conocer la comunidad, no únicamente a través de cifras epidemiológicas, sino también reconociendo el valor de los sujetos que la habitan, quienes viven y sobreviven a través de múltiples formas creativas para construir una comunidad

de bienestar, como los textos del “Flaite Ilustrado”, escritor independiente vecino de la Villa, las expresiones musicales de la Batucada o trabajo cotidiano de las Colonias Urbanas Cruzando Fronteras, por mencionar algunas expresiones creativas (en el más amplio sentido de la palabra) (Tamara Valencia Fontana, diciembre de 2023).

Referencias

- Baumann, Z. (2006). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Siglo XXI.
- Bralich, J. (2007). *La extensión universitaria en el Uruguay. Antecedentes y desarrollo en la Universidad de la República desde sus inicios hasta 1996*. Serie documentos de extensión universitaria N° 6, Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (CSEAM) Servicio Central de Extensión y Actividades en el Medio (SCEAM). <https://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2023/05/la-extension-universitaria-en-el-uruguay.pdf>
- Encina, S. (2021). *Romeo y Matilda*. Escuela de aprendizaje, apreciación y creación audiovisual Mi barrio audiovisual. Membre Producciones-Universidad de Las Américas, UDLA.
- Freire, P. (1983). *Extensão ou comunicação?* Traducción de Rosisca Darcy de Oliveira. Prefacio de Jacques Chonchol 7ª ed. Editora Paz e Terra.
- Gumucio, A. (2014). *El cine comunitario en América latina y El Caribe*. Documento No. 14. Fundación Friedrich Ebert, FES; Centro de Competencia en Comunicación para América Latina, C3; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Unesco; Centro Nacional Autónoma de Cinematografía, CNAC.
- Lemus, V. (2021). *Mis bototos*. Escuela de aprendizaje, apreciación y creación audiovisual Mi barrio audiovisual. Membre Producciones-Universidad de Las Américas, UDLA.
- López-González, J. (2023). La teoría crítica de la resonancia de Hartmut Rosa frente a la aceleración: ¿Más allá del

- paternalismo y del totalitarismo? *Disputatio. Philosophical Research Bulletin*, 12(24), 119-141. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8111525>
- Macchiarola, V. (2022). Extensión crítica. Aproximaciones epistemológicas a una práctica universitaria alternativa. *Saberes y prácticas. Revista de Filosofía y Educación*, 7(1), 1–14. <https://doi.org/10.48162/rev.36.049>
- Max Neef, M., Elizalde, A., y Hopenhayn, M. (1993). *Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Editorial Nordan-Comunidad.
- Revuelta, B. y Hernández-Arencibia, R. (2019). La teoría de Axel Honneth sobre justicia social, reconocimiento y experiencias del sujeto en las sociedades contemporáneas. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (66), 333-346. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2019000300333>
- Rosa, H. (2019). La “resonancia” como concepto fundamental de una sociología de la relación con el mundo. *Revista Diferencias*, (7), 72-81. <http://revista.diferencias.com.ar/index.php/diferencias/article/download/165/94>
- Rosa, H. (2018). Alienación, aceleración, resonancia y buena vida. Entrevistado por Alejandro Bialakowsky. *Revista Colombiana de Sociología* 41(3), 849-859. <https://doi.org/10.15446/rsc.v41n2.75164>
- Salvo, E. (2018). *Procesos urbanos, vínculos comunitarios e identidad barrial: Perspectivas de análisis territorial para la recuperación de la villa San Luis de Maipú* [Tesis de Magíster en Desarrollo Urbano, Pontificia Universidad Católica de Chile]. <https://estudiosurbanos.uc.cl/exalumnos/procesos-urbanos-vinculos-comunitarios-e-identidad-barrial-perspectivas-de-analisis-territorial-para-la-recuperacion-de-la-villa-san-luis-de-maipu/>
- Tello, F. (2011). Las esferas de reconocimiento en la teoría de Axel Honneth. *Revista de Sociología*, (26), 45-57. <https://doi.org/10.5354/0719-529X.2011.27487>
- Tommasino, H. y Cano, A. (2016). Modelos de extensión universitaria en las universidades latinoamericanas en el siglo XXI: tendencias y controversias. *Universidades*, 67(enero-marzo), 7-24. <https://www.redalyc.org/pdf/373/37344015003.pdf>

- Ubilla, P. (2021). *Un club llamado Tigres de Oro*. Escuela de aprendizaje, apreciación y creación audiovisual Mi barrio audiovisual. Mimbres Producciones-Universidad de Las Américas, UDLA.
- Valencia, T., Watkins, J. P., y Soto, M. (2021). *Informe proyecto Mi barrio audiovisual*. Equipo de intervención comunitaria del Campus Maipú. Universidad de Las Américas, UDLA.
- Veas, B. (2021). *Mi muñeca*. Escuela de aprendizaje, apreciación y creación audiovisual Mi barrio audiovisual. Mimbres Producciones-Universidad de Las Américas, UDLA.
- Veas, B., Ubilla, P., Encina, S., y Lemus, V. (2021). *Villa San Luis IV. Documental*. Escuela de aprendizaje, apreciación y creación audiovisual Mi barrio audiovisual. Mimbres Producciones-Universidad de Las Américas, UDLA.
- Vera, R. (1999). Promoción de la salud sexual y reproductiva en la atención primaria de la salud. *Working Papers Series CST/ LAC No. 27*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.



SECCIÓN 3
UNA MIRADA AMERICANA A LA
COMUNICACIÓN COMUNITARIA
EN SALUD

INICIATIVAS DE COMUNICACIÓN EN AMÉRICA LATINA EN EL MARCO DE LAS “ORIENTACIONES PARA LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA NO FARMACOLÓGICAS EN GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD EN EL CONTEXTO DE LA COVID-19”

*Zulay Meléndez Pérez¹, Fabrizio Méndez Rivero²,
Santiago Soto Baracchini³*

Introducción

En un contexto de emergencia en salud, como fue la pandemia por el SARS-CoV-2, se hizo evidente la relación entre la cultura, las condiciones socioeconómicas precarias y una mayor exposición al virus. En efecto, distintos grupos enfrentaron obstáculos para seguir las medidas, o bien, afrontaron duras consecuencias por adoptarlas, aumentando el riesgo de enfermar. En las Américas existen diversos contextos y realidades que determinaron la posibilidad de adherir a las medidas de salud no farmacológicas recomendadas en el marco de

1 Licenciada en Estudios Internacionales por la Universidad Central de Venezuela. Maestranda en Derechos Humanos por la Universidad Nacional de San Martín de Argentina. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: melendezul@paho.org

2 Sociólogo por la Universidad de la República de Uruguay. Doctor en Biomedicina por la Universidad Pompeu Fabra de España. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, Estados Unidos (off site). Correo electrónico: mendezfab@paho.org

3 Economista por la Universidad de la República de Uruguay y Máster en Políticas Públicas por la Universidad de Oxford. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, Estados Unidos (off site). Correo electrónico: sotosan@paho.org

la pandemia (el lavado de manos y el confinamiento domiciliario, entre otras).

Por su parte, los determinantes sociales de la salud tienen un impacto directo en la salud y bienestar de las personas y, por ello, es indudable la importancia de adaptar las medidas de salud pública a los grupos en situación de vulnerabilidad para una mayor efectividad. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud, OPS, resalta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, OMS, acerca de la necesidad de equilibrar las medidas de salud pública entre los contextos y las condiciones que afectan a los distintos grupos en situación de vulnerabilidad social (OMS, 2020, citado en OPS, 2020).

Ahora bien, con el fin de acompañar el proceso de adaptabilidad de las medidas no farmacológicas, la OPS publicó su guía de *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19*, instrumento que permite acercar las consideraciones relacionadas con las medidas de salud y los grupos destinatarios para quienes se diseñan o se implementan las políticas públicas, con el objetivo de asegurar la efectividad de los programas sanitarios.

Por su parte, la comunicación de riesgos es un componente central de dicha guía, puesto que determina la forma en la que las medidas de salud se comunican e informan a la población (OPS, 2020). Esto subraya la importancia del contexto de los grupos destinatarios para que la información llegue a todas las personas y, además, el instrumento reafirma el compromiso de la organización con la equidad en salud.

El objetivo del capítulo es presentar una síntesis de las acciones de comunicación en torno a las medidas no farmacológicas desarrolladas por distintos actores y sus comunidades, particularmente en cuanto a la adaptación de las recomendaciones para grupos en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19 y los desafíos encontrados.

Acerca de la guía de la OPS y la convocatoria para la implementación proyectos

La pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 remarcó las profundas desigualdades sociales que existen en los países de las Américas. Junto con esto, también resaltó los desafíos para la aplicación exitosa de medidas de salud pública no farmacológicas que permitieran a toda la población, y principalmente a aquellas en situación de vulnerabilidad social, seguir las recomendaciones para preservar la salud.

Es así como en 2020 la OPS elaboró su guía de orientaciones con el propósito de ofrecer lineamientos para mejorar la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas y la adherencia a las mismas durante la respuesta a la Covid-19. En dicha guía se abordan las limitaciones y consecuencias de las medidas propuestas para la implementación en grupos en situación de vulnerabilidad, por ejemplo, el aislamiento o cuarentena individual, el confinamiento domiciliario, el cierre de escuelas y de los lugares de trabajo, las restricciones del transporte público, el control de los centros de larga estancia voluntaria cerrados o de los centros del ámbito judicial, el control de aglomeraciones, y la higiene de manos, por nombrar solo las indicaciones más relevantes.

Complementariamente, la guía propone la aplicación y flexibilización de las medidas en función de la carga de vulnerabilidad de los grupos, es decir, desde la identificación de las condiciones que limitan la aplicación o acceso a las medidas y los efectos no deseados o adversos asociados a ellas (OPS, 2020). De esta forma, se buscó aumentar la adherencia por parte de los grupos en situación de vulnerabilidad, al impulsar medidas factibles, aceptables y sostenibles. Además, la guía contiene recomendaciones transversales entre las que se cuenta planificar una comunicación adecuada a las realidades sociales, económicas y culturales; facilitar la participación comunitaria; velar por el cumplimiento de los derechos humanos; y, monitorear y evaluar las medidas.

De forma integral, la guía aborda el rol de las comunidades y la sociedad civil, reconociendo que su involucramiento en distintas fases del proceso amplía las probabilidades de éxito en la adaptación e implementación de las medidas no farmacológicas.

En este sentido, en 2021 la OPS convocó a la implementación de proyectos para promover y fortalecer la implementación de la guía con el fin de asegurar que las medidas de salud pública preventivas pudieran ser efectivamente implementadas por la población, haciendo hincapié en los grupos en situación de vulnerabilidad social.

La convocatoria fue realizada de forma abierta a distintos actores, tales como organizaciones sociales, universidades, e instituciones académicas, entre otras. A su vez, abarcó tres tipos de proyectos: de comunicación; de capacitación; y de adaptación, validación, sistematización o evaluación de la guía. Las y los postulantes debían considerar la pertinencia social y cultural del proyecto de acuerdo con la población destinataria, así como también debían promover su participación. El proceso contó con la presentación de 116 propuestas en las tres categorías, y se seleccionaron 40 proyectos a implementarse en 19 países de las Américas.

El presente capítulo aborda las iniciativas más destacadas en el ámbito de la comunicación para promover y fortalecer la implementación de la guía propuesta por la OPS.

Las iniciativas en el área de comunicación

A través de la mencionada convocatoria, la OPS apoyó la implementación de 11 iniciativas en el área de comunicación en seis países de la región: Argentina, Bolivia, Brasil, Panamá, Guatemala y Venezuela.

Las instituciones que llevaron a cabo las iniciativas son de diferente tipo, abarcando organizaciones de la sociedad civil, instituciones privadas, públicas y educativas, lo que resalta la importancia del involucramiento de distintos actores en las acciones vinculadas con la salud.

Igualmente, los grupos en situación de vulnerabilidad abordados por las iniciativas también fueron diversos, pues comprendían poblaciones indígenas en Guatemala y en la Amazonía brasileña, personas con la enfermedad de Chagas en Bolivia, comunidades populares en Venezuela y Brasil, comunidades indígenas en Guatemala, población con discapacidad psicosocial en Argentina y población adolescente en Panamá.

Tabla 1
Instituciones implementadoras de los proyectos de comunicación por país

País	Organización	Población objetivo
Argentina	Asociación por los derechos de la salud mental, ADESAM.	Personas con discapacidad psicosocial.
Bolivia	Fundación Instituto Radiofónico Fe y Alegría, Fundación IRFA.	Comunidades rurales e indígenas.
	Fundación Ciencia y Estudios Aplicados para el Desarrollo en Salud y Medio Ambiente, Fundación CEADES.	Personas con enfermedad de Chagas.
Brasil	Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRASCO.	Comunidad LGBTQ+.
	Grace Soares, profesora Un Fed do Amazonas, Brasil.	Comunidad Parque das Tribos.
	Griot Consultoria em projetos culturais e educacionais.	Comunidades en las zonas periféricas de São Paulo.
	Instituto Teias da Juventude.	Familias del barrio Terrenos Novos.
	Mileide Grimalde, Marileide Alcantara, Maximiliano Villa.	Habitantes de Monte Alegre.
Guatemala	Wuqu' Kawoq Maya Health Alliance.	Comunidades rurales y población indígena.
Panamá	Ministerio de Salud, Dirección de Promoción de la Salud de San Miguelito.	Adolescentes de la región de San Miguelito.
Venezuela	Asociación Nacional Circuito Gran Cine.	Comunidades populares, con énfasis en mujeres y niños.

Fuente: Elaboración propia.

Las iniciativas de comunicación relevadas comparten el objetivo de brindar información clara, precisa y aplicable acerca de las medidas no farmacológicas indicadas en la guía para protegerse frente al virus SARS-CoV-2, garantizando la participación comunitaria en el proceso.

Ahora bien, puesto que muchas medidas de salud pública implementadas durante la pandemia no contemplaron suficientemente las necesidades de las poblaciones en situación de vulnerabilidad social, los planes de comunicación adaptados a los diferentes contextos a lo largo de las Américas fueron muy escasos.

En este marco, por ejemplo, la ausencia de información dirigida a personas con discapacidad, la falta de traducción de comunicaciones oficiales para comunidades indígenas, así como la dificultad de acceso regular y oportuno a los medios de comunicación, son algunos de los factores que influyeron en la poca adherencia de estos grupos a las medidas no farmacológicas recomendadas para el resguardo de la salud (OPS, 2020). Es decir, la ausencia de adaptación de las políticas sanitarias en reconocimiento de estos grupos generó una mayor vulnerabilidad frente al virus.

Los grupos abordados en las iniciativas de comunicación

La Asociación por los Derechos de la Salud Mental (ADESAM), una asociación civil ubicada en Argentina que trabaja por el derecho a la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, puso el foco en las personas con discapacidad psicosocial. Al respecto, los cambios y la reorganización de la vida social y de los sistemas de salud durante la pandemia afectaron a este grupo no solo por evidenciar el mayor riesgo de enfermedad grave o muerte, sino por la pérdida del apoyo o de los servicios necesarios en su cotidianidad (Agregst et al., 2022).

Por su parte, la Fundación Ciencia y Estudios Aplicados para el Desarrollo en Salud y Medio Ambiente (Fundación CEADDES), ubicada en Bolivia, implementó un proyecto para las personas afectadas por la enfermedad de Chagas, que debido a las complicaciones cardíacas y/o digestivas asociadas a la enfermedad, son particularmente vulnerables frente al virus SARS-CoV-2. A su vez, la enfermedad de Chagas afecta en mayor medida a poblaciones en áreas rurales, quienes tienden a experimentar mayores barreras de acceso a la atención médica, así como a información oportuna para la prevención y el cuidado de la salud.

La Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), una entidad sin fines de lucro de Brasil, trabajó con comunidades LGBTQ+. En este caso, el sistema de salud y el mercado laboral son dos espacios en los que las personas pertenecientes a este colectivo se ven más expuestas a situaciones de discriminación y violencia, lo cual obstaculiza la adherencia no solo a las medidas no farmacológicas, sino al cuidado de la salud en general (Batthyány, 2021). Por ejemplo, durante la pandemia, ABRASCO señalaba la dificultad para continuar con los tratamientos hormonales y tratamientos antivirales en el caso de la población LGBTQ+ con VIH.

El proyecto de la Dirección de Promoción de la Salud de San Miguelito del Ministerio de Salud en Panamá, en tanto, abordó la situación de adolescentes. En este caso, se trabajó con adolescentes de 12 a 18 años de la zona. Hay que destacar que, en general, la participación juvenil en el desarrollo e implementación de políticas públicas es escasa y esto suele traducirse en programas alejados de su realidad. Además de esto, este grupo también se vio afectado especialmente por temas de seguridad alimentaria y continuidad educativa (Plataforma de Colaboración Regional de las Naciones Unidas para América Latina, 2021).

Por su parte, la Fundación Instituto Radiofónico Fe y Alegría (Fundación IRFA), en Bolivia, trabajó con comunidades populares de Santa Cruz de la Sierra, una de las regiones más

afectadas por los casos de Covid-19 y donde habitan diferentes pueblos indígenas. Mientras, en Venezuela, la Asociación Nacional Circuito Gran Cine (Asociación Gran Cine) colaboró con comunidades en Caracas, con énfasis en mujeres y niños. En Guatemala, la organización Maya Health Alliance | Wuqu' Kawoq realizó el proyecto con comunidades indígenas en zonas rurales, que cuentan con acceso limitado a servicios y que no hablan español.

Por último, en el caso de Brasil se implementaron cinco iniciativas: el proyecto en la comunidad de Terrenos Novos, ubicada en las afueras de la ciudad Sobral, en el estado Ceará por parte del Instituto Teias da Juventude; la Universidade Federal do Amazonas, Manaus (UFAM) trabajó con la Comunidad de Parque das Tribos, ubicada en la región occidental de Manaus, en el estado de Amazonas; la empresa Griot Consultoria em projetos culturais e educacionais (consultora Griot), se enfocó en comunidades en zonas periféricas de São Paulo; y finalmente, los profesionales Mileide Grimalde, Marileide Alcantara y Maximiliano Villa, destinaron sus acciones a la comunidad afrodescendiente de Quilombola de Monte Alegre, en el estado Bahía.

Metodologías de trabajo con participación comunitaria

La participación de la comunidad forma parte de las líneas estratégicas de acción para la promoción de la salud de la OPS, en el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se trata, pues, de un componente fundamental para el empoderamiento de las comunidades y la construcción de la salud. Al respecto, la participación comunitaria es:

un proceso en el cual los miembros de la comunidad se reúnen, planifican estratégicamente, definen prioridades, reparten tareas y establecen objetivos y estrategias en función de las necesidades y los recursos existentes (financieros, técnicos y humanos) y los

recursos que podrían obtenerse por medio de alianzas (OPS, 2022, p. 16).

A través de este proceso, la formulación de medidas de salud mejora su adaptación a las necesidades de la comunidad, facilitando su aceptación, aprehensión y continuidad.

Cabe destacar que la selección de los métodos de contacto con las comunidades responde a muchos factores, entre estos la cercanía y los canales de comunicación disponibles y el tipo de información requerida para el proyecto. Sin embargo, se ha observado que para lograr la adherencia a las medidas de salud resulta tan importante la validación de los contenidos con la comunidad, como su participación en la construcción del mensaje. Por ello, las iniciativas de comunicación ejecutaron distintas acciones para motivar la participación comunitaria en cada fase de los proyectos, donde el uso de entrevistas, encuestas y cuestionarios a miembros de las comunidades fueron los recursos más empleados.

Para el caso de la comunidad Quilombola de Monte Alegre, se realizaron encuestas aleatorias donde participaron principalmente mujeres. Este proceso permitió entender cómo la comunidad vivía la pandemia, las dificultades que enfrentaron sus miembros y cómo lograron integrar las medidas no farmacológicas gracias a sus propias formas de organización comunitaria. Las entrevistas fueron grabadas y sirvieron de base para los productos elaborados posteriormente.

En el caso de CEADES, se realizó una encuesta para identificar los temas más importantes a ser presentados en los siguientes encuentros virtuales con los pacientes. Este primer acercamiento a la comunidad, en la fase inicial del proyecto, permitió contar con información respecto de las herramientas, conocimientos y perspectivas en torno al tema por abordar, lo cual brindó un punto de partida del proyecto y perfiló las prioridades a considerar en sus siguientes fases.

Igualmente, en la primera etapa de la iniciativa de la UFAM se aplicó un cuestionario a la comunidad de Parque das Tribos,

de modo de construir un perfil socioeconómico de la población y, luego de una investigación bibliográfica, se pudo desarrollar una estrategia de comunicación adecuada a las necesidades de las poblaciones indígenas que habitan en el lugar.

En otros casos, las comunidades participaron en la complementación de los productos y/o contenidos diseñados, a través de entrevistas a referentes cruciales, como en el caso de la Fundación IRFA, que realizó 25 entrevistas a actores clave para enriquecer los noticieros.

De igual forma, las entrevistas a personas fundamentales de las zonas periféricas de São Paulo permitieron a la consultora Griot no solo relevar los obstáculos que tenían para seguir las medidas no farmacológicas, sino comprender que los códigos culturales en el mensaje también impactaban en la receptividad de la comunidad.

Otra herramienta utilizada fueron los grupos focales y las reuniones con los miembros de la comunidad. Debido al contexto de la pandemia, en su mayoría se trató de encuentros virtuales, pero en algunos casos se pudieron mantener reuniones presenciales siguiendo las medidas de prevención.

Para el proyecto con adolescentes que llevó adelante la Dirección de Promoción de la Salud de San Miguelito, los grupos focales se organizaron con adolescentes que participaban de otros espacios (grupos de jóvenes pares) de los centros de salud de la iniciativa. Estos grupos focales contaron con un conductor y observadores para llevar las notas del encuentro. Asimismo, se realizó una serie de preguntas para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes en torno a las medidas de salud no farmacológicas. A partir de este intercambio, se obtuvo la información necesaria para el contenido de los productos de comunicación y se destacó la necesidad de que el mensaje fuera transmitido por personas con quienes estos se identificaran o por autoridades de salud/científicos. Posteriormente, se realizó una encuesta a jóvenes de la comunidad (no necesariamente a quienes participaron

de los grupos focales) para validar los guiones realizados a partir de la información sistematizada de estos grupos focales.

Para la iniciativa de ABRASCO se organizaron grupos focales donde participaron miembros del equipo, expertos en salud y personas de la comunidad LGBTQ+, los que sirvieron también como espacios de validación y adaptación de los contenidos (definidos previamente como prioritarios a partir de una revisión bibliográfica) teniendo en cuenta las experiencias de la comunidad. La adaptación de los contenidos implicó el reconocimiento del bagaje cultural del grupo y también tomó en cuenta las dimensiones de la temática que respondían a su realidad. En este caso, se tomaron en cuenta cuatro dimensiones: cuidados, VIH, violencia y trabajo.

Cabe mencionar que los espacios de encuentro grupales también adoptaron otros formatos más distendidos. En dichos ámbitos, no solo se buscó comprender la información que tenía la comunidad acerca del virus SARS-COV-2 y las formas de prevención, sino también brindar un espacio de contención en medio de la incertidumbre que se estaba viviendo. Tal es el caso de la Fundación CEADES que, luego de realizar encuestas, organizó reuniones con los pacientes con la enfermedad de Chagas para intercambiar opiniones respecto de los contenidos y productos del proyecto y, al mismo tiempo, brindar un entorno seguro y escuchar sus experiencias. Gracias a ello, las reuniones contaron con la valoración positiva de los pacientes.

Los encuentros grupales también fueron utilizados para presentar los productos al finalizar el proyecto. ADESAM, por ejemplo, propuso un espacio donde, mientras se presentaba el producto final, los asistentes compartían recuerdos y experiencias vinculadas con los temas. Esta dinámica favoreció la identificación con los contenidos y la apropiación de los recursos. Además, las familias que participaron de los encuentros comunicaron que la pandemia se transitó mejor cuando contaban con recursos familiares y comunitarios, lo que les ayudó a sostener las medidas de aislamiento.

Para la Asociación Gran Cine, en tanto, la participación de la comunidad fue parte esencial de todo el proceso, convocando a reuniones para distintos fines, según la etapa del proyecto. Inicialmente, se llamó a una reunión exploratoria para abordar la guía de la OPS y obtener las características de la actividad a desarrollar, donde se abordó cuál era el cambio esperado en la comunidad y la información clave acerca de las medidas. Luego, se convocó a una reunión de validación del guion, donde la comunidad dio su aprobación para continuar con el desarrollo del producto y, al finalizar el mismo, se les invitó a dar su aprobación. De igual manera, en el producto final (un video) las entrevistas a miembros de la comunidad fueron el recurso central.

Productos de comunicación desarrollados junto con las comunidades

Teniendo en cuenta las particularidades de los determinantes sociales de la salud en cada comunidad, cada proyecto de comunicación desarrolló productos para acompañar la adherencia a las medidas no farmacológicas contenidas en la guía de la OPS, buscando adaptarlas a sus contextos, necesidades, medios disponibles y códigos culturales.

Uno de los recursos desarrollados fueron las cápsulas radiales. Ello, porque la radio es el medio de comunicación con mayor alcance, con llegada a comunidades rurales, remotas o aisladas, lo que la convierte en una poderosa herramienta en contextos vulnerables (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2016).

Por ejemplo, la Fundación IRFA elaboró 18 cápsulas radiales y 18 podcasts que seguían un formato de mininoticieros de 4 o 5 minutos de duración para llegar a las zonas rurales donde habitan comunidades indígenas. De este modo, la radio se convirtió en un medio para acompañar y fortalecer a las comunidades rurales, indígenas y campesinas.

El uso de la radio fue importante también para otros proyectos, como es el caso de la Fundación CEADES, que desarrolló cápsulas radiales para llegar a pacientes con la enfermedad de Chagas. En este caso, el contenido de las cápsulas se organizó en dos ejes: por un lado, los obstáculos para la adherencia a las medidas; y, por otro, las recomendaciones adaptadas al contexto cultural. Este producto resultó ser muy gratificante de escuchar por parte de los pacientes que participaron en su elaboración y les motivó a mantener las medidas y a difundir el material a más pacientes.

Por otro lado, están también los proyectos que emplearon las redes sociales como medio principal para llevar sus mensajes y que desarrollaron diferentes recursos para aprovechar este medio. Este fue el caso del proyecto de ABRASCO, que realizó historietas para difundir en redes sociales a partir de las experiencias y desafíos que vivió la comunidad en la pandemia. Se crearon cuatro guiones, uno para cada personaje ficticio inspirado en las historias de la comunidad LGBTQ+ (Lile, Gaia, Breda y Tiê). Este tipo de recursos visuales con poco texto y centrado en una historia de vida, permitió transmitir un mensaje claro y contextualizado, lo que facilitó la aprehensión de los contenidos. De forma paralela, también ayudó a la sensibilización de personas que no se identificaban como parte de la comunidad LGBTQ+ respecto de las dificultades que atraviesa esta población en una situación de emergencia como fue la pandemia.

En relación con el proyecto con adolescentes en Panamá, según los grupos focales las redes sociales fueron elegidas como uno de los medios más utilizados por esta población a la hora de buscar información referente al SARS-CoV-2. En este caso, se desarrolló un video corto a partir de los mensajes contruidos con este grupo, y se contó con su valoración y la de otros actores de interés acerca del guion, el producto final y la efectividad para transmitir los mensajes clave.

Por su parte, el desarrollo de videos como producto principal también fue importante para proyectos que no utilizaron las

redes sociales como canal de difusión. En general, el objetivo del video fue hacer partícipe y protagonista de este recurso a la comunidad, para generar mayor pertenencia e identificación con el mensaje. Una ventaja particular del recurso es que las personas involucradas en el video tendieron a compartirlo con otros miembros de la comunidad o con otras colectividades, convirtiéndose en multiplicadores de la información.

En proyectos como el de la Asociación Gran Cine, se apostó por el desarrollo de un video como motor de la participación comunitaria. Esta organización realizó un video donde se involucró activamente a la comunidad en todas las fases del proceso de elaboración. Además, en el video los testimonios de los miembros de la comunidad tuvieron un rol protagónico, aunque también se convocó a un experto en el área de la salud para acompañar temas específicos.

Esto también se pudo apreciar en la comunidad Quilombola de Monte Alegre, donde el desarrollo del video con las entrevistas a las personas de la comunidad permitió crear un producto único e identificador de la comunidad, lo que le dio un valor adicional a la apropiación de los contenidos.

También se utilizó la estrategia de poner en la web algunos contenidos generados y que se consideraron relevantes de difundir. En el caso del proyecto implementado en la comunidad indígena de Parque das Tribos, ubicada en zona urbana, se desarrolló un sitio web donde la comunidad pudiera acceder constantemente a consultar y así abarcar diversos contenidos en varios formatos e idiomas.

Finalmente, también se desarrollaron algunos productos específicos, como una guía adaptada a la comunicación comunitaria. En el caso de ADESAM, se diseñó una guía para trabajar las medidas no farmacológicas donde la información se compartía de forma resumida y organizada a partir de preguntas (desde qué significaban algunos términos, hasta qué hacer en ciertas situaciones). La guía era visualmente ligera de leer y terminaba con algunas recomendaciones en

el marco de la pandemia, haciendo hincapié en el cuidado de la salud mental.

Desafíos en el camino

Los desafíos que enfrentaron las comunidades en el periodo de la pandemia y que se expresaron durante la implementación de los proyectos de comunicación se pueden agrupar en dos grandes tipos: desconfianza en quienes transmitían la información y falta de identificación con los mensajes. De esta forma, es evidente que la adaptación de los contenidos a la realidad de los grupos es parte medular de la comunicación en contextos de emergencia en salud. Es necesario, pues, realizar una adaptación del contenido, los medios de transmisión, el uso del lenguaje y códigos culturales para facilitar la confianza y la identificación con los mensajes.

Al respecto, en cuanto a la desconfianza en quienes transmitían el mensaje, diferentes comunidades expresaron que no creían en la información de los gobiernos y se especulaba acerca de las intenciones de mantener a la población encerrada. Es decir, se vincularon las medidas con el control, más que con el cuidado.

Por ejemplo, en el caso del proyecto implementado por la ADESAM, las personas manifestaron que en las conversaciones cotidianas y en los medios de comunicación esta desconfianza era un elemento central. Por otra parte, también se mencionó la desconfianza hacia los medios de comunicación en las entrevistas e intercambios con las comunidades. Tal es el caso de la comunidad Quilombola de Monte Alegre, donde los jóvenes expresaban que los medios llevaban a asociar cualquier síntoma con el contagio por Covid-19.

Este contexto de desconfianza dio lugar a desinformación y a noticias falsas, lo que complicaba aún más la posibilidad de seguir las medidas indicadas para el resguardo de la salud. Un ejemplo de esto lo expresaron los adolescentes de San Miguelito, al comentar la creencia de que los jóvenes no se podían

contagiar de Covid-19. Otro tema interesante expresado por este grupo es que creían que los medios no comunicaban el incumplimiento de las medidas por los adultos de la misma forma que lo hacían con los jóvenes, en especial en cuanto a las fiestas o reuniones organizadas durante la pandemia.

Si bien no está relacionado con las medidas no farmacológicas, esta desconfianza en los gobiernos y medios de comunicación se puede vincular con el miedo a vacunarse que expresaron algunas comunidades. Por ejemplo, algunas personas de la comunidad involucrada en el proyecto de la ADESAM expresaron haber tenido miedo por la inoculación, aunque todas lo hicieron. En otros casos, el miedo o desconfianza por esta medida sanitaria se mezcló con el contexto sociocultural de las comunidades. En el caso de la comunidad Quilombola de Monte Alegre, las personas que se negaron a vacunarse pertenecían a una misma familia y los que sí se vacunaron eran miembros de otra familia. Así, la pertenencia a la familia fue importante en esta decisión.

El segundo obstáculo encontrado fue la falta de identificación con los mensajes, lo que revela su deficiente adaptación a los distintos grupos en situación de vulnerabilidad y sus contextos. Por tanto, cuando los mensajes (y las medidas) en salud no tienen en cuenta los contextos de los distintos grupos, no hay identificación con el contenido y disminuye consecuentemente la adherencia a las medidas recomendadas.

Por ejemplo, en el caso de la comunidad LGBTIQ+ que participó del proyecto con ABRASCO, se identificó que la comunicación de las medidas no tenía en cuenta a esta población, ni tampoco las problemáticas respecto de la atención a la salud y el tema laboral que la afectaba. De igual forma ocurrió con los pacientes con la enfermedad de Chagas que formaron parte del proyecto, quienes expresaron que no fueron incluidas en los discursos, así como tampoco sus necesidades entorno a la continuidad de la atención médica, la imposibilidad de recurrirse en el hogar por temas laborales y el apoyo emocional para sobrellevar la presión y miedos durante la pandemia. En

el caso de la comunidad de Parque das Tribos, se identificó que, sumado a la dificultad de acceso al internet, el lenguaje de los mensajes y su falta de comprensión obstaculizaron las fases iniciales del proyecto.

Finalmente, además de los dos factores señalados, también se deben considerar los factores externos y transversales a la coyuntura de los países que pudieron afectar el desarrollo de los proyectos y que debieron ser considerados al momento de trabajar con las comunidades. Por ejemplo, en el caso del proyecto implementado por la Asociación Gran Cine, su desarrollo coincidió con el proceso electoral en Venezuela, lo que ciertamente dificultó la convocatoria y participación de la comunidad, por lo que fue necesario reprogramar algunas actividades para que el proyecto fuera posible.

Aprendizajes generados

En la implementación de los proyectos con poblaciones en situación de vulnerabilidad es importante rescatar no solo los desafíos, sino también los aprendizajes surgidos en el proceso, pues así el trabajo realizado se retroalimenta junto con las comunidades. En este caso, surgen tres grandes aprendizajes: la importancia de contar con información confiable; el rol central del mensaje y cómo este se transmite; y el fortalecimiento de las comunidades como medio y fin último de los proyectos.

En cuanto al primer punto, muchas de las comunidades participantes reconocieron que contar con información y fuentes confiables ayudó a bajar la angustia y el miedo. Los participantes del proyecto de la ADESAM comentaron al respecto que los programas de noticias a veces se enfocaban más en las opiniones en torno a la pandemia que en la información. Al acudir a fuentes confiables, obtenían cierta certidumbre acerca de la situación y de cómo cuidarse del virus. También, desde los pacientes con enfermedad de Chagas se planteó la utilidad de contar con estas fuentes confiables para identificar las noticias falsas.

En cuanto a la adaptación de los mensajes y de su formato/lenguaje, emergieron diferentes aprendizajes asociados. Por una parte, desde el proyecto Griot se planteó la importancia de mantener un enfoque ligero y artístico para poder llegar a más personas en situación de vulnerabilidad. Algunas de las ideas para hacer más accesibles y atractivos los productos de comunicación incluyeron la interpretación en lengua de señas, subtítulos, uso de memes y videos cortos. En ese sentido, los adolescentes participantes de los grupos focales en San Miguelito señalaron que los productos de comunicación en temas de salud destinados a ellos debían priorizar el uso de imágenes por sobre las palabras, mensajes sencillos y cortos y, en especial: convocar a voceros que representaran a las juventudes.

En tercer lugar, en cuanto al fortalecimiento de las comunidades como prioridad de los proyectos, son muchas las evidencias de los nuevos recursos que obtuvieron las comunidades a través de la implementación de los proyectos en comunicación. Así, lejos de crear un recurso desde un lugar externo a la comunidad, lo fundamental fue la coconstrucción de nuevas herramientas comunitarias para fortalecerlas.

Por ejemplo, se resalta el uso del enfoque de género en el trabajo con comunidades en situación de vulnerabilidad. En los casos de las personas con enfermedad de Chagas y la comunidad Quilombola de Monte Alegre, se destacó la gran participación de mujeres en los procesos del proyecto. Ello demuestra que mantener un enfoque de género resultó importante para el fortalecimiento de estos espacios, toda vez que las mujeres son miembros activos y representantes de sus comunidades.

Por otro lado, varias comunidades consideraron estar más preparadas en caso de nuevas emergencias en salud, tal y como lo manifestaron los participantes del proyecto de la ADESAM. Ello implica que una comunidad que se reconoce más preparada significa que ha encontrado nuevas herramientas para gestionar mejor las crisis futuras.

Entre los recursos adquiridos por las comunidades se mencionan nuevas formas de interacción y organización, que las hicieron sentir más preparadas para próximas situaciones de emergencia en salud. Este es el caso de las personas con enfermedad de Chagas que participaron del proyecto de la Fundación CEADES, quienes valoraron positivamente el uso de la tecnología para comunicarse, aunque reconocieron que el acceso a internet seguía siendo un obstáculo. En la comunidad de Parque das Tribos, el aprovechamiento del espacio común con acceso a internet para implementar rutinas de visita facilitó la revisión constante de la información contenida en la plataforma web acerca de la Covid-19, que se diseñó específicamente para ellos.

Si bien en muchos casos las comunidades conocían las medidas no farmacológicas, el desafío era revalorizarlas en sus contextos y adaptarlas a sus necesidades y características. Por ello, trabajar en las medidas no farmacológicas desde un lugar participativo y protagónico les permitió hacer mejor lo que ya venían aplicando, según lo indicaron las comunidades de barrios populares en Venezuela que trabajaron con la Asociación Gran Cine y las personas de la comunidad Quilombola de Monte Alegre.

Abordaje de casos

Iniciativa del Instituto Teias da Juventude - Comunidad en Terrenos Novos

La comunidad como protagonista para el desarrollo de productos de comunicación

La iniciativa del Instituto Teias da Juventude siguió los principios de la educación popular para la salud como forma de trabajo con esta comunidad. Así, destaca la participación de sus representantes para que el contenido estuviera directamente relacionado con su realidad y con miras a fortalecer la identidad y el empoderamiento local.

En este sentido, el diálogo con la comunidad resultó ser el recurso más valioso para desarrollar el proyecto y, de esa forma, llevar la información de las medidas no farmacológicas a través de su historia, lenguaje, contexto socioeconómico y cultural, formas de organización, etc.

Así mismo, teniendo en cuenta los altos índices de contagio en la comunidad, fue necesario diseñar una iniciativa con diferentes productos de comunicación para extender el alcance de la información.

Entre los productos realizados, estuvo un programa de radio que contó con tres episodios, cada uno con una duración de 15 a 16 minutos. Los temas trabajados fueron: riesgos psicosociales, acceso a la atención de salud y restricciones de transporte.

Adicionalmente, se realizaron cinco spots con una duración máxima de 1 minuto cada uno y donde se explicaban diferentes medidas de salud no farmacológicas contra el virus SARS-CoV-2, de una forma clara y sencilla y dirigiéndose de forma directa a la comunidad.

Como elemento audiovisual, se realizaron dos videos para la comunidad, que seguían un formato similar a un programa de televisión. Estos videos se titularon “Terreno Novos TV juntos contra o coronavirus”, y contaban con diferentes elementos como el uso de un títere con características afrodescendientes y entrevistas a miembros de la comunidad y a profesionales de diferentes áreas, elementos que reflejaron su identidad.

Por otra parte, se realizaron dos episodios en vivo, uno acerca del cierre de escuelas y otros espacios; y otro referente a la cuarentena individual y al confinamiento domiciliario.

Otro recurso empleado fue el podcast, el cual contó con cuatro episodios, con una duración de 4 a 6 minutos aproximadamente. En los episodios se reforzaron temas como el lavado de manos, los riesgos psicosociales, los trabajadores esenciales y las restricciones en el transporte público.

Por último, se realizaron ocho fanzines, de la mano de jóvenes y niños de la comunidad. Para su elaboración se utilizaron imágenes recortadas, dibujos y escritura a mano. Cada fanzine abordó un tema diferente de una forma atractiva, resumida y sencilla, además de ser una estrategia interesante para involucrar a los jóvenes y niños, y motivarlos para que llevaran el mensaje a sus pares.

El resultado fue un proyecto con una gran diversidad de productos que reflejaron las características culturales de la comunidad y le otorgaron voz en cada aspecto. La gran participación especialmente de líderes, jóvenes y niños, fue clave para que la comunidad reflexionara en torno a estos temas y construir sus propias herramientas en el marco de la pandemia.

Iniciativa de Wuqu' Kawoq | Maya Health Alliance - Comunidades indígenas

La importancia de la colaboración interinstitucional para llegar a la comunidad

El proyecto implementado por Wuqu' Kawoq | Maya Health Alliance, fue de gran importancia debido al reconocimiento de las comunidades indígenas que hacen vida en Guatemala.

En el marco de la pandemia, la información acerca del virus se compartió mayormente en español (España, 2021), afectando a las comunidades que solo hablan lenguas indígenas. Sin dudas, esto repercutió en dificultades para adherirse a las medidas de salud no farmacológicas e incrementó la vulnerabilidad de estas comunidades frente al virus. Motivada por esta realidad, la organización realizó una serie de productos en distintas lenguas y desplegó una sucesión de estrategias para llegar a estas poblaciones.

Se crearon 25 spots radiales y 25 audios disponibles en la nube, que acercaron las medidas no farmacológicas a la población en áreas rurales para poder orientarlas acerca de

cómo resguardar su salud en el contexto de pandemia. Estos recursos están disponibles en español, Kaqchikel, K'iche, Mam y Tzutujil.

Asimismo, se diseñaron materiales gráficos para entregar durante las visitas domiciliarias de los trabajadores de salud a las comunidades (set de cinco imágenes en tamaño carta) y para distribuir en centros de salud públicos (set de afiches doble carta).

En cuanto al material audiovisual, se realizaron 10 videos en español y se tradujeron algunos de ellos en lenguas mayas (cuatro videos en Kaqchikel, cuatro en K'iche, cinco en Mam y cuatro en Tzutujil).

Para mejorar la llegada a la comunidad, la organización resalta que tanto los videos como los spots tuvieron una duración máxima de 1 minuto y contenían mensajes claros y concisos, en un lenguaje poco técnico y amigable. En cuanto al material gráfico, uno de los aprendizajes fue que estos debían aproximarse a los escenarios cotidianos de la comunidad.

Sin embargo, el elemento clave del proyecto fue la estrategia de alianzas para la distribución de los productos. En efecto, en primer lugar, el proyecto contó con 40 trabajadores de salud comunitarios que formaron parte del equipo para distribuir los afiches tamaño carta. Gracias a ellos, los productos llegaron a más de cinco Departamentos del país. También, sumaron el apoyo de otras organizaciones que trabajaban de antemano con esta población. Tal es el caso de la organización Puente de Amistad, que contribuye para empoderar a las mujeres guatemaltecas, lo que les permitió llegar a más personas. Luego, se identificó a los centros de salud como espacios de difusión en áreas rurales. En total se trabajó con cuatro centros de salud: Tecpán, Tecpán área norte, Patzún y Santa Apolonia, donde se distribuyeron sets de cinco afiches, según la lengua de la comunidad.

En cuanto a los spots radiales, estos tuvieron un gran alcance gracias al trabajo con cuatro radios locales con llegada a

nueve Departamentos del país y con una audiencia total de 1.5 millones de personas. Las radios locales son: Radio Renacer 98.3 FM, Radio Sololá 88.7 FM, Club Radio, tu música 102.5 FM y Radio Mass 98.9 FM.

Además, se utilizaron redes sociales (YouTube, Facebook, WhatsApp e Instagram) para compartir los recursos gráficos, logrando un alcance cercano a las 10.500 personas.

Por último, usaron su servicio de telemedicina “Conectados GuateVida” para responder dudas acerca de la Covid-19 en las lenguas mayas antes mencionadas, y teniendo como apoyo el material gráfico distribuido en las comunidades. Esta línea directa funciona para 10 comunidades: Panimatxalam, Chirijuyu, Tecpán, La Giralda, Pueblo Viejo, Canoas Altas, Canoas Bajas, San Andrés Semetabaj, Santa Lucía Utatlán y Sololá.

El despliegue de los canales de comunicación que tiene la organización con la comunidad (a través de sus trabajadores y del servicio de telemedicina), sumado al trabajo coordinado con diferentes organizaciones, centros de salud y emisoras radiales, hizo posible maximizar el alcance del proyecto y llegar a más comunidades indígenas. Es por ello por lo que se destacan dos aprendizajes del proyecto: por un lado, la importancia del vínculo entre la comunidad y los trabajadores de salud para generar confianza en situaciones de emergencia en salud; y por otro, la colaboración interinstitucional para ampliar la llegada a más comunidades.

Consideraciones finales

A partir de la experiencia durante la pandemia, se puede observar que la guía *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19* representó un instrumento importante para la adaptación de medidas en salud pública en situaciones de emergencia. Concretamente, contribuyó a abordar los obstáculos que enfrentaron distintos grupos en situación de

vulnerabilidad para adherirse a las medidas no farmacológicas en salud, en un contexto sanitario agravado por la crisis social y económica.

Aquí la comunicación resulta un aspecto fundamental de las políticas de salud en general y en contextos de emergencia en particular. Por tanto, para que esta sea efectiva, se deben acercar y adaptar los mensajes a la realidad que viven las comunidades. Cuando esto no sucede, se refuerzan los impactos negativos de las iniciativas adoptadas sobre los grupos en situación de vulnerabilidad.

En este sentido, las distintas actividades apoyadas en el marco de la implementación de la guía demostraron que el desarrollo de las estrategias de comunicación y los productos no pueden ser procesos ajenos a las comunidades y, de hecho, su participación resultó ser un factor esencial para la apropiación de los contenidos. Complementariamente, conocer las comunidades y garantizar su participación en el proceso facilita la adaptación y contextualización de los mensajes, así como también el uso de un lenguaje adecuado y la utilización de los medios y formas que mejor representen sus recursos materiales y culturales.

Debido a ello, se pudo observar que el desarrollo de este instrumento, combinado con el trabajo de las organizaciones e instituciones implementadoras de las iniciativas en comunicación, hizo posible que distintas comunidades de las Américas contaran con información veraz, concisa y aplicable para resguardar su salud en el contexto de pandemia.

Agradecimientos

Los autores y la autora agradecen a la Dra. Orielle Solar y a todo el equipo de la Unidad de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales del Departamento de Determinantes Sociales y Ambientales para la Equidad en Salud (DHE/HP) de la Organización Panamericana de la Salud, que lideró el proceso que se sintetiza en este capítulo, por habilitar el acceso

a los documentos y demás materiales usados para el análisis aquí desarrollado.

Referencias

- Agrest, M., Rosales, M., Matkovich, A., Cabrera, R., Pinto, R. F., Paternina, J., Fernández, M., Ardila Gómez, S. E., y Velzi Diaz, A. (2022). Efectos de la pandemia por Covid-19 en la atención de personas con discapacidad psicosocial: perspectiva de trabajadores. *Revista Argentina de Salud Pública*, (14), e37. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/743/757>
- Batthyány, K. (2021). *En pandemia, las desigualdades y discriminaciones se han profundizado para la población LGBTIQ+*. Info CLACSO. <https://www.clacso.org/en-pandemia-las-desigualdades-y-discriminaciones-se-han-profundizado-para-la-poblacion-lgbtqi/>
- España, M. (20 de junio 2021). *Plan de vacunación contra el Covid ha excluido a comunidades indígenas*. Prensa Libre. <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/plan-de-vacunacion-contr-el-covid-ha-excluido-a-comunidades-indigenas/>
- Organización de Naciones Unidas, ONU. (2016). *La radio es un medio que puede salvar vidas en situaciones de emergencia*. ONU. <https://news.un.org/es/story/2016/02/1350761>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2020). *Public health and social measures for Covid-19 preparedness and response in low capacity and humanitarian settings*. WHO. <https://www.who.int/publications/m/item/public-health-and-social-measures-for-covid-19-preparedness-and-response-in-low-capacity-and-humanitarian-settings>.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2020). *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52955>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2022). *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2023*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55950>

Plataforma de Colaboración Regional para América Latina y el Caribe (2021). *Encuesta de las Naciones Unidas sobre Juventudes de América Latina y el Caribe dentro del Contexto de la Pandemia del Covid-19* (LC/TS.2021/68). Organización de las Naciones Unidas. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/s2100285_es.pdf

EXPERIENCIAS DE COMUNICACIÓN VINCULADAS A LA PROMOCIÓN DE DERECHOS EN SALUD MENTAL EN ARGENTINA

Carmen Mercedes Cáceres¹, Guadalupe Granja²

Momentos fundantes de ADESAM

La Asociación por los Derechos en Salud Mental, ADESAM, es una asociación civil formada por personas trabajadoras en los campos de la salud mental y del derecho, para promover y dar visibilidad a la implementación de políticas públicas integrales en salud. Su origen fue la defensa de los derechos humanos de las personas que, habiendo sido internadas a partir de alguna situación crítica en su salud mental, permanecían confinadas en hospitales monovalentes (es decir, de una sola especialidad, que funcionan como institución de encierro). Estas personas –que habían perdido los lazos y apoyos que sostenían su vida en la comunidad– seguían alojadas en los hospitales psiquiátricos por la inexistencia o insuficiencia de dispositivos que permitieran asistirles y acompañarlas en sus vidas, para una plena inclusión en la comunidad (Ardila, 2019; Galende y Kraut, 2006; Mental Disability Rights International–Asociación Civil Centro de Estudios Legales y Sociales, 2019; Petri, 2021).

1 Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Magíster en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Nacional de Lanús. Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital José E. Esteves de Temperley. Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: adesam@adesam.org.ar

2 Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Diplomada en Salud Mental y Derechos Humanos por la Universidad Nacional de José C. Paz. Centro de Salud Mental Nro. 1 Dr. Hugo Rosarios. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: adesam@adesam.org.ar

En 2004, los primeros pasos que dieron lugar a ADESAM provinieron de la convocatoria del Dr. Alfredo Kraut a un grupo de personas con inserción en distintos dispositivos del campo de la salud y del derecho, en el intento de formar una asociación civil que tomara como prioridad la cuestión de las personas con padecimiento mental. Él había participado en la elaboración de leyes, entre otras la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y había publicado numerosos textos acerca de los derechos de las personas con padecimiento mental, siempre planteando la necesidad de una legislación para la protección de los derechos y facilitar la creación de organismos estatales y asociaciones intermedias (ONG) que reunieran a pacientes y/o familiares.

Al respecto, si bien algunas asociaciones ya trabajaban con esa temática, con acciones orientadas a quienes sufrían las consecuencias de los daños causados por el terrorismo de Estado, parecía necesario generar una asociación que tomara la problemática de salud mental en su conjunto.

En el momento en que conformamos la asociación³, algunas integrantes ya estábamos llevando adelante el “Programa de Rehabilitación y Externación Asistida” (PREA) en el Hospital Interzonal José Esteves, en Temperley (Provincia de Buenos Aires). El PREA surgió en 1999 a partir de una resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (R.M. N° 001832), y tiene como objetivo “promover y sostener la externación de pacientes internados en los hospitales psiquiátricos de la Provincia que carecen de soportes familiares y económicos, organizando redes asistenciales y sociales que actúen como soportes del proceso de externación” (Cáceres et al., 2009, p. 300). Desde su creación sigue funcionando y demostrando que, con el apoyo adecuado, las personas pue-

3 Todos los antecedentes de la asociación, sus objetivos, actividades y materiales se encuentran disponibles en su sitio web: www.adesam.org.ar y redes sociales: <https://www.facebook.com/adesam.derechosaludmental/>; <https://www.instagram.com/adesam.derechos.salud.mental/>; <https://twitter.com/adesamsaludment>

den acceder a una vida digna en comunidad, sin estar internadas más allá de la situación crítica: se trata de un claro ejemplo de que el hospital monovalente no cura a nadie y, por el contrario, genera aislamiento social y dependencia, con sus consecuencias ineludibles de cronificación (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo [INADI], 2014).

Podemos decir que cuando formamos ADESAM existía una normativa orientada en los derechos humanos (desde la Reforma constitucional de 1994, que incorporaba los tratados internacionales de derechos humanos a la jerarquía constitucional), pero en los siguientes años se fue ampliando con la firma de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008) y la sanción en 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Como asociación pudimos participar de los debates e instancias públicas que precedieron a su sanción (Barcala y Faraone, 2020) y promulgación, y desde ese momento trabajamos y militamos para su reglamentación, plena implementación y defensa de los embates que buscan derogarla, modificarla o implementar políticas que contradicen su espíritu.

Este antecedente fundacional es relevante, porque de alguna manera las cosas que decidimos y que empezamos a hacer hace años hoy siguen siendo vigentes. En la Argentina hoy tenemos la Ley de Salud Mental (Ley N° 26.657/2010), su reglamentación de 2013, y un nuevo Código Civil y Comercial vigente desde 2015, que convalida lo que la ley señala muy claramente: el fin del manicomio y del encierro manicomial.

Sin embargo, en los hospicios del país había y todavía hay personas que continúan internadas, aun cuando la Ley de Salud Mental deja establecido que no puede seguir adelante un régimen que no cura a nadie⁴. Con todo, algunas de estas

⁴ De un total de 12.035 personas internadas por motivos de salud mental (con edades entre 7 y 96 años), únicamente el 36% de ellas continuaba internada por presentar riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, mientras que

instituciones sufren un proceso de transformación tendiente a su cierre definitivo. Tal es el caso de la Provincia de Buenos Aires, donde en 2020 se implementó el Programa “Buenos Aires libre de manicomios”. Se trata de una de las experiencias a las que ADESAM ha estado acompañando y sosteniendo para dejar claro el lugar necesario del Estado en el sostén de estas transformaciones, como garante de la salud de la ciudadanía.

Nuestro trabajo se orienta también hacia la difusión del paradigma de derechos en salud mental: la presunción de capacidad implica considerar a todas las personas como “capaces”, independientemente de su diagnóstico psiquiátrico, teniendo que ser evaluado, en cada caso y en cada momento, lo que una persona puede hacer sola, qué actividades o el ejercicio de cuáles derechos requieren de apoyos. Esta transformación en la concepción de la capacidad jurídica, plasmada en el nuevo Código Civil y Comercial, supone un cambio en las prácticas de todos los sectores sociales, pues pone el foco en lo que las personas sí pueden hacer y limita las acciones ejercidas desde un paradigma tutelar.

Incidencia en políticas públicas y difusión de experiencias

Desde la convicción de que, como organización de la sociedad civil, ADESAM debe ayudar a promover y sostener políticas públicas garantes de derechos, nos propusimos dar visibilidad y acompañar las experiencias existentes en el país, América y el mundo. Creemos que no debería haber fronteras para avanzar en nuevos pisos de derecho, en el acceso a los mismos y su ampliación, así como también darles visibilidad a esas iniciativas y ponerlas en contacto entre sí para generar

el 37,2% estaba internada por problemáticas sociales y de vivienda, en contradicción con el artículo 15 de la Ley Nacional de Salud Mental. El 25% de las personas estuvo internada 11 años o más; el máximo tiempo de internación registrado en una institución fue de 90 años (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019).

posibles articulaciones, buscando o creando oportunidades de difusión.

Desde este espíritu, ADESAM ha participado de la Red de Prácticas y Experiencias de Cuidado⁵, un lugar de encuentro virtual internacional en el que intercambiamos y difundimos algunas de las experiencias de trabajo desde una perspectiva de derechos. También implementamos el Mapa de Experiencias que cumplen con la Ley Nacional de Salud Mental⁶, una forma de generar visibilidad para aquellas experiencias que comprobadamente trabajan para garantizar y defender los derechos de las personas que participan de ellas.

De igual modo, participamos del proyecto de investigación PISAC Covid-19 N° 0118: “Covid-19, salud y protección social: aportes desde las prácticas de cuidado territoriales para el fortalecimiento de políticas integrales de salud mental comunitaria en los nuevos escenarios pospandemia”, llevado adelante por 9 nodos (grupos de trabajo nucleados en una universidad) y seleccionado en la convocatoria de la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación. En ese contexto trabajamos en el mapeo y sistematización de prácticas y experiencias de cuidado de la salud/salud mental de actores territoriales referenciadas como promotoras de derechos, analizando su articulación con las medidas de gobierno a nivel nacional, provincial y local, implementadas en el marco de la pandemia y focalizando en distintos grupos poblacionales en Chubut, Río Negro, Santa Fe y Buenos Aires durante 2020⁷.

Una búsqueda permanente también ha sido la promoción de la ligazón comunitaria, para generar mejores condicio-

5 Más información en este enlace: <https://practicasyexperienciasdecuidadosm.udc.edu.ar/>

6 Más información en este enlace: <https://adesam.org.ar/2019/07/23/mapa-de-experiencias-que-cumplen-con-la-ley-nacional-de-salud-mental/>

7 Más información en este enlace: <https://www.argentina.gob.ar/ciencia/agencia/acciones-covid-19/pisac-covid-19>

nes hacia el buen vivir. “Nadie se salva solo” es un lema que adoptamos y queremos sostener, por lo cual participamos de redes que se van entrecruzando en la búsqueda de objetivos compartidos.

Así, participamos en redes que incluyen asociaciones civiles, áreas de gobierno, colectivos de usuarias y usuarios y familiares que se orientan hacia los mismos fines y principios. Un ejemplo de ello fue la Red de Salud Mental y Derechos Humanos, que durante varios años nucleó a quienes venían trabajando en esa orientación, contribuyendo a la discusión en torno a la necesidad de una Ley de Salud Mental y como partícipe de diversos espacios que fueron dándole visibilidad a la problemática y a la necesidad de legislación local, acorde con los tratados internacionales a los cuales adhería nuestro país y ya tenían rango constitucional desde 1994 (proceso que culminó con la sanción de la Ley N° 26.657 en 2010). Más adelante también participamos de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, la Red Nacional de Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos⁸, el Movimiento Nacional en defensa de la Ley N° 26.657, y las Mesas para la plena ejecución de la Ley Nacional de Salud Mental. Todos estos han sido espacios de intercambio y trabajo conjunto para la implementación de la normativa en salud mental.

Así mismo, formamos parte del Movimiento de Salud de los Pueblos, el cual sostiene que la salud es un derecho inalienable y que los Estados tienen la responsabilidad de garantizarla. Nació en el año 2000 en Bangladesh y nuclea a colectivos y referentes de 70 países de los cinco continentes. ADESAM se sumó en 2011 y contribuyó a la convocatoria de un área de trabajo en salud mental, propuesta que fue presentada en 2023 y que será ampliada en la 5^{ta}. Asamblea por la Salud de los Pueblos a realizarse en Argentina en abril de 2024.

8 Más información en este enlace: www.redsaludmental.org.ar y https://www.facebook.com/redsaludmentalddhh/?locale=es_LA

Como espacio privilegiado de participación política, ADESAM también fue integrante, entre abril de 2015 y mayo de 2023, junto con otras 29 entidades de la sociedad civil, del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones (CCHyA), creado en 2013 por el Decreto Reglamentario de la Ley N° 26.657. Este Consejo constituye el aporte de entidades de la sociedad civil del campo de la salud y los derechos, que acompañan e inciden en la implementación de políticas públicas que hagan efectivo el cumplimiento de la ley. Depende de la Comisión Nacional Interministerial de Salud Mental y Adicciones (CONISMA)⁹, y está formado por organizaciones vinculadas al campo de la salud mental y los consumos problemáticos, que trabajen de acuerdo con los lineamientos de la mencionada ley, pertenecientes a categorías que abarcan: organizaciones de personas usuarias de los servicios de salud mental y familiares; sindicatos; asociaciones y colegios de profesionales; organizaciones de la sociedad civil y espacios académicos del campo de la salud mental y las adicciones.

En este último caso, ADESAM pudo completar dos períodos de participación hasta mayo de 2023, con el aporte de dos consejeros. Esta experiencia constituye un hito muy importante en la vida de la asociación, en correspondencia con su propósito de incidir en las políticas públicas que amplíen los derechos de las personas en el campo de la salud. Pudimos aportar la experiencia de integrantes de ADESAM en equipos interdisciplinarios de externación asistida, recuperación en personas y familias que sufrieron los efectos de internaciones croni-

9 Organismo creado por la Ley Nacional de Salud Mental en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación, en la cual participan los ministerios de Salud; Justicia y Derechos Humanos; Educación, Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Mujeres, Géneros y Diversidad; Defensa; Desarrollo Social; Desarrollo Territorial y Hábitat; Economía; Obras Públicas; Seguridad y Transporte. También intervienen la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR), la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDis) y el Órgano de Revisión Nacional de la Ley N° 26.657.

cantes, trabajos territoriales, recuperación laboral, derechos vulnerados por cuestiones de género, difusión y comunicación. La participación en el CCHyA promovió diversos debates internos necesarios para construir las propuestas y aportes que los consejeros llevaban a las reuniones del CCHyA. Al final del segundo mandato no era viable reglamentariamente volver a presentarse, pero de la participación en las dos conformaciones anteriores quedaron lazos establecidos que facilitan el contacto con las entidades nucleadas actualmente y las autoridades. La posibilidad de aporte sigue vigente, y las redes en funcionamiento permanente.

Ahora bien, el punto de partida para organizar nuestro accionar ha sido la detección y cercanía con necesidades presentes en el campo de la salud mental. En ese trayecto, fuimos encontrando tanto vulneraciones —como los encierros cronicificados—, hasta nuevas dimensiones como la perspectiva de género.

En relación con esto, si bien hay leyes que pueden ir instalando nuevas posibilidades, aún sabiendo de los límites de las mismas cuando no son acompañadas de políticas públicas que las sostengan, podemos afirmar que ninguna normativa alcanza para hacer efectivo el acceso a derechos si no se implementan los programas y formas de aplicación práctica y territorial de las mismas. Tampoco alcanza si no hay voluntades de personas que tomen su bandera, que lo vivan como algo que interpela las prácticas, su cotidiano hacer en la tarea, que en salud es asistencial, preventiva y terapéutica. Nos referimos al hacer que no es solo de determinadas profesiones a las que concierne la temática, sino al hacer de todos los que participamos en el campo de salud, intersectado con el campo de la educación, del trabajo, de los derechos humanos, de la problemática y la perspectiva de género, del arte y especialmente por las circunstancias históricas, sociales, económicas de cada momento y lugar. Intentamos transmitir estos atravesamientos que tienen tanta diversidad y complejidad, para contribuir a que el saber de la existencia

y la exigibilidad de los derechos llegue al mayor número de personas posible.

Ponemos como ejemplo de esta implementación de políticas al ya mencionado PREA, que en su creación no tuvo previsto un final, sino que probablemente culminará el día en que salga la última persona de un hospicio de la provincia, y se extinga porque esas personas ya van a tener un lugar de inserción en la comunidad, con qué sostenerse y una asistencia adecuada, que es lo que hace falta para generar oportunidades de inclusión social que reparen los daños remanentes del sistema manicomial.

En ese sentido, abogamos por que los programas no sean pruebas piloto que empiezan y terminan al ritmo de la orientación política de los gobiernos, sino que cuando demuestren eficacia para los fines por los que fueron creados, no queden solo como un buen recuerdo, sino que se instalen como políticas guiadas por el paradigma de los derechos humanos, capaces de generar tramas que hagan realidad el sistema de apoyo que hoy marca la ley.

Lucha contra el estigma y la discriminación

Con el correr de los años y con los mismos propósitos, se sumaron al accionar de ADESAM personas que han vivido con el padecimiento mental y también familiares deseosos de trabajar a favor de la plena inclusión social de estas personas en la comunidad¹⁰. Su participación ha sido fundamental en los contenidos y formas de transmitirlos, precisamente porque conocen la temática desde dentro y esperan que dejen de naturalizarse prácticas instaladas en la comunicación verbal interpersonal, en la gestualidad y en el discurso de muchos medios de comunicación.

10 Da cuenta de ello el aporte a la Comisión de Apoyo al Hospital de Día de Traslasierra, que comenzó con la supervisión del espacio y redundó en que varias integrantes de este espacio se sumaran como socias a ADESAM.

Ha sido una idea que ha guiado todas las acciones de la asociación la búsqueda de un cambio social profundo en relación con la estigmatización de las personas con padecimiento mental. Esto, porque al ser internalizado, el estigma constituye una barrera muchas veces infranqueable para su recuperación (Agrest et al., 2021), para que sus vidas cobren dignidad y sean sentidas como valiosas por ellas mismas y por el conjunto social. Consideramos que es necesario un gran esfuerzo en todos los niveles de formación y en todas las estructuras asistenciales, por conocer más esta problemática y difundir los modos en los que el estigma afecta las vidas, generando sufrimientos mayores que los que causan los síntomas propios de la enfermedad. En ese sentido, venimos trabajando a favor de desarrollar dispositivos de ayuda mutua entre pares, esto es, entre personas con experiencia vivida en relación con el padecimiento mental.

Así, nos proponemos encarar nuestra tarea haciendo centro en las fortalezas, los saberes y modos de afrontamiento de la adversidad y las carencias presentes en las personas y comunidades. Consideramos que es nuestra obligación reconocer estas potencialidades y recursos presentes, los que permiten rescatar la vida de la desesperanza, aún en condiciones de existencia muy arduas (Amendolaro, 2013).

Cuando quienes tenemos obligaciones –como profesionales de la salud, la educación y el derecho– no reconocemos esas capacidades somos partícipes, sin que nos lo hayamos propuesto, de la estigmatización social, con sus efectos sobre las vidas de las personas con padecimiento subjetivo. La baja autoestima, la desesperanza aprendida, la falta de estímulo y acompañamiento por parte de las y los profesionales, la poca información acerca de las posibilidades de recuperación, ayuda a que las personas afectadas asuman y naturalicen los estereotipos sociales negativos. En efecto, desear cambios en la propia vida, soñar con algo más que la estabilización dentro del cuadro psicopatológico, el logro de “conciencia de situación” que no se limita a la “conciencia de enfermedad”,

suele estar acompañado con un miedo tan fuerte a perder, a perderse, que quizás pueda llevar a escapar de la frustración evitando directamente los sueños (Geffner y Agrest, 2021). La estigmatización en la vida de las personas con padecimiento mental, entonces, opera en terrenos tan íntimos e intangibles que por eso es un campo de la ampliación de derechos, uno de los ejes temáticos que han sido prioritarios para las tareas de difusión de la asociación.

El abordaje en nuestra tarea como profesionales cambia totalmente si nos ocupamos de las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, y no solamente de los déficits, de lo que no pueden, de lo que los dañó. También e ineludiblemente, para que cambie la relación de estas personas con la vida, nos tenemos que ocupar de sus fortalezas. En orden con esta prioridad, en ADESAM venimos trabajando desde el principio en contacto con compañeros de nuestro país, de otros países de América Latina, y especialmente de Italia, haciendo redes con personas que promueven estas ideas y las prácticas que van desarrollándose como consecuencia de un cambio de paradigma que tiene como guía el acceso y ejercicio de los derechos humanos.

Organización de eventos públicos para la difusión de derechos

ADESAM comenzó a realizar el Encuentro Patas Arriba hace 15 años, con un nombre que intentaba llamar la atención sobre aquello que debe ser puesto “Patatas Arriba” (que en salud mental claramente es terminar con las instituciones de encierro crónico que signan el destino de tantas personas).

Este encuentro estuvo inspirado en una reunión anual a la que nos invitaron en Italia, con participación de contingentes de todas las regiones, destinado a la promoción y estímulo de la inclusión social y al pleno goce de derechos de las personas con padecimiento mental, preservando el respeto de sus necesidades de sostén. Ellos le llamaban “Sotto Sopra” (abajo arriba-arriba abajo), que quiere decir que todas las personas

podemos pasar por momentos en la vida en los que estemos arriba y en otros en los que estemos abajo en nuestro ánimo y capacidades, en nuestras dificultades y realizaciones. El Encuentro Patas Arriba se ha llevado adelante en distintos lugares de nuestro país y del exterior, y ahora es una red de encuentros que ocurren alrededor del 10 de octubre de cada año, Día Mundial de la Salud Mental, gracias a la multiplicación de redes que decidieron acompañar y replicar este día de concientización, difusión y celebración. Lo hacemos unidos por el mismo lema, “Contra el estigma y el encierro manicomial, a favor de la plena inclusión social de las personas con padecimiento mental”¹¹.

También hemos participado en la Marcha por la Salud Mental, organizada anualmente en la provincia de Córdoba, así como en movilizaciones organizadas ante las amenazas a los derechos consagrados, por ejemplo, en 2019 debido al intento de neutralización de la Ley Nacional de Salud Mental que contradecía su espíritu a través de un proyecto de modificación de su decreto reglamentario.

Supervisión de experiencias como espacio de difusión

A lo largo de los años ADESAM ha respondido a muchos requerimientos de supervisión que nos hicieron llegar diversos colectivos, destacando especialmente los provenientes de grupos de residentes de hospitales públicos, generales y monovalentes. En general, estos apoyos estuvieron ligados a las experiencias grupales, tanto terapéuticas como de inclusión social, y a la valorización e instrumentación de la ayuda mutua y la incorporación de pares entre los recursos del equipo de salud. En esas experiencias ha aparecido constantemente la mención a la escasa presencia de la temática del estigma social que afecta la vida de las personas con padecimiento

11 Más información en este enlace: <https://redpatas.wixsite.com/patasarriba> y en Facebook: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100064782696149>

mental y en las mallas de grado de las carreras clásicas del campo de la salud.

Al respecto, también hemos recibido la invitación a participar de clases universitarias, especialmente de la Cátedra II de Salud Pública y Salud Mental (Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires), donde existe una coincidencia importante en relación con esta orientación teórica –distinta de la hegemonía del pensamiento que circula en esa casa de estudios– y que necesariamente debe reflejarse en las prácticas (Stolkiner, 2021). A ello se suma la participación como ponentes en jornadas y congresos para difundir la perspectiva que sostenemos.

Por sus particularidades, una experiencia que ha resultado importante ha sido la supervisión de la Red Voluntaria de acompañamiento a Madres de Plaza de Mayo, apuntando especialmente al lugar de las madres como sujetos de derecho al cuidado, al que tienen derecho más allá de su posicionamiento como personas que consagraron sus vidas a la lucha por la memoria y la verdad en el período dominado por el terrorismo de Estado, y su acceso a la justicia que debe sancionar los crímenes cometidos.

Esta red nació a partir de una iniciativa del equipo de salud mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), que convocó a ADESAM para delinear conjuntamente una propuesta de apoyo en espacios de la vida, a partir de necesidades manifestadas por parte de algunas madres y familiares de personas víctimas del terrorismo de Estado. Se trataba de acompañar de un modo comunitario y generar un lazo social apto para facilitar momentos de compañía, a veces de esparcimiento, por fuera de lo que serían los modos terapéuticos o asistenciales.

Uno de los aspectos que tuvimos en cuenta fue poner “entre paréntesis” la temática ligada a la heroicidad de las madres y abuelas como su lugar ganado en la sociedad. Creíamos que muchas veces ellas se veían obligadas a hablar de lo

doloroso, histórico y nuclear de sus vidas y no siempre por propia necesidad, sino por las demandas de las demás personas. Con este objetivo, enunciarnos algunos lineamientos para tener en cuenta en los encuentros entre personas voluntarias y madres, por ejemplo, garantizar que las conversaciones fluyeran por sus intereses singulares, ampliamente, sin dirigirse de forma obligada a su lugar icónico, sino para una escucha activa y abierta de lo que ellas quisieran manifestar, pues al relatar la pérdida y la búsqueda incansable de sus hijos e hijas, el dolor se renovaba cada vez.

En su inicio, el voluntariado tuvo presencia de personas que ya venían dando apoyo espontáneo a algunas madres y que, a la vez, se referenciaban en el CELS. Por otra parte, en agosto de 2015 se abrió una convocatoria a la cual respondieron algunas personas provenientes de una cátedra de la Facultad de Psicología de la UBA. Tras algunas reuniones, se fue consolidando un grupo dispuesto y afín con el modo en que había sido delineado el acompañamiento, y desde ese momento se fueron sucediendo encuentros que en varios casos llegaron a acompañar a algunas madres hasta el fin de sus vidas.

Los vínculos se fueron tallando en la singularidad de cada encuentro y en el devenir de estos años se confirmó lo acertado de haber creado ese espacio: era necesario y los testimonios de las y los participantes lo confirman. ADESAM asumió desde los inicios la tarea de supervisión, lo que significaba un espacio de reflexión en torno a cada acompañamiento y de las dificultades y particularidades que se iban presentando en cada momento, por ejemplo, en la relación entre las personas voluntarias y las familias y personas allegadas de las madres, llegando a situaciones de gran colaboración en momentos difíciles. Como resultado de estos esfuerzos siempre fue posible encontrar modos de intervención que fueran respetuosos de los lineamientos trazados al idear este espacio.

Apoyo a emprendimientos socioproductivos

Otro aspecto muy relevante para nosotros es que a través de la asociación —y gracias al esfuerzo de mantener su personería jurídica en regla, cumpliendo con las directivas emanadas de la Dirección Provincial de Personas Jurídicas de la Provincia de Buenos Aires—, hemos logrado facilitar el acceso a subsidios y programas de financiamiento para actividades dirigidas a promover el ejercicio de derechos de las personas con padecimiento mental.

Es así como, a través del Proyecto Dignidad antes nombrado, se accedió a la compra de insumos y al pago de honorarios para capacitaciones que permitieron la puesta en marcha de emprendimientos sociales como la Feria Americana Bellisimas, la revista *Mente Libre* y la empresa gráfica *Made in Libremente*.

En la misma línea, fuimos seleccionados en la convocatoria de proyectos para el Programa de Fortalecimiento de Unidades Productivas Inclusivas, de la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), con lo cual se solventó la compra de materiales y el pago de honorarios de capacitación para la puesta en marcha de una feria comunitaria de emprendedores en el Centro Comunitario Libremente, en Temperley, que se realiza todos los meses, acompañada de shows artísticos y buffet.

Por otra parte, a través de un subsidio del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, se facilitó la compra de elementos para la difusión de las actividades llevadas adelante por el Centro Comunitario Libremente. En tanto que por medio del programa “Promover la igualdad de oportunidades de empleo”, del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, ADESAM facilita y ha facilitado el acceso a la inclusión laboral de personas con discapacidad en los emprendimientos socioproductivos Bar Cruz del Sur y Manos a la Huerta, que funcionan en el Hospital Interzonal José A. Esteves, así como en actividades administrativas en el Centro Comunitario Libremente.

Otro subsidio obtenido a través de la Convocatoria Nacional de Proyectos para el fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud Mental con base en la comunidad en el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, de la Dirección Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud de la Nación), facilitó la compra de materiales para el emprendimiento socioprodutivo textil Aprendizaje, que funciona en el Hospital Interzonal José A. Esteves.

De este modo, en la promoción y sostén de estos emprendimientos siempre buscamos maneras en las que cada experiencia y su difusión sirvieran como semillero de nuevas iniciativas y demostraciones prácticas de la posibilidad de transformar las vidas de quienes han vivido en el padecimiento mental, aprovechando oportunidades para la ampliación de sus derechos como en este caso, el derecho al trabajo con el aporte a la dignificación de la vida.

Elaboración de materiales de difusión accesibles

Sumado a las anteriores iniciativas, ADESAM ha participado en distintos proyectos con financiamiento internacional, los que le permitieron elaborar documentos de difusión de derechos en lenguaje simple y formato accesible.

Por ejemplo, en 2012, ADESAM colaboró en la elaboración de una cartilla ilustrativa acerca de los derechos de las personas con discapacidad¹² a través de su participación en el Observatorio sobre Derechos de las Personas con Discapacidad Psicosocial, creado por el proyecto Dignidad y que contó con financiamiento de la Unión Europea. En este espacio participaron representantes de organizaciones sociales y de organismos del Estado, así como también personas de la sociedad civil que trabajaban a diario en la temática. El proyecto tuvo como objetivo lograr la inclusión social plena y en igualdad

12 Más información en este enlace: <https://bit.ly/guiaprojectodignidad>

de condiciones de las personas en situación de discapacidad psicosocial, a través de la implementación de prácticas de trabajo orientadas a la promoción y aplicación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental en áreas estratégicas de Argentina.

En la misma línea, entre 2015 y 2017, ADESAM participó del proyecto “Violencia institucional: hacia la implementación de políticas de prevención en la Argentina”, ejecutado por CELS, ADESAM, Asociación Pensamiento Penal (APP), Asociación para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos (Xumek), Colectivo de Acción Jurídica (CIAJ) y Coordinadora de Trabajo Carcelario (CTC) y financiado por la Unión Europea. Con el objetivo de remover algunos de los obstáculos que dificultan la adopción del paradigma de la Ley Nacional de Salud Mental en las prácticas de los equipos de profesionales, auxiliares y operadores, se llevó adelante un relevamiento diagnóstico de las necesidades, se diseñó e implementó una capacitación interdisciplinaria para apuntalar a los operadores en el proceso de cambio, y se elaboró un material impreso –el texto “Derechos Humanos en salud: En el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental”¹³–, para acercar la ley y las implicancias de su implementación a la comunidad, especialmente a quienes integran el campo de la salud/salud mental: trabajadores, personas afectadas en su salud mental, usuarias de servicios y familiares. Este material fue distribuido ampliamente en forma impresa, y ha sido incluido como bibliografía en materias de grado y en el examen de ingreso al sistema público de residencias en salud mental.

Por último, entre 2017 y 2020, ADESAM participó del proyecto “Lucha contra la tortura y malos tratos en la Argentina: promoviendo políticas de prevención, rendición de cuentas y rehabilitación de víctimas”, ejecutado por CELS, ADESAM, Xumek, Centro de Participación Popular Mons. Enrique Ange-

13 Más información en este enlace: <https://bit.ly/cuadernilloadesam>

lelli, Colectivo de Investigación y Acción Jurídica CIAJ, Universidad Nacional de Lanús (UNLA), Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Rosario (FDER-UNR), y financiado por la Unión Europea. En el marco de este proyecto, elaboramos un folleto de difusión de derechos y del Órgano de Revisión en Salud Mental creado por la Ley N° 26.657 denominado *Guía de derechos en salud mental*¹⁴. Este material fue pensado para utilizarse en grupos de reflexión y trabajo con personas usuarias, familiares y allegadas y se distribuyó en centros de atención en todo el país, gracias a la colaboración de la Dirección Nacional de Salud Mental.

Convocatoria de la Organización Panamericana de la Salud, OPS

En 2021 tomamos conocimiento de la convocatoria para la presentación de interés en la elaboración de propuestas para promover y fortalecer la implementación de las *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19* (OPS, 2020). Como resultado, presentamos iniciativas en las áreas de sistematización, capacitación y comunicación, donde fueron seleccionados tres de nuestros proyectos.

El proyecto de sistematización “Análisis y sistematización de políticas públicas en Argentina adoptadas como respuesta a la pandemia, aplicando la guía ‘Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19’. Estudio de caso”, fue llevado adelante en conjunto con las Universidades de San Martín, Chubut y Lanús, y conllevó la realización de entrevistas a referentes territoriales y funcionarios acerca de cómo impactaron las políticas públicas implementadas durante la pandemia por Covid-19 en los

14 <https://bit.ly/guiaderechosadesam>

territorios, así como un análisis y entrecruzamiento de bases de datos que permitiera evidenciar cuáles de las orientaciones desarrolladas en la guía habían sido recogidas en las políticas públicas a nivel nacional y en dos provincias argentinas durante 2020.

Por su parte, los proyectos de capacitación (“Capacitación para la implementación de la guía ‘Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19’, entre usuarios y trabajadores del área de salud mental” y de comunicación (“Accesibilidad de la guía ‘Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19’ para la difusión, superación de obstáculos y aceptación de medidas de salud pública no farmacológicas entre personas con discapacidad psicosocial en Argentina”) tuvieron una raíz en común: la realización de una encuesta online autoadministrable y de entrevistas y grupos focales para conocer cuáles fueron los principales obstáculos y efectos no deseados de las medidas de salud pública no farmacológicas adoptadas en nuestro país durante la pandemia.

Sobre la base de los resultados de este pequeño estudio exploratorio en el cual se buscó asegurar la participación de personas usuarias de salud mental, se llevaron adelante acciones específicas en el marco de cada uno de los proyectos, las que se describen en los siguientes párrafos.

El proyecto de comunicación tradujo las recomendaciones y la información que se seleccionó como especialmente relevante para el grupo destinatario a un lenguaje simple, junto con el aporte de un diseñador gráfico e ilustrador para mejorar la accesibilidad a los contenidos. El resultado fue un material ilustrado a color de 26 páginas llamado *La pandemia, una experiencia para toda la humanidad. Recomendaciones de salud integral para transitar la pandemia de Covid-19*, el cual se diversificó en los siguientes productos:

- Un cuadernillo digital “para Latinoamérica”¹⁵, reemplazando el “vos” que es corriente en Argentina, por el “tú”, y con referencias amplias para que pudiera ser utilizado en cualquier país.
- Un cuadernillo digital “para Argentina”¹⁶, con el uso corriente del “vos” y la incorporación de referencias a espacios de atención en nuestro país.
- 300 ejemplares impresos del cuadernillo para Argentina, con el objetivo de ser utilizados en grupos de reflexión presenciales.

El objetivo de estos desarrollos apuntó a que la información en torno a los cuidados frente al Covid-19 fuera difundida en un formato y lenguaje accesible que permitiera a todas las personas entender la importancia de las medidas de cuidado, resaltando aquellas prácticas que no era aconsejable dejar de respetar, para cuidarse del virus mientras todavía circulaba y representaba una amenaza para la salud colectiva. También nos pareció importante poner el acento en sostener los vínculos personales que hacen bien como parte del cuidado de la salud mental, así como la búsqueda de información a través de fuentes confiables.

En el proyecto de capacitación, en tanto, se elaboró el syllabus o plan de estudios de espacios de capacitación con el formato de talleres en pequeños grupos, tanto presenciales como virtuales, para abordar con usuarios y trabajadores del área de salud mental en torno a la superación de los obstáculos para la implementación de las medidas de salud pública no farmacológicas. Sobre la base de esta propuesta se llevaron adelante las capacitaciones presenciales (en el Hospital Interzonal José A. Esteves y en el Hospital de Día para niños, niñas y adolescentes, AIPANN) y virtuales (a través de la articulación con la Asociación Civil Proyecto SUMA). En los

15 Más información en el enlace: <https://bit.ly/adesamcovid19>

16 Disponible en: <https://bit.ly/adesamcovidarg> para lectura online.

encuentros presenciales se utilizó el material elaborado en el marco del proyecto de comunicación, mientras que en los virtuales se trabajó con una versión simplificada de los contenidos con apoyo visual.

Conclusiones

Como corolario, creemos importante transmitir que el objetivo que nos llevó a fundar ADESAM tuvo y tiene un sentido que se reafirma en la actualidad y renueva su proyección hacia el futuro.

Nuestro país cuenta con una normativa mucho más amplia que cuando lo emprendimos, y sin embargo sigue siendo necesario difundir y dar a conocer la necesidad de transformaciones que abarcan lo familiar y comunitario, pero también a todo el sistema de salud, educación y los distintos aspectos en que está organizada la vida en común. Creemos que es en lo colectivo donde los pueblos pueden reafirmarse en la producción de la paz que necesitan todas las generaciones, todas las personas. La difusión en torno a estos temas intenta sumar apoyo desde la sociedad civil a todas las experiencias que sostienen una mejora en la calidad de vida, en la salud/salud mental y en la ampliación de derechos de las personas, en su acceso a los distintos niveles en el sistema, dando lugar a que este ofrezca respuesta a sus necesidades de la mejor manera posible en cada momento.

No obstante, aunque la participación ciudadana aumente junto con su capacidad de influencia en las prácticas, muchas veces estas quedan sin modificarse, a pesar de la existencia de normativas que indicarían cambios de rumbo. Ejemplo de esto es la permanencia de los lugares de encierro crónico y sus prácticas estabilizadas y naturalizadas.

Así pues, la lucha contra la estigmatización social que sufren las personas con padecimiento mental y las consecuencias que esto tiene como obstáculo para la recuperación y la inclusión social plena también siguen siendo un objetivo a cumplir.

Finalmente, creemos que estas ideas deben estar cada vez más integradas a las carreras de formación de grado de todas las profesiones que confluyen en los equipos de salud, ya que aún es mucho el camino que resta recorrer en ese sentido. Por lo pronto, esperamos que la transmisión de nuestra historia –que agradecemos haber podido hacer en este capítulo–, resulte de utilidad y convoque a seguir haciendo camino.

Referencias

- Agrest, M., Cáceres, C. M., y Geffner, N. (2021). *Recuperación: ¿Qué es la recuperación en el campo de la salud mental?* Enciclopedia Argentina de Salud Mental. <https://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=129&i-dtt=211>
- Amendolaro, R. (2013). Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de derechos humanos. *Lanús, Revista Salud Mental y Comunidad*, 3(3), 19-28. <https://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/documentos/saludmentalycomunidad3.pdf>
- Ardila Gómez, S. E. (2019). *En nombre propio: relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas y ahora viven en la comunidad*. https://bit.ly/En_nombre_propio
- Barcala, A. y Faraone, S. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible*. Teseo.
- Cáceres, C. M., Druetta, I., Hartfiel, M., y Riva Roure, M. R. (2009). El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría*, (20), 299-307. <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec138.pdf>
- Galende, E. y Kraut, A. J. (2006). *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Lugar Editorial.
- Geffner, N. I. y Agrest, M. (2021). Estudio sobre el estigma percibido y el estigma experimentado según los usuarios de servicios de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: su impacto en la recuperación. *Revista Iberoamericana de*

Psicología, 14(2), 21-32. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.14203>

- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo, INADI (2014). *Prácticas inclusivas en salud mental y adicciones con enfoque de derechos humanos*. INADI. http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/recursos-comunicacion/pdf/2015-04-17_practicas-inclusivas-en-salud-mental-y-adicciones-con-enfoque-en-derechos-humanos.pdf
- Mental Disability Rights International-Asociación Civil Centro de Estudios Legales y Sociales (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Siglo XXI Editores.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación (2019). *Primer censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental*. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2020). *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52955>
- Pierri, C. (2021). *Sobrevivir y morir en el manicomio. Memorias de un asilo de mujeres*. Ed. Topía.
- Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en salud mental*. NOVEDUC Perfiles.

DIALOGANDO LA EXPERIENCIA HISTÓRICA DEL CINE Y OTRAS EXPRESIONES ARTÍSTICAS QUE PROMUEVEN LA SALUD, LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DESARROLLO SOSTENIBLE

Iván Zambrano Bencomo¹⁷

Introducción

El presente capítulo está referido a la experiencia de comunicación comunitaria llevada a cabo por la organización venezolana Asociación Nacional de Salas de Arte Cinematográfica Circuito Gran Cine, de acuerdo con la convocatoria realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), para la difusión de la guía *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19* (OPS, 2020).

Esta experiencia de comunicación fue ejecutada en el período comprendido de octubre a diciembre de 2021 y que desarrolló como resultado el video titulado “Yo te cuido, tú me cuidas, nos cuidamos”¹⁸.

En dicha convocatoria, el Circuito Gran Cine obtuvo la aprobación para participar en dos de las áreas de las propuestas por la OPS: comunicación y capacitación. Esto permitió el

17 Magíster en Ciencias Políticas por la Universidad Simón Bolívar. Docente en el Centro de Estudios Políticos y de Gobierno (CEPYG) de la Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela. Correo electrónico: ivzambranoconsultor@gmail.com

18 El video se encuentra disponible en el siguiente enlace: https://www.youtube.com/watch?v=o6YIj0se_QQ

aprovechamiento de elementos o actividades en común y la extracción de lecciones y resultados más amplios, además de una mayor relación e interacción con las comunidades.

Al respecto, la amplia experiencia de la organización Circuito Gran Cine (27 años de funciones) en cuanto al manejo del cine como medio de comunicación, ha permitido desarrollar diversas experiencias en las comunidades, apoyándose en la combinación de comunicación, educación y entretenimiento (o *eduentretenimiento*), bajo los parámetros de la educación popular (Freire, 1995) y la comunicación para el desarrollo (también llamada C4D) (Gumucio Dagron, 2001).

La hipótesis planteada en la propuesta fue que, a través de la comunicación para el desarrollo, se estimula la participación y se potencia la capacidad de la comunidad para el manejo y la comprensión de las orientaciones de la guía de la OPS en la aplicación de medidas preventivas no farmacológicas frente a la pandemia de Covid-19, donde el cine puede transformarse en un medio de comunicación de gran potencia.

En efecto, desde su propio origen como organización no gubernamental en 1996, el Circuito Gran Cine se planteó el reto de la construcción de espacios y posibilidades en donde ejercer la libertad de expresión y fomentar el intercambio de opiniones, impulsando la diversidad cultural y el derecho a la libre circulación de las películas procedentes de diferentes culturas.

A partir de esa visión, Gran Cine fue desarrollando el uso del cine como herramienta de formación a partir de actividades de entretenimiento y del aprovechamiento de la fuerza que tiene el cine para mover las emociones, para acercar así a los espectadores a temas considerados difíciles de abordar.

De esta manera, la práctica del debate, el análisis o la crítica del cine abrieron caminos para crear espacios de formación en materia de derechos y en los temas que podían tener un abordaje complejo, terminó convirtiéndose en el objetivo de la acción principal de Gran Cine.

De igual modo, pese a que llevar el cine a las comunidades podía quedarse solo en el entretenimiento, el Circuito Gran Cine se propuso incrementar su impacto formativo y ampliar su presencia, aliándose con las organizaciones de base y creando redes de cultura cinematográfica o cine clubes. Dichas redes utilizan el cine como herramienta de formación ciudadana y se dedican a estimular el abordaje de temas relativos a los derechos humanos, valores democráticos y, especialmente, la diversidad cultural, acercando el mundo a través de sus cinematografías.

Dentro de ese marco de actuación se han abordado temas de salud y derechos humanos especialmente con jóvenes y adolescentes, tal como sucedió en programas como el realizado con Unicef, un proyecto para el desarrollo de habilidades audiovisuales en organizaciones comunitarias, así como también se ha hecho en la producción de cortometrajes del programa “Fábrica de cine” (Gran Cine, s/f), iniciativa que lleva 10 cohortes y en donde se enseñan herramientas básicas de realización audiovisual para la promoción y difusión de los derechos humanos.

De esta manera, sin ser ajena a los procesos de comunicación en comunidades, ni a los temas de salud y derechos humanos, la experiencia que se documenta acá viene sintetizar lo que realiza el Circuito Gran Cine como una experiencia histórica del cine promoviendo la salud, los derechos humanos y el desarrollo sostenible.

Origen del proyecto

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracterizó como una pandemia la enfermedad Covid-19, causada por el virus SARS-CoV-2 (coronavirus de tipo 2, responsable del síndrome respiratorio agudo severo), contexto del cual no escaparon los países de América Latina y el Caribe, que reportaron miles de casos de contagio y fallecidos.

Por su parte, el Circuito Gran Cine es una Organización no Gubernamental (ONG), con más de 27 años de vida, cuya actividad está centrada en el cine como herramienta de formación ciudadana, llevando además entretenimiento y cultura a comunidades en todo el territorio nacional de Venezuela. Como un agente de cambio, esta ONG está vinculada con movimientos sociales y de derechos humanos en todo el país. Muchas de las organizaciones y líderes sociales han establecido con Gran Cine redes de activismo cultural para defender la diversidad y los valores democráticos, avanzando en la actividad social y cultural cinematográfica gracias al fomento de la reflexión, el debate y la promoción del buen cine.

A partir de una filosofía y compromiso social, ante el llamado realizado por la OPS (2020) para promover medidas no farmacológicas de prevención ante la pandemia de Covid-19, el Circuito Gran Cine vio la posibilidad de contribuir postulando el proyecto “Comunicando medidas para cuidarnos”.

Dicho proyecto propuso la realización de un video participativo con una narrativa que informara y motivara a la población respecto de esta guía. Ello, porque el video tiene la ventaja de poder alcanzar a muchos públicos y, al ser realizado con una importante participación de organizaciones y miembros de comunidades vulnerables, su lenguaje y narrativa se acercan a las audiencias con una mayor efectividad comunicacional.

Para el abordaje de su producción, el video propuesto se apoyó en la comunicación para el desarrollo para aplicar la teoría de cambio, esto es: evaluar el conocimiento, las actitudes y prácticas de la comunidad para incidir en el cambio de comportamiento en referencia a la situación de la salud y medidas preventivas.

Marco conceptual: acerca de la comunicación para el desarrollo

No existe una metodología única que caracterice la comunicación para el desarrollo, pues varias formas de participación, formación y comunicación son reconocidas como sus prácticas. Sin embargo, la clave para su definición puede ser la promoción del cambio. Así, una forma de definirla sería como *comunicación para el cambio social* y su vínculo con el desarrollo se da en la medida en que los organismos responsables, gobiernos, profesionales y técnicos que trabajan para el desarrollo asumen la comunicación como un elemento integrante de los proyectos de desarrollo.

Por su parte, el concepto de desarrollo se entiende en la actualidad como un proceso para mejorar la calidad de vida de las personas, lo que trasciende el crecimiento económico al abarcar aspectos socioculturales fundamentales donde la comunicación es una parte relevante en los planes y programas de desarrollo.

Al respecto, el Banco Mundial [BM], la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO] y The Communication Initiative [CI] (2006) definieron la comunicación como

un proceso social basado en el diálogo, que utiliza una amplia gama de instrumentos y métodos. Tiene que ver con buscar un cambio a distintos niveles, lo que incluye escuchar, crear confianza, compartir conocimientos y habilidades, establecer políticas, debatir y aprender, a fin de lograr un cambio sostenido y significativo (BM, FAO y CI, 2006, p. 5).

Ahora bien, puesto que la comunicación para el cambio social no se trata de persuasión, ni de un proceso vertical o de mera información, sino que por el contrario tiene que ver con la posibilidad de las personas de participar en la toma de decisiones en los asuntos que les afectan, la comunicación para el desarrollo parte de la idea de conocer y saber:

- Cuál es la comunicación que requiere la comunidad.
- Cuáles son los medios o instrumentos disponibles para hacerla efectiva.
- Cuáles son las tradiciones de comunicación que existen en la comunidad.

Desde esta óptica, a partir del fortalecimiento de la memoria y la identidad, la comunicación contribuye a la construcción y a darle sentido al desarrollo. El objetivo fundamental de la comunicación es, pues, que los actores concierten un proceso de gestión participativa del desarrollo. Por ello, se busca impulsar herramientas y medios que garanticen la participación, facilitando la comunicación en las comunidades y de estas con las instancias de decisión.

Por su parte el programa Water and Sanitation Program, WSP, del Banco Mundial señala que:

El uso estratégico de la comunicación puede contribuir a comprender los entornos políticos, sociales y culturales en los cuales el desarrollo tiene lugar. Este conocimiento contextual identifica riesgos no financieros y más bien políticos, rescata la forma en que las sociedades interactúan, revelando sus percepciones, prioridades, expectativas, códigos de lenguaje, culturas, espacios y formas de comunicación. Asimismo, analiza las iniciativas de desarrollo desde la perspectiva de aquellos que son afectados y ayuda a los responsables de la elaboración de políticas (WSP, p. 6).

Por último, podemos señalar que la metodología de la comunicación para el desarrollo parte del diálogo, es decir, del encuentro de saberes y conocimientos que permite hacer claras las necesidades y las posibles soluciones a partir de quienes se constituyen en los principales beneficiarios del desarrollo. Los actores para quienes el desarrollo significa la superación de la pobreza y el alcance de una mayor calidad de vida deben, desde el principio de cualquier proyecto, intervenir en el diálogo.

Características de la población participante

La iniciativa presentada por Gran Cine se desarrolló en Caracas, capital de Venezuela, ubicada en un amplio valle rodeado de montañas que han sido ocupadas, en su mayoría, por viviendas o barrios no planificados. Se trata de construcciones en zonas de difícil acceso y escasos servicios donde a lo largo de más de 60 años se han conformado comunidades con personas procedentes de diversas zonas del país y migrantes de países vecinos. Una complejidad físico-geográfica que genera formas de comunicación muy variadas para mantener las relaciones personales y los puntos de encuentro.

En este sentido, puesto que una condición del proyecto era que las experiencias comunicacionales debían ser desarrolladas en comunidades vulnerables, se recurrió a las colectividades que ya tuvieran vínculos con el Circuito Gran Cine a través de los programas sociales que este desarrolla: “Fábrica de cine”, “Cine con propósito”, “Cine móvil popular”, “Videos comunitarios” y “Festival miradas diversas”. Con ello, se logró la participación de actores de 18 comunidades de los Municipios Libertador, Baruta y Sucre, de la ciudad de Caracas, capital de Venezuela.

Se trata efectivamente de comunidades vulnerables del Área Metropolitana de Caracas, esto es, compuestas por sectores con altos niveles de desempleo e ingresos menores a US\$1 diario, una alta densidad poblacional, hacinamiento y serias fallas en el acceso y suministro de los servicios (agua, luz, gas y telefonía).

Estas barriadas están conformadas por viviendas denominadas “ranchos”, donde sus ocupantes son personas cuyos padres o abuelos venían del interior del país o de zonas rurales de otros países, y que fueron asentándose con viviendas improvisadas que se consolidaron en el tiempo. En el caso de Caracas, estas comunidades están ubicadas en zonas donde estaba prohibida la construcción de viviendas: los laterales de quebradas (por los riesgos de crecidas) o en fuertes pendien-

tes (por los riesgos de deslizamientos). Puesto que los asentamientos se produjeron en la década de los 60, en la actualidad las comunidades se han consolidado en esos territorios.

En estos grupos se encuentran personas dedicadas a actividades informales para la generación de ingresos (comerciantes, obreros y mujeres dedicadas al trabajo doméstico) pero también profesionales como docentes, administradores y otros que, por sus bajos salarios, tienen pocas opciones para adquirir viviendas en otros lugares; es relevante la presencia de personas desempleadas y con discapacidad. Cabe destacar aquí que para el momento de las actividades el país vivía —y sigue viviendo—, una crisis humanitaria compleja que traería implicaciones tanto para los participantes y beneficiarios del proyecto como para el equipo humano de Gran Cine.

Ahora bien, las mujeres de las comunidades seleccionadas han mostrado una vocación natural por la atención de los problemas de su entorno, de modo que junto con las organizaciones comunitarias y de desarrollo social, han ejecutado acciones en pro del bienestar de sus vecinos. El proyecto consideró que esta tradición de trabajo comunitario organizado facilitaría la adopción de medidas de salud pública, puesto que ya habían demostrado su capacidad para organizar grupos y promover la adopción de estrategias, métodos y difusión de información entre sus vecinos, por ejemplo, con acciones concretas casa por casa, o bien, con actividades en espacios abiertos para sensibilizar a la población en cuanto a la necesidad de protegerse contra el virus. Con ello, se valorizaba en terreno la labor de estas mujeres.

Descripción de la experiencia

El proyecto “Comunicando medidas para cuidarnos” estuvo basado en un proceso de diálogo en sintonía con los aportes de la comunicación para el desarrollo, a través de la cual se estimula y potencia la capacidad de la comunidad para el manejo y comprensión de las orientaciones de la guía de la OPS (2020).

Lo que se presenta en este capítulo es el resultado de la aplicación de la experiencia de Gran Cine como herramienta de comunicación para el desarrollo de un video titulado “Yo te cuido, tú me cuidas, nos cuidamos”.

La ejecución del proyecto ocurrió de octubre a diciembre de 2021, y se nutrió de opiniones, reflexiones e informaciones de los actores, líderes y miembros de las comunidades que participaron desde la conceptualización y producción de la iniciativa, hasta las proyecciones y conversatorios luego de la visualización del video resultante.

La actividad comenzó con un proceso participativo para recabar antecedentes en torno al conocimiento, las actitudes, prácticas y comportamientos (método de análisis CAPYC) efectuados por las comunidades para enfrentar la pandemia del Covid-19. Este diálogo comunitario permitió generar un diagnóstico de los conocimientos y comprensiones de los miembros de las comunidades participantes. Con dicha información se elaboró una estrategia comunicacional que fue convalidada por los miembros de la comunidad, con quienes se planificaron varias acciones que apoyarían la difusión de las medidas preventivas propuestas por la guía de la OPS (2020).

Como resultado de lo anterior, se realizaron tres diálogos de diagnóstico en algunos sectores de los municipios de Baruta, Libertador y Sucre, para lo cual se convocó a las y los líderes de la comunidad, trabajadores de la salud, voceros de salud de los consejos comunales, facilitadoras de parto humanizado y miembros de organizaciones sociales y docentes, quienes desarrollan acciones en sus respectivas comunidades y contaban con un claro perfil de multiplicadores de información con incidencia en lo que se podría definir como *público propio*.

Durante la realización de dichos diálogos se utilizó la herramienta de análisis de la comunicación para el desarrollo: conocimientos, actitudes, prácticas y comportamientos. Este

modelo, desarrollado por el Sistema de Naciones Unidas¹⁹ se centra en analizar lo que la gente sabe, cómo se siente y cómo se comporta en relación con un tema en concreto. En este caso, las pesquisas se enfocaron en cómo protegerse del virus, qué hacer para prevenir los contagios y las prácticas comunitarias que realizaban los participantes relacionadas con la pandemia de Covid-19.

Los resultados de los diálogos se transformaron posteriormente en los insumos para la realización del video. Se trabajó en cuatro sectores del Área Metropolitana de Caracas y con 56 personas que contaban con la capacidad para comunicar y relacionarse con otros miembros de las comunidades y trabajar en la prevención, luego de que se familiarizaran con las orientaciones para la aplicación de la guía de la OPS (2020). Esto se definió debido a que, si solo se actuaba en referencia a cambios de conducta individual, no sería posible lograr la permanencia de una modificación y el impacto sería menor que incidiendo en los determinantes sociales de la salud, entendidos como aquellas situaciones o contextos que afectan las condiciones de las personas (presión económica, fallas en los servicios, inseguridad, etc.).

Si bien es cierto que en buena medida esos determinantes están más vinculados con niveles institucionales u oficiales, las comunidades pueden autogestionar ciertos elementos y componentes de los determinantes sociales de salud (OMS, 2008). Ejemplos de ello son el ordenamiento y la recolección de los desechos sólidos; la creación de puntos de recolección y su mantenimiento; y la participación en la autoformación en referencia a los métodos preventivos y promocionales de salud.

19 El sistema de Naciones Unidas está formado por la propia Organización y numerosas organizaciones afiliadas conocidas como programas, fondos y agencias especializadas. Cada una de ellas cuenta con su propia membresía, liderazgo y presupuesto. Tales como: Unicef, Unesco, FAO, OIT, FMI, OMS y otras.

Por su parte, la guía de la OPS (2020) ofrece un capítulo dedicado a las recomendaciones para facilitar la participación social y comunitaria, el cual explica la importancia de incorporar a la comunidad en los procesos de planificación y evaluación de respuestas a la pandemia por Covid-19, además de orientar en cuanto a la relevancia de aspectos que pueden lograr un mayor acercamiento de los miembros de las comunidades a las medidas de prevención propuestas.

La participación social es un principio fundamental en la construcción de salud y el empoderamiento de las comunidades para ser actores centrales y no dejar a nadie atrás (...) Las redes, organizaciones y líderes comunitarios facilitan la identificación de soluciones prácticas, acordes con las necesidades de las comunidades para impulsar y fortalecer respuestas colectivas (OPS, 2020, p. 40).

El proyecto recogió estas orientaciones desde su inicio, ya que la acción comunicacional contempló la participación de los miembros de la comunidad por medio de un diálogo con sus líderes, quienes dieron sus opiniones y procuraron informar, desde sus propias percepciones, acerca de actitudes y prácticas desarrolladas de sus colectivos en referencia a la pandemia, formas aplicadas de prevención y la importancia de conocer y cumplir con las medidas preventivas (no farmacológicas), necesarias para evitar la propagación del Covid-19.

Este proceso de diálogo generó la oportunidad de compartir inquietudes, miedos, creencias y realidades a partir de experiencias de vida acerca de un fenómeno que las comunidades no habían conocido y que tocaba no solo la enfermedad, sino también la relación social debido al aislamiento por la cuarentena.

Igualmente, se compartió la experiencia acumulada y las informaciones manejadas hasta ese momento producto de las políticas y lineamientos establecidos por las instituciones pú-

blicas y los organismos de salud. Cabe señalar que entre los participantes se contaba con promotores sociales o personal de salud que había recibido entrenamiento e instrucciones oficiales, gracias a que los organismos del Estado habían realizado campañas masivas con recomendaciones y acciones de control y vacunación para informar al público en general.

Sobre la base de la información recogida en torno a los procesos, prácticas y formas de comunicación utilizados y/o vigentes en la comunidad (lugares en los que las personas acceden a información, sitios de reunión, celebraciones tradicionales, etc.), el equipo a cargo del proyecto pudo recoger antecedentes y evaluar las mejores estrategias para comunicar y compartir el conocimiento sistematizado en la guía de la OPS (2020).

Por último, estas instancias de diálogo también abrieron oportunidades para recoger ideas acerca de herramientas y medios propios de las comunidades, perfilando la realización de un video que recogiera todos esos recursos y los pusiera a disposición de las personas. Este fue el caso de la estrategia de la música y la del mural que, como se verá más adelante, dieron sentido a los mensajes para luego verse plasmados en el video realizado y que permitió ampliar la capacidad de difusión del mensaje que se buscaba.

La realización del video

Concluida la etapa de diálogo con las comunidades y sus líderes, se procedió a la realización de varias tareas, las que incluyeron:

- Selección de lugares y voceros por entrevistar.
- Desarrollo de actividades para motivar a los pobladores, invitándolos a participar en el diseño y ejecución de un mural.
- Convocatoria de músicos para recorrer la comunidad.
- Grabación de las acciones y entrevistas individuales.
- Reparto de mascarillas entre la comunidad.

El proceso y realización del video bajo el concepto de comunicación para el desarrollo mostró la importancia y ventajas de la participación de los beneficiarios desde los primeros momentos de concepción de la propuesta, con los aportes que pudieron brindar en la medida de sus comprensiones del sentido e intención de la experiencia a realizar. Luego, tras el desarrollo de la experiencia, se produjeron nuevas iniciativas que derivaron en el enriquecimiento de la propuesta. Además, y siendo esencial para su éxito, los habitantes de estas comunidades se sintieron identificados no solo porque aparecían en el video, sino por el hecho mismo de haber sido tomados en cuenta desde el principio de la realización del audiovisual.

El proceso de dar a conocer y lograr que sean asumidas las medidas no farmacológicas como prevención para afrontar una pandemia, demuestra de por sí la importancia de lograr procesos de comunicación que permitan compartir y comprender (la puesta en común) el significado del mensaje. De esta forma, la comunicación se vivió como un proceso de relaciones en permanente cambio, es decir, que en la medida en que las relaciones de comunicación se iban desarrollando, estas fueron incidiendo en variaciones en las relaciones mismas. Por ejemplo, cuando los actores se comunican, ponen en común sus percepciones, interpretaciones y concepciones y ello va produciendo un desarrollo de la relación, lo que genera cambios en ambos interactuantes, de modo que el proceso de diálogo comunitario puede ser un elemento catalizador de aspectos que deben compartirse para avanzar.

Se trata, pues, de un proceso de inicio de la comunicación bajo los parámetros de los temas a tratar en el proyecto, en este caso las vivencias, prácticas y conocimientos referentes a la pandemia, donde se incluyen reacciones, limitaciones, críticas, políticas gubernamentales y niveles de organización que surgen en este diálogo y que habrán de tener continuidad a través de las entrevistas individuales y las conversaciones grabadas.

Vemos así que el diálogo comunitario abrió las puertas para establecer relaciones en el contexto de la pandemia, donde quedan en evidencia situaciones a veces muy íntimas y/o formas organizativas, oficiales o de la propia iniciativa de la comunidad. Todo esto conduce a la apreciación de elementos del lenguaje y la cultura comunes que conectan los testimonios con los demás miembros de la comunidad.

Al respecto, los diálogos identificaron los testimonios de los afectados, ya sea por haber sido contagiados, o bien, por haber tenido a personas muy cercanas que padecieron la enfermedad o que no pudieron superarla. De esta forma, al hablar del padecimiento, los miembros de la comunidad pudieron recorrer los caminos de las medidas adoptadas para evitar nuevos contagios y las lecciones aprendidas acerca de lo que sucede cuando no se toma previsión.

La comprensión de los pasos que van desde esos diálogos iniciales a las acciones que se seguirían desarrollando en el proyecto, establece una comunicación muy participativa en cuanto a saber que las personas y sus comunidades pueden incidir en el beneficio de los otros y les impulsa a hacerlo lo mejor posible, suministrando todo lo que su experiencia, actitud y conocimiento les ha dado en esta situación.

Este es el caso, por ejemplo, del protagonismo de una enfermera, promotora comunitaria de salud, que recuerda y muestra lo que enseña a todas las personas que acuden al Centro de Salud. Ella va indicando cómo se realiza el lavado de manos y el medio cinematográfico va a multiplicar su acción, llevando la información a más personas de las que se atienden en el Centro de Salud.

El video también contempla otros ejemplos referidos a los niveles de organización adoptados en complejos de vivienda en donde se aprecian y fomentan no solo las medidas directamente vinculadas y recomendadas en cuanto a la pandemia, sino que rescatan medidas preventivas como la limpieza, re-

cogida de la basura y hasta el cambio en hábitos y costumbres que faciliten la vida durante el confinamiento.

Se consigna igualmente la revisión de políticas que pudieran ser consideradas positivas o negativas y que surgen en el diálogo, por ejemplo, medidas de confinamiento que generaron cierta discriminación al mantener a las personas en una suerte de guetos que impidieron su circulación. Al respecto, si bien era comprensible la dificultad para mantener el control y evitar la multiplicación de casos, el diálogo al respecto contribuyó a la comprensión de la situación y al manejo de alternativas que contaron con la colaboración de la población.

Ahora bien, entendiendo que se estaba compartiendo un nuevo mensaje con la comunidad, es importante tomar en cuenta el tipo de relación previa y las posibilidades de implementar un proyecto de prevención en una comunidad donde las personas pasan a ser protagonistas y beneficiarias a la vez. Eso es posible gracias a una condición de confianza producto de las relaciones que se tienen con la comunidad para encontrar la mayor colaboración y disposición de los diferentes actores e informantes.

En este caso, la estrategia de construcción de confianza ha resultado de una labor de largo plazo que Gran Cine ha venido desarrollando desde sus orígenes a través de sus programas sociales, especialmente el Gran Cine Móvil Popular, lo cual ha permitido acumular una gran experiencia al abarcar una diversidad de comunidades por todo el país, tanto de zonas urbanas como rurales e indígenas.

Así, pues, queda en evidencia que el vínculo previo con la comunidad brinda una ventaja como un elemento clave de la experiencia. El grado de colaboración y disposición de los miembros de las comunidades está dado no solo por la participación en los diálogos, sino al facilitar espacios comunitarios para realizar las actividades y luego convocar para ejecutar el proyecto. Todo ello reivindica la importancia de

este vínculo de confianza construido gracias a la ejecución de actividades, proyectos y programas permanentes.

Experiencias previas de Gran Cine en el área de salud

Antes del proyecto para la difusión de la guía de la OPS (2020), el Circuito Gran Cine realizó una serie de proyectos vinculados con temas de salud, resaltando especialmente algunas acciones que se experimentaron durante la cuarentena por el Covid-19.

Se cuentan aquí actividades como “Cine balcón”, “Videos Comunitarios/Unicef”, “Cine con propósito” y la “virtualización” de su programa “Fábrica de cine”. Estas experiencias permitieron reforzar el uso del cine como herramienta y para una mayor comprensión por parte del propio Gran Cine acerca de las necesidades de las comunidades en temas de salud y prevención, facilitando los procesos de comunicación al interior de las comunidades y entre ellas.

Se trata de experiencias que, adicionalmente a la desarrollada con la promoción de la guía de orientaciones de la OPS, muestran la fuerza del cine como herramienta para la formación de la ciudadanía y de la promoción de la salud.

Por ti

El Circuito Gran Cine, en atención a la empresa Farmatodo, implementó el programa “Por ti”, dirigido a la mujer venezolana en el área de salud y a la problemática del cáncer de cuello cervical. Dicho programa consistió en la promoción de la salud a través de películas, con la finalidad de sensibilizar a las comunidades, dando a conocer los riesgos que implican patologías como la del cáncer de cuello uterino, el embarazo precoz y el aborto. Se realizaron 40 proyecciones en diferentes comunidades del interior del país.

Quiriquire. El cine como herramienta de desarrollo social

La comunidad de Quiriquire, en el Estado Monagas, ubicada en una zona petrolera, evidencia serios problemas de desempleo, consumo de drogas y embarazo precoz. En ese contexto, Gran Cine realizó un proyecto con la empresa petrolera Repsol, para promover los valores sociales, culturales y comunitarios, fortaleciendo en los pobladores, especialmente en los niños, sus capacidades en el manejo de ciertos conceptos y habilidades para producir piezas audiovisuales sencillas que les permitieran documentar realidades y prevenir situaciones de salud y embarazo precoz.

En Soledad

En la población de Soledad, al sur del Estado Anzoátegui, zona petrolera al oriente del país, se desarrolló un programa de acción social con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Dicho programa consistió en la realización de talleres, proyecciones y cine foros para la promoción del emprendimiento, la planificación familiar y el embarazo adolescente.

Videos comunitarios y el lavado de manos

Un proceso de formación impulsado por Unicef y diseñado y ejecutado por Gran Cine, contempló el desarrollo de capacidades y habilidades comunicacionales de productoras comunitarias, lo que permitió a miembros de dichas organizaciones contar con herramientas de fácil acceso y utilización para producciones audiovisuales. Se seleccionaron 11 organizaciones de 18 municipios que cumplieron con los criterios establecidos.

Los miembros de los equipos de comunicación de las organizaciones de base y de productoras comunitarias elaboraron contenidos acerca de los derechos de niños, niñas y adolescentes con herramientas y técnicas de iniciación o reforza-

miento, según fuera el caso, en las artes audiovisuales. La capacitación contó con un módulo de Unicef que incluyó técnicas correctas para el lavado de manos como medida de prevención y cuidado. Se realizaron 11 cortometrajes de los cuales tres abordaron temas de salud²⁰.

Cine balcón

Ante la situación social generada por el Covid-19 que paralizó a la sociedad y previendo que producto del aislamiento se presentara la necesidad de proteger y apoyar la salud mental, el Circuito Gran Cine en colaboración con las autoridades locales, desarrolló una experiencia de proyecciones al aire libre en donde, con las medidas de seguridad necesarias para proteger a técnicos y autoridades, llevó eduentretenimiento a grupos residenciales cuya disposición permitía el acceso a la proyección desde muchos balcones.

Así, se propuso y aprobó la ubicación de los equipos del Gran Cine Móvil Popular en zonas residenciales, donde las familias pudieron ver y escuchar películas desde sus hogares, con lo cual nació el “Cine balcón”, una acción de entretenimiento que por la novedad rompía la monotonía del aislamiento y daba a entender que se participaba en una experiencia colectiva diferente.

El Gran Cine Móvil Popular es una actividad permanente de exhibición de películas al aire libre. Desde 2005 se han realizado más de 3.000 proyecciones en plazas, caseríos y grandes espacios en todo el territorio nacional de Venezuela, incluyendo zonas en donde no había salas de exhibición o que nunca habían ocurrido proyecciones de películas.

20 Los videos se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLtzvK-3ecoKFu0jomv3AsYI3HSWOM-TaF->

Fábrica de cine

Hasta el momento de declaración de la pandemia en 2020, este programa era realizado de manera presencial con jóvenes del Municipio Baruta, pero luego debió digitalizarse para continuar de forma virtual (online). Es así que, en un esfuerzo importante por parte de los equipos coordinadores del programa junto con los facilitadores, convirtieron los contenidos y prácticas para ser aplicados remotamente. Aún más, debido a las dificultades para actuar en los centros educativos, se amplió la convocatoria del programa a organizaciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales, pasando a trabajar no solo con jóvenes, sino también con líderes sociales adultos, además de extender la incidencia a los demás municipios de la Gran Caracas.

El programa “Fábrica de cine”, además de la formación relativa a los derechos humanos, aborda diferentes temas para realizar cortometrajes, implicando investigación y contacto con expertos, activistas y miembros de las comunidades, con quienes se han realizado seis cortometrajes acerca de temas de salud, los que se mantienen y promueven a través de las redes sociales²¹.

Cine con propósito

La pandemia coincidió con el hecho de que se estaba desarrollado una variante del programa “Fábrica de cine” denominada “Cine con propósito”, la cual daba pie a la participación de organizaciones comunitarias en una formación dirigida al desarrollo social y uso de las técnicas audiovisuales para la comunicación de sus actividades, problemas y reivindicaciones. Este proyecto permitió la realización de 18 cortometrajes, de los cuales tres abordaron temas de saneamiento y salud comunitaria.

21 Los videos se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://www.grancine.net/fabrica.php>

Los participantes en este programa pudieron también compartir algunas de sus experiencias en materia de salud, aportando ideas y testimonios para el proyecto de difusión de la guía de orientaciones de OPS (2020).

Red audiovisual de cine de derechos humanos

Con este proyecto Gran Cine procura la construcción y consolidación de una red de más de 100 centros culturales cinematográficos, organizaciones, activistas e instituciones de toda Venezuela, para facilitar el acceso a un cine diverso proveniente de diferentes culturas y naciones. Su propósito es incrementar la sostenibilidad de los centros y el mayor conocimiento entre los participantes acerca de la significación de la diversidad cultural como derecho humano.

Este proyecto se integra con el Festival Internacional de Cine de Derechos Humanos “Miradas diversas”, el cual lleva cinco ediciones promoviendo, con la red audiovisual, el apoyo para la difusión de estas películas, así como también organizando cine foros en más de 12 ciudades de diferentes estados del país.

Esta red audiovisual facilita la difusión de los videos y la realización de promociones de temas de salud y saneamiento, tal y como se realizó con el video “Yo te cuido, tú me cuidas, nos cuidamos”²².

Todas estas actividades, previas a la comunicación de la guía de OPS, brindaron experiencias, conocimientos y abrieron mayores vínculos con diferentes comunidades, permitiendo avanzar en la definición y abordaje de agentes de salud, líderes comunitarios, pacientes y demás actores, tanto para el diálogo comunitario de diagnóstico, como para la producción del video y otros componentes de la experiencia del uso del

22 Los videos se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLtzvK-3ecoKFu0jomv3AsYI3HSWOM-TaF->

cine como herramienta para difundir las medidas preventivas no farmacológicas.

Las estrategias comunicacionales se fusionan en el video

En el proceso comunicacional desarrollado para la promoción de las medidas preventivas no farmacológicas, los medios comunitarios actuaron reforzándose unos a otros. De acuerdo con la disponibilidad y acceso de diferentes medios, se diseñó una combinación para que el mensaje tuviese una mayor penetración y alcance. Es así como se produjo un medio visual (mural) en una vía de gran circulación y se realizó un recorrido con músicos. Ambas experiencias fueron grabadas y junto con las entrevistas individuales, se elaboró el video que luego se proyectaría y circularía entre las comunidades.

En esta combinación se utilizaron herramientas y medios propios de las comunidades, como la música (gracias a la participación de una agrupación de miembros de la comunidad de Santa Cruz del Este) y de murales (dirigidos por una artista y pintado por niños, adolescentes y adultos de la comunidad), los que dieron sentido a los mensajes y se reforzaron entre sí, para luego verse plasmados en el video que amplió la capacidad de difusión del mensaje.

La estrategia del mural

La experiencia de compartir y recuperar un espacio comunitario con alta circulación y que se embellece con la participación de niños y adultos, tuvo un impacto general para dar a conocer las medidas de prevención, pues la gente ve que algo cambió y se convierte en un fuerte mensaje de orientación en medio de la pandemia.

En este sentido, la artista encargada de la elaboración del mural también se transformó en una herramienta de expresión al vehicular los deseos de una comunidad que eligió lo que ve-

ría todos los días. Además, el espacio del mural pudo abarcar un sector más amplio, combinando diferentes motivos para multiplicar la fuerza comunicativa del medio comunitario.

La estrategia del mural permitió que las comunidades se activaran y participaran de diferentes maneras, ya sea proponiendo frases o figuras, barriendo, fondeando la pared, pintando, prestando la escalera o las brochas, con lo cual las personas adquirieron un mayor sentido de pertenencia, cuidando la obra e incluso aprendiendo a repararla.

La estrategia de la música

Esta actividad tenía como propósito movilizar a la comunidad con una iniciativa que les resultara conocida, pero que también rompiera con lo cotidiano al hacerla en un momento del año diferente del habitual y con un recorrido igualmente distinto.

Al respecto, cabe señalar que los cantos y bailes de tambor son actividades que se realizan tradicionalmente en fechas o celebraciones religiosas y, precisamente por ello, se recurrió a esta estrategia a fin de llamar la atención de la comunidad.

Ahora bien, como la fecha elegida era distinta de la habitual, no se contaba con un conjunto musical tradicional para su ejecución, por lo cual se organizó un grupo de músicos aficionados y se estableció con ellos un recorrido para hacer llamados a la población para la adopción de las medidas preventivas recomendadas, las que se materializaron en las letras de los cantos.

Todas las estrategias hasta aquí descritas dan cuenta de la participación de las comunidades (muralistas, músicos y vóceros) que, junto con el equipo de Gran Cine, lograron dar vida al video que luego permitió extender las experiencias y aprendizajes gracias a las proyecciones que se realizaron para otras comunidades, logrando con ello compartir el mensaje de prevención y cuidado.

Es importante destacar cómo estos mediadores supieron aprovechar el proceso de producción de herramientas de comunicación, así como las proyecciones del video, junto con las guías (del participante, del facilitador, de uso del video y de la guía de la OPS) para difundir y sensibilizar a sus comunidades acerca de la importancia del cuidado en el contexto de pandemia, lo cual queda sentado en el eslogan pintado en el mural y del cual el video tomó su título: “Yo te cuido, tú me cuidas, nos cuidamos”.

Las exhibiciones públicas posteriores del video realizado, ya sea en espacios abiertos con apoyo de Cine Móvil Popular, o bien, cerrados y con equipos de la comunidad, permitieron a las personas dialogar acerca de las experiencias vividas y, sobre todo, de la situación de pandemia y de las medidas tomadas, recordando la importancia de aplicar las recomendaciones de prevención. Por último, se repartieron copias del video en DVD para ser utilizadas en escuelas y centros comunitarios.

Análisis de la experiencia

La experiencia aquí narrada, junto con el resto de las acciones y proyectos que lleva adelante el Circuito Gran Cine, obedece fundamentalmente a una filosofía de habilitar con el hacer para fortalecer el tejido social con valores democráticos. Se trata de la democratización del medio cinematográfico como una herramienta que, puesta en manos de la gente, impulsa cambios, promueve y defiende la democracia, sus valores y los derechos humanos.

Al respecto, tanto en los términos de referencia como en la propia guía elaborada por OPS (2020), se plantea la importancia y necesidad de la participación de la comunidad, por lo cual las diversas propuestas procuraron experimentar con creatividad diferentes formas de comunicación para hacerlas más participativas y lograr una difusión más amplia de las medidas impulsadas por el organismo internacional.

En los ejemplos plasmado aquí, si bien no se trató de programas en los cuales la comunidad pudiera elegir libremente el abordaje de un tema –como sí ocurre en otros programas de Gran Cine como “Fábrica de cine” o “Cine con propósito”– la combinación metodológica de la educación popular con comunicación para el desarrollo permitió alcanzar con éxito el objetivo principal de dar a conocer y expandir los alcances de lo propuesto por la guía de orientaciones.

Conclusiones

La sumatoria de programas y prácticas que realiza Gran Cine no solo utiliza la metodología del aprender haciendo, sino que la aplica para sí misma como una organización que aprende. En este sentido, es una comunidad de aprendizaje que va construyendo conocimiento a través de la sistematización de sus experiencias para aplicar las lecciones aprendidas en nuevos proyectos.

La experiencia de comunicación basada en el cine como herramienta de formación ciudadana y de comunicación comunitaria en particular, refleja lo importante que es reconocer la capacidad motivadora del cine para organizar e impulsar cambios en diversos ámbitos, a través de la visualización y deliberación en torno a una película o un video comunitario que da a conocer otras experiencias o diferentes culturas.

Para ello, la investigación para producir audiovisuales implica el análisis de la narrativa existente (por ejemplo, en materia de salud), las creencias y mitos, los determinantes de las conductas e hilos comunicacionales del funcionamiento de la comunidad, aplicando metodologías de comunicación para el desarrollo y análisis de conocimientos, actitudes y comportamientos o prácticas.

Como resultado, el solo hecho de identificar lo que la gente sabe, cómo se siente y cómo se comporta permite cumplir con parte del objetivo de cambio. Es decir, que al desarrollar desde el principio una investigación participativa y diseñar

estas estrategias con la intervención de los actores involucrados, se va ganando en términos de modificar los conocimientos y las actitudes de las comunidades, de modo que permite preparar el terreno para las acciones de intervención posteriores.

En efecto, los participantes, en tanto personas con capacidad movilizadora, se apropian de un proyecto que ha sabido recoger sus inquietudes y sentimientos, asimilan de mejor manera las propuestas y ello les permite aportar enriqueciendo los objetivos. Así, tanto el conocimiento y la información que se obtiene en los diálogos preliminares, como la preparación de mensajes y la evaluación de los espacios o actividades de intervención con la comunidad, resultan en una positiva disposición de las personas para actuar en el propio comportamiento y en estar dispuestas a movilizar a su comunidad en función de diversos objetivos de bienestar común.

Finalmente, Gran Cine asume con orgullo la posibilidad de ofrecer el medio audiovisual a las comunidades para que estas puedan aprender de su potencial y ponerlo al servicio de los ciudadanos, especialmente de las comunidades vulnerables: al crear audiovisuales de sus prácticas y de los comportamientos que contribuyen a la salud para compartir experiencias exitosas de medidas comunitarias es también una forma de democratización de los medios.

Referencias

- Banco Mundial, WB, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, FAO y The Communication Initiative, CI (25-26 de octubre de 2006). *El consenso de Roma. Comunicación para el Desarrollo. Un baluarte fundamental para el desarrollo y el cambio*. https://facultad.pucp.edu.pe/comunicaciones/wp-content/uploads/2018/07/canale_no01.pdf
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Unicef-Venezuela, (2019). Área de Comunicaciones. *Consultoría especializada en la formación de videos comunitarios*, RFP ven 20/2019.

- Freire, P. (1995). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.
- Gumucio Dagron, A. (2001). *Haciendo olas. Historias de comunicación participativa para el cambio social*. Rockefeller Foundation & Plural Editores. <https://www.bantaba.ehu.es/sociedad/files/view/haciendo%2dolras.pdf?revision%5fid=62865&package%5fid=56434>
- Gran Cine.net (s/f). *¿Qué es Fábrica de cine?* <https://www.grancine.net/fabrica.php>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2020). *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52955>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2021). *Convocatoria para la presentación de interés en la elaboración de propuestas para promover y fortalecer la implementación de las “Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la Covid-19”*. OPS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2008). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Informe de la Secretaría*. OMS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. (2011). *Comunicación para el desarrollo, fortaleciendo la eficacia de las Naciones Unidas*. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/c4d-effectiveness-of-UN-SP.pdf>
- Water and Sanitation Program, WSP. (2008). *Communication, water, and sanitation in Latin America. The contribution of communication for development in water resource management and service implementation project*. WSP. <http://documents1.worldbank.org/curated/en/192401468045832381/pdf/441160WSP0Box31ationlin-1LAC1PUBLIC1.pdf>

SALUD Y DESMONUMENTALIZACIÓN

Marcelo Fagalde Cuevas¹

Si no hiciera una locura al año me volvería loco

Vicente Huidobro

Introducción

Monumentos y cuerpos siempre comunican. También entran en crisis. La época posestallido social chileno mostró que los monumentos —objetos pétreos que proyectan la historia al porvenir— entraban en crisis, así como los cuerpos cuando se enferman.

En torno al estallido social chileno de 2019, la estatua del general Baquedano ubicada en la hasta entonces llamada plaza Italia fue un ejemplo de crisis a través de acciones de desmonumentalización y vandalismo. Su figura adquirió relevancia en una época de crítica donde las acciones y el poder de lo militar sobre lo cívico, lo masculino sobre lo femenino, lo estatal nacional sobre lo mapuche, lo formal sobre lo informal, no eran evidentes ni tolerables como basamento de la sociedad.

La estructura física del monumento no causó la crisis en sí misma, pero el contexto social se extrañó de las significaciones explícitas que emergieron luego de un largo período de ocultamiento cotidiano. Teorizamos que por el lado de las crisis en los cuerpos, en sus enfermedades y la gestión de la salud, deben considerarse también los condicionantes o determinantes sociales de la salud, los que abarcan dimensiones y

1 Master en Dirección de Recursos Humanos por el IEDE Universidad Europea de Madrid. Universidad de Las Américas. Santiago, Chile.
Correo electrónico: marcelo.fagalde@udla.cl

prácticas nutricionales, hábitos de actividad física y fortaleza psicológica. Reconocerlas y administrarlas requiere de una actitud especial, de cuidado de sí mismo, que estén atentas ante la ilusión del ideal monumental de salud sostenido solo en la ausencia de enfermedad y de su combate focalizado.

Como referente metodológico para la revisión de lo que entenderemos por *desmonumentalización* recurriremos al ejercicio freudiano presente en el análisis aplicado a una estatua canónica del arte clásico: el *Moisés* de Miguel Ángel, mientras que para sostener la crítica a la monumentalidad en su conflicto con el vitalismo, apelaremos a la reflexión de Friedrich Nietzsche según la revisión de Phillippe Lacoue-Labarthe.

Lo monumental, la salud y la vitalidad

En un análisis crítico acerca de lo monumental, el filósofo Friedrich Nietzsche (2011) destaca una máxima de Goethe: “por lo demás, me horroriza todo aquello que me instruye sin aumentar o estimular mi actividad de manera inmediata”. En esta frase se releva la tensión entre el campo de la instrucción y del conocimiento, y aquel antinómico de la vitalidad y calidad de vida. En el marco de la relación entre el sujeto y lo histórico, analiza la necesidad de ponderar tanto la utilidad como los perjuicios de la historia para con la vida y cuestiona la educación vacía, destacando la vitalidad como fundamento.

Para Nietzsche (2011) la historia es tanto utilidad como obstáculo; la considera un basamento, algo propiamente humano pero también como una forma mortuoria en su exceso:

Es cierto que necesitamos historia, pero la necesitamos de otra manera que el ocioso paseante en el jardín del saber, aunque con aire de superioridad mire con desdén nuestras necesidades y apremios toscos y torpes. Esto significa que la necesitamos para vivir y para actuar, no para apartarnos cómodamente de la vida y de la acción, ni para adornar una vida egoísta y una acción cobarde y mala (pp. 696).

Es así como, ante un poder apabullante de la historia sobre la subjetividad, y de alguna incapacidad para sepultar el pasado, el sujeto debe ser capaz de asimilarla e incluso de olvidarla, además de tener fuerza plástica para no quedar atado a las marcas de la historia. Debe contar con la capacidad de reconocerse y transformarse, cicatrizar heridas, reponer lo perdido de las formas destruidas, y recuperar la capacidad de crecimiento.

Nietzsche (2011) describe tres formas de historia: una historia monumental, una historia crítica y una historiografía. Las tres son constitutivas de lo humano, fundantes de sujetos racionales y responsables y, al mismo tiempo presentan riesgos y problemas. La historia monumental instruye respecto de los grandes hitos del pasado que delimitan la identidad histórica; la historia crítica, en tanto, instruye en el análisis de relaciones, causas y consecuencias; por último, la historiografía hace el necesario y minucioso registro de datos, hechos, fechas y actores. El filósofo consigna que todas son fundamentales, necesarias y constitutivas de lo propiamente humano, marcando la distancia de la inmediatez de la conciencia animal, aunque también las cuestiona respecto de la utilidad para la emergencia en el presente de un sujeto vital que *haga* historia, es decir, que actúe con libertad para construir presente y actuar con responsabilidad. El problema y contradicción interna está en que la memoria es necesaria y, al mismo tiempo, puede operar como un abuso y estorbo infeccioso, esto es, nos podemos petrificar en su adoración narcisista. La tarea ante esta contradicción, según destaca Phillippe Lacoue-Labarthe (2010), radica en dosificar, contener y encausar los recuerdos para con la vida y sus pulsiones.

La historia monumental recuerda los grandes momentos, aquellos de los resultados magníficos, lo propiamente “estelar de la humanidad, lo supremo de tal momento”, y con ello al ilusionarnos con su posibilidad para el futuro, nos engaña a modo de una droga y quita algo de la angustia y del pesar del presente, de las calamidades del hoy, adhiriéndonos a la fan-

tasía de la gloria. Esta historia también nos oculta las causas, olvida la complejidad del pasado, los esfuerzos, la constelación de situaciones que permitieron los logros destacados. El recuerdo de monumental conlleva así el riesgo de confundir el pasado con el ideal, de asentar el deseo y fantasía de que el pasado fue mejor y más bello (y más sano) que el presente.

Hipotetizamos que se puede extrapolar la crítica vitalista de la historia monumental hacia la comprensión de una salud centrada en la ideal y pura ausencia de enfermedad. Creemos que esta crítica puede extenderse también al campo de la gestión de la salud y, con ello, analizar el modo en el que tanto el sujeto, como los individuos y las instituciones consideran los saberes y prácticas salubristas. Se amplía de este modo la visión de lo iatrogénico o daño no deseado, desde la pura acción negativa producida por el médico a nivel individual hacia la dimensión de lo institucional. ¿Se trata de un error individual, exclusiva o eventualmente, de una dimensión sistémica con variantes estructurales, es decir, institucionales, económicas, culturales, arquitectónicas?

Respecto de los tipos de acciones de gestión de la salud, esto es, preventivas, interventoras o rehabilitadoras, también se torna pertinente la pregunta por su vínculo con las determinaciones sociales y con la vitalidad y responsabilidad del sujeto en su papel principal como cuidador de sí mismo. Una salud sustentada en hábitos alimenticios, estilos de vida y actividad física también ameritará reconocer y analizar las buenas prácticas históricas de la comunidad de la que se forma parte.

El valor virtuoso por descubrir en la historia —lejos del apego monumental que ilusiona en demasía— está en reconocer las condiciones de vida de los antecesores y el acervo de los antepasados para renovarlos, preservarlos y beneficiar a los que vendrán. El alma adecuadamente preservadora se dice:

‘Aquí se ha podido vivir —dice para sus adentros—, pues aquí se puede vivir, aquí se podrá vivir, pues somos tenaces y no hay manera de quebrarnos de golpe’.

De esta manera, con sentido comunitario, visualiza desde el más allá de lo individual para reconocerse con el espíritu de su 'hogar, de su linaje, de su ciudad' (Nietzsche, 2011, p. 707).

Desde esta perspectiva, la raigambre y el lazo histórico permiten lograr aprendizajes y reconocimiento subjetivo, con lo cual se evita el error ilusorio de una autonomía espuria.

Sobre la desmonumentalización

En el presente capítulo nos interesan los monumentos históricos, aquellos dispuestos en espacios públicos relevantes que recuerdan y exaltan símbolos y valores fundantes del sistema social imperante. Como indica Reigl (1903), son obras de arte o recuerdos históricos, objetos expresivos con función comunicacional. Como parte ejemplar de la historia monumental nietzscheana, los monumentos heredan algunas contradicciones internas que queremos destacar. Por un lado, adquieren gran relevancia dada su posición urbana en un espacio territorial organizador del movimiento de los cuerpos, pero al mismo tiempo pueden invisibilizarse y pasar a perder sentido con la realidad social.

A partir de otro lector de Nietzsche, el filósofo Jacques Derrida (1994), podríamos considerar que, como un archivo más, los monumentos tienen un mal en su interior, una enfermedad. En efecto, si bien se refieren a una historia, quedan como una pura máscara vacía que solo en ciertas ocasiones –ceremonias religiosas, aniversarios cívicos, o crisis sociales– recobra la vida. Este mal interior, una pulsión de muerte interna ya descubierta por Freud, amenaza toda memoria y también los archivos, con la irrelevancia, el olvido y también su destrucción.

La hipótesis que se levanta desde el psicoanálisis y otras perspectivas de análisis (sociológicas, históricas, urbanísticas) es que no en todos los casos se trata de acciones vandálicas, sin sentido, sino que comprenden la emergencia de

símbolos reprimidos, con cierta memoria y con elementos identitarios.

Por ejemplo, antecedentes históricos vinculados con la destrucción de monumentos pueden rastrearse hasta la demolición masiva de figuras religiosas católicas por parte de los ejércitos protestantes durante las guerras de religión europeas en el siglo XVI, así como también en el derribo de monumentos vinculados con el antiguo régimen durante el período del terror posterior a la Revolución francesa. Cabe destacar que en estos casos, marcados por la destrucción, el resultado no fue un reemplazo de monumentos, sino la instalación del vacío y del silencio como política activa. Como destaca Jules Michelet, en su *Historia de la revolución francesa* (1960) esta necesitaba construir un vacío redentor y darle gestión. La principal obra pública producida durante el terror en París fue la construcción del Campo de Marte, una explanada vacía, destinada a la formación de los soldados que deberían expandir la libertad por el continente europeo. El hombre nuevo de la Revolución, el trabajador moderno se acompañó de explanadas y vacíos en las principales instituciones modernas: escuelas, ejércitos y hospitales. El patio escolar, la sala de hospital y el regimiento se caracterizaron así por el vacío y el espacio plano, eliminando paradójicamente los juguetes y espacios de juegos, las cocinas y los alimentos, y los talleres y lugares de trabajo.

En el caso nacional, con el estallido social chileno de 2019, la crítica al sistema político económico repercutió directamente en la destrucción o intervención de monumentos previamente deslavados de sentido. Estos objetos se revisaron, contextualizaron respecto de la época y, en el sinsentido hallado, se volvieron insostenibles. Una acción performativa se instaló sobre ellos: el monumento del general Baquedano fue un ejemplo de intervención sistemática. Un reportaje periodístico lo denominó el *monumento camaleónico*, pues fue vestido de signos inequívocos del espíritu de la época, tales como cascos de patinadores, lentes oscuros, banderas mapu-

che y feministas, maniqués fragmentados, etc. Con ello, Baquedano y la historia del personaje adquirieron vida, a la par que acogieron un ansia destructiva muy patente.

Por otra parte, haciendo un poco de historia, podemos señalar que la plaza Italia —espacio donde se ubicaba el monumento—, es un centro de convergencia de las principales avenidas de la capital chilena y hace de área privilegiada para las celebraciones populares. La plaza —pero también el monumento en donde este se inserta—, hace de límite en la segregación social de la ciudad, marcando un punto de deslinde simbólico entre la zona de arriba (*de los ricos*), y la de abajo (*de los pobres*). Así mismo, desde su creación, la plaza ha contado con múltiples nombres: plaza Italia, Baquedano, La Serena, Cristóbal Colón, y luego del estallido, plaza de la Dignidad. En la actualidad, como bien puntualizan Quezada y Alvarado (2020), la categorización de plaza es ya impropia, pues en términos urbanísticos está lejos de cumplir la función de cobijo al ciudadano (característica de estas estructuras urbanas), sino que paradójicamente solo cumple el rol de ser una rotonda, es decir, un lugar de paso y tránsito automovilístico. En efecto, no cuenta con espacios suficientes ni apropiados para el solaz de los habitantes de la ciudad y tampoco ofrece vías de acceso, aunque esté ubicada en centro urbano de la capital. Es una plaza en la que tanto el monumento como su función de rotonda se anulan en su sentido nominal.

El monumento al general Baquedano, en tanto, más allá de su función decorativa en este hito urbano, recuerda a ese general que participó en la guerra del Pacífico entre Chile, Perú y Bolivia, que fue presidente interino luego de la Revolución de 1891 y que lideró la ocupación del Wallmapu, país Mapuche, en la así llamada *Pacificación de La Araucanía*. La estatua tiene 10 metros de altura y muestra al general Baquedano uniformado de militar y montado sobre su caballo. Ambos están muy erguidos, quietos y detenidos. El caballo no flecta sus patas, y junto a su jinete miran hacia su flanco derecho. El rostro del general muestra seriedad y la cabeza se encuentra

cubierta con la gorra militar del ejército chileno de fines de siglo pasado. El general apoya la mano diestra en el muslo del mismo lado, lo que acentúa su quietud. Tanto el general como el caballo miran hacia el centro y la zona poniente de la ciudad de Santiago, aquel *Santiago de los pobres*. En la base que sostiene a ambas figuras aparece a un costado una mujer que, en actitud sumisa, ofrece una guirnalda de flores al militar y, por el otro lado, la representación del soldado desconocido, que custodia el flanco posterior.

Durante el estallido social chileno, al monumento del general Baquedano fue plástica y persistentemente intervenido, además de sufrir acciones de destrucción explícita (se intentó derribarlo, quemarlo y, finalmente, luego de un año y medio, fue retirado por las autoridades). Entre las intervenciones plásticas más notorias destacamos:

- Pintura, en especial de color rojo sangre y sistemáticamente durante el período postestallido.
- Disfraz y enmascaramiento como personaje de animé u otras figuras de la cultura popular del momento.
- Vestido, forrado en telas, abrigado con pañuelos y bufandas, con coderas de patinadores o de *joven combatiente*, a modo de representante de imaginarios identitarios contraculturales y subversivos al orden social.
- Adosado con partes de maniquí, como imágenes fragmentadas de cuerpos desmembrados o simplemente de órganos sin cuerpo.
- Acompañamiento regular de ciudadanos que subían al caballo a flamear banderas de algún movimiento contestatario al orden. Las principales banderas instaladas fueron el wenufoye (del pueblo originario mapuche) y aquellas con el símbolo feminista o de la Patagonia.
- Rayado con múltiples mensajes políticos y reflexiones en la base o en lienzos adyacentes.
- Cobertura completa del monumento y plaza por una enorme tela blanca, realizada por un grupo conservador

y crítico de las acciones anteriores y del estallido social en sí mismo.

Estas acciones se suman a un sinnúmero de intervenciones o destrucciones ocurridas en Chile durante el estallido social. Dada la generalidad del fenómeno de intervención de monumentos, desde ámbitos académicos el proceso ha sido denominado *desmonumentalización*, y se entiende como acciones diversas de intervención o desmontaje sobre monumentos patrimoniales. Al respecto, en el análisis realizado en torno al estallido social chileno destacamos los trabajos de Allende (2019), Quezada y Alvarado (2019), Huinca (2019), Rojas y Alvarado (2021). Se trata de una propuesta que aborda el fenómeno internacional que brotó en 2019 en países de los cinco continentes, y muy fuertemente en algunos de América. Los autores identifican en la desmonumentalización la presencia de motivaciones orientadas a resignificar, quitar el valor simbólico de la obra y hacer crítica al discurso socio-cultural y político en el que se enmarca este objeto.

La desmonumentalización implica un descubrimiento del entramado simbólico del monumento o, en lo particular de este capítulo, del monumento al general Baquedano. Los autores revisados critican el lugar símbolo de la distribución de las zonas pobres y ricas en la ciudad, donde la obra haría no solo de límite, sino desde su calma y quietud actitudinal apela a la estabilidad como guardia simbólico de la inequidad socioeconómica, tan relevada en el estallido social. Sin embargo, en este caso se recobra y comunica la crítica a la figura del militar, reconociéndose los efectos de desplazamiento con la historia reciente del país, mediante la recuperación del símbolo y el valor inconsciente de la figura de dictador del *general* Pinochet, sobre la figura del significante *general*. Otros significantes puestos en juego con las acciones de desmonumentalización fueron la cuestión del género, de la identidad mapuche, el desgarramiento identitario, y también el sinsentido.

Los monumentos y el psicoanálisis

Desde los registros de análisis freudolacanianos, proponemos entender el monumento como un objeto de carácter particularmente imaginario, ejemplificando con ello la función de identificación, de objeto de representación identitaria, para alcanzar la función de representante monolítico del ideal para el yo, tal como es descrito por Freud en “Psicología de las masas y análisis del yo” (1921). El ideal del yo sería esa parte del yo, central en su complejización, resultante de la asunción de un ideal externo, nacido de la originaria influencia crítica de los padres (Freud, 1914c), pero que adoptaría posteriormente la representación de las exigencias del medio, haciendo también función de crítica y conciencia moral. Esta instancia introduce así una tensión y fuente de conflicto entre sus exigencias, normas e ideales respecto del yo y sus representaciones de deseo inconscientes, especialmente de aquellas de índole sexual.

En la obra freudiana puede rastrearse una reflexión acerca de un monumento en extremo particular, pero que paradójicamente aspira a un alcance universal. Se trata de una reflexión de un monumento público que adquiere un tenor personal para Freud, incluso un carácter íntimo.

Según relató en una carta dirigida a Edoardo Weiss en 1933, Freud prácticamente se obsesionó con la estatua del Moisés de Miguel Ángel en el Vaticano. Cuenta que en los distintos períodos de vacaciones que pasó en Roma siempre pasó a observarla en la basílica de San Pietro in Vincoli y confiesa que en las vacaciones de 1912, durante las tres semanas que pasó en la capital italiana, fue a ver la obra a diario. Posteriormente, elaborará un ensayo que, de modo muy inusual, publicará anónimamente en la revista *Imago* (Freud, 1914b). En el texto identifica en torno a las representaciones gestuales de la escultura, la presencia sucesiva entre el sentimiento de cólera y el de la contención en el profeta, mostrando con ello el logro de un temple virtuoso. Este rasgo de carácter se vincularía con la intensión comunicativa y política del mandante,

el Papa Julio II, un líder reconocido como un hábil político, quien había encargado a Miguel Ángel la estatua para formar parte del monumento funerario que expondría al futuro su excelsa imagen. En consideración a la gestualidad del ceño fruncido, del movimiento de la mano y barba, y de la tensión en brazos y piernas, Freud –siguiendo a otros intérpretes–, identificó la presencia del sentimiento de cólera en la representación del profeta. El inestable sostén de las tablas de la ley, inclinadas y afirmadas mediante el brazo y solo por una parte de la mano, indica la temporalidad de tres momentos sucesivos. Uno primero de reposo, en el que las manos sostenían las tablas desde abajo y con estabilidad; otro segundo en el que la cólera lo lleva a soltar las tablas; y otro final, en el que el sentido de autocontrol y consciencia de profeta lleva a Moisés a domeñar su fogosidad y su deseo de venganza.

Como método, Freud analizó la información proveniente de los gestos de la estatua, del contexto físico institucional, y de la historia sabida. Podríamos decir que en su análisis Freud interviene el monumento, lo lee, le introduce una historización a la imagen petrificada, ubicando un pasado y un porvenir en una secuencia de discurso. Creemos que hay un acto psicoanalítico en esta inscripción discursiva freudiana, el que se sustenta en la intervención consistente en el deseo de escritura del texto sobre su propia identificación judaica del padre de los padres. Tal vez Freud haya sentido su propia singularidad con la imagen petrificada, masiva y real y por ello la mueve e historiza, pero en el sentido de una subversión discursiva, al introducirle un discurso que aporta sentido.

Salud como ideal monumental

Ahora bien, la noción moderna de salud tiene en el hospital su insignia ejemplar y sobre la idealización constituyente cabe la pertinencia del ejercicio desmonumentalizador. Su definición conceptual y operacionalización arquitectónica se encuentra en, al menos, tres fundamentos que instalan la dimensión de lo monumental. En primer lugar, identificamos

la lógica de gestión organizacional e institucional moderna, llamada de *institución total* por Erwin Goffman y Foucault y *masa artificial perfecta* por Freud. De estructura piramidal, centralizada, de unidad de mando, con departamentalización en función de la especialización de sus unidades. Foucault (1975) compara la salud con la fantasía de un orden panóptico, en el cual el comportamiento de los individuos es vigilado, controlado transparentemente y sin dejar sombras ante el control de una autoridad central.

En segundo lugar está la identificación de los procesos de infección, del contagio y de la asepsia. Al respecto, Pasteur revolucionó la gestión en salud y su arquitectura, gracias a lo cual las salas se orientaron para lograr sol y buena ventilación, además de reforzar la lógica de la división, especialización, el aislamiento y los planos hospitalarios se proyectaron en relación con un concepto de función. Por último, está la misma definición de la Organización Mundial de la Salud, OMS, en donde la salud hace una referencia a la noción de ideal de completitud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1945, p. 1).

Por su parte, en Chile, el Consejo de Monumentos Nacionales otorga el reconocimiento formal de monumento a estructuras de uso original asociado al área de la salud a los siguientes exponentes:

- Glorieta del Hospital Doctor Ernesto Torres Galdames.
- Antiguo edificio del Instituto de Higiene.
- Edificio del Hospital del Salvador.
- Hospital de Pisagua.
- Hospital San José.
- Edificio del Ex Sanatorio Laennec.
- Casa de Salud de Mujeres Carolina Deursther.
- Ex hospital de Angol.

- Pabellón Valentín Errázuriz y otros pabellones del Hospital San Borja Arriarán.
- Asilo de Ancianos de la Congregación de las Hermanitas de los pobres.
- Gota de Leche.
- Consultorio N° 1 Doctor Ramón Corbalán Melgarejo.
- Equipamiento de Cerro Sombrero: Centro Cívico.
- Consultorio N° 2.
- Hospital de Mercedes Chimbarongo.

Con ello, queremos sentar la idea de que el edificio hospitalario en general, en su estructura física, organizacional y comunicacional, puede adquirir una función monumental. En efecto, el hospital se ordena y organiza en torno a las enfermedades, sus tipos y especies. La clasificación aborda a los enfermos, profesionales de la salud y los espacios del edificio hospitalario. El ideal petrificado se manifiesta a través de la estandarización y uniformidad de formalidades administrativas, exigencias higiénico-arquitectónicas, y códigos comunicacionales presentes en el vestuario y en los roles especializados de los trabajadores de la salud, quienes asumen incluso un papel moral y político (Foucault, 1966), en la medida en que deben dirimir y juzgar sobre la entrega de auxilios, así como instruir y controlar ámbitos de dietas nutricionales, actividad física y reposo.

Una salud como desmonumentalización y forma artística

La práctica de la vida saludable y la calidad de vida como acción se diferencian con la cura de la enfermedad donde su objeto está en generar salud, no en recuperarla. Lacoue-Labarthe (2010) retoma la consigna nietzscheana de concebir la vida a modo de una obra de arte. Los monumentos hospitalarios, por cierto esencialmente humanos, necesarios y legítimos, así como los ideales, son el espacio de generación de salud, pero no son la acción de generación de salud.

La acción de salud no es la acción de cura de la enfermedad, sino que esta es más amplia, donde efectivamente hay que tratar las enfermedades y curar los accidentes. Sin embargo, no se trata de reemplazar la cura, ni de destruir o reemplazar el monumento hospitalario, sino de vitalizarlos y agregarle acción de arte a través del espacio formativo y educativo, reflexivo y de diálogo que soporte y dé cabida a la cuestión del cuidado del sí mismo y del reconocimiento de su proyecto. La acción vitalizante, como acción de arte, puede entenderse a través de las características del arte como acción de mediación entre el pensamiento con la época, de articulación entre la forma y el contenido, o bien, como espacio de unión y síntesis de lo universal abstracto con la apariencia sensible y concreta.

En la práctica, los espacios de salud son frecuentemente desmonumentalizados por los mismos profesionales de la salud a través de microintervenciones al imaginario, mediante la adecuación de sus prácticas y espacios. Un ejemplo masificado llevado al cine fue la propuesta mundialmente difundida del doctor Patch Adams, quien con su disfraz de payaso, reemplazó la bata blanca e introdujo, a través del humor y del juego, la humanización y reconocimiento de la dimensión afectiva en la práctica médica. De igual modo, en algunas instituciones nacionales los equipos juegan en días de aniversario en el mismo espacio de trabajo, subvirtiendo sin destruir las prácticas médicas, por medio de disfraces (nuevos disfraces), distintos de los uniformes. Hace poco un equipo de un banco de sangre se disfrazó de vampiro, y otro de cirugía hacía lo propio con la carpintería.

A la par con la época de la desmonumentalización vemos cómo poco a poco se han ido llenando de colores las áreas pediátricas en particular y los hospitales en general. Se trata de asuntos cosméticos y externos que, sin asegurar el cambio interno, acompañan el señalamiento de la lógica del arte, orientada al crecimiento singularizado de las formas del sí mismo.

Otro elemento del mismo tema es que en Chile se ha cuestionado en muchos sectores la denominación de *paciente* para el usuario de salud, y con ello vemos que se acoge la propuesta de superar la posición de un sujeto-paciente y de función espectadora, adherida a la identidad con un modelo y alienada de su proceso de desarrollo, curativo o reparatorio. La posición de un sujeto en función de artista se articula en torno a la diferenciación entre la imitación pseudoartística y la mimesis artística, donde el cuidado de sí mismo se concibe como un ejercicio productivo y de real creatividad que se levanta considerando las prácticas comunitarias de cuidado, alimentación y actividad física.

Concluimos que los sujetos, sus cuerpos y los monumentos requieren de la revisión crítica, entendiéndola como una consideración del espíritu de la época y de la historia, para la mirada novedosa de las prácticas. Se trata de una revisión que implique la toma de decisiones tanto individuales como colectivas acerca de la elección, mantención y renovación de los objetos monumentales. Vemos que, como imágenes puras encarnadas en un real físico urbano, como representaciones completas, no alcanzan a cubrir la función creadora, dinámica y en devenir histórico, sujetos al cuestionamiento, al análisis y capaces de defenderse y explicarse. Los monumentos no argumentan, no explican ni generan sentidos en sí mismos: más bien presentan una tensión interna, un mal de archivo derridiano.

En lo particular del contexto nacional actual, en una época convulsa y carente de acuerdos, evidenciada en un trabajo de diseño constitucional árido y conflictuado, se torna muy poco propicio el consenso para el diseño de monumentos que alcance la figura de un ideal unificador. El predominio de la razón conceptual por un lado, y de lógicas identitarias que fragmentan el cuerpo social por otro, promueven las oposiciones y tornan utópico el encuentro de formas de identidad consensuada. Los monumentos, llamados por defecto a demostrar lo mejor y más bello de una sociedad y su historia, se extrañan

ante una sociedad carente de criterios mínimamente consensuados de validación. No habiendo razonamientos ni cánones comunes que otorguen validez a lo relevante de la historia ni a lo bello como objeto sintético entre lo sensible y lo universal, la aspiración a lo monumental debe ser particularmente revisada. Tal vez como pueblo o como época solo somos más aptos para lo historiográfico o lo crítico. Quizás solo es una época de discusión y de propuestas artísticas singulares y efímeras.

Es posible también que los espacios hospitalarios —conscientes de su mal de archivo, de sus tensiones mortuorias internas asociadas con la idealización de la salud y la gestión de sus prácticas—, pueden ser acompañados de la noción de cuidado contextualizado en ambientes, e historizada en cursos de vida y decisiones individuales o traumatismos externos. La reflexión acerca del cuidado personal, del otro y de la calidad de la vida de las comunidades, implica reconocer la presencia del malestar y del papel de las frustraciones o tensiones asociadas con el mismo cuidado.

Por último, Foucault recuerda en su revisión de prácticas del cuidado de sí, el valor saludable del ayuno y del ejercicio. La acción del cuidador en este sentido debe considerar el cuestionamiento crítico, la conversación orientada hacia la construcción de acciones situadas y subjetivadas, y de planes de acción vivificantes. El cuidado de la salud en este sentido, así como la acción de Freud de hacer hablar a una estatua, tiene que ver con consultar y hacer hablar a los sujetos: ¿qué hace usted para cuidarse?

Referencias

- Allende, M. (2019). *La parte por el todo: monumentos y gestos anticoloniales*. Palabra Pública.
- Derrida, J. (1994). *Mal de archivo. Una impresión freudiana*. Trotta.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI Editores.

- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI Editores.
- Freud, S. (1914/2008a). Recordar, repetir y elaborar. En *Obras completas* (Vol. XII, pp. 149-158). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914/2008b). El Moisés de Miguel Ángel. En *Obras completas* (Vol. XIII, pp. 217-240). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914/2008c). Introducción al narcisismo. En *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 90-91. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1921/2008). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras completas* (Vol. XVIII, pp. 123). Amorrortu editores.
- Huinca, H. (2019). *El derribo de estatuas en las plazas de Chile y Wallmapu. La desmonumentalización de los iconos de la memoria histórica colonial*. Comunidad de Historia Mapuche. Centro de Estudios e Investigación Mapuche. <https://www.comunidadhistoriamapuche.cl/el-derribo-de-estatuas-en-las-plazas-de-chile-y-wallmapu-la-desmonumentalización-de-los-iconos-de-la-memoria-historica-colonial/>
- Lacoue-Labarthe, Ph. (1986/2010). *La imitación de los modernos (Tipografías 2)*. La Cebra.
- Michelet, J. (1847/1960). *Historia de la revolución francesa*. Areopago.
- Nietzsche, F. (1876/2011). *Segunda consideración intempestiva. Obras completas*. Editorial Tecnos.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS. <https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>
- Quezada Vázquez, I. y Alvarado Lincopi, C. (2020). Repertorios anticoloniales en Plaza Dignidad: desmonumentalización y resignificación del espacio urbano en la revuelta. Santiago de Chile, 2019". *Aletheia*, 10(20), e049. <https://doi.org/10.24215/18533701e049>
- Reigl, A. (1903/1999). *El culto moderno a los monumentos*. La balsa de medusa.
- Rojas Cabezas, C. y Alvarado Villarroel, J. (2021). Desmonumentalización de un espacio público controvertido para constituir un lugar de nuevos

significados encarnados. El caso de la Plaza Dignidad en Santiago de Chile. *ZARCH*, (16), 154-167. https://doi.org/10.26754/ojs_zarch/zarch.2021165096

PRAGMATISMO UTÓPICO: MICRO GEOGRAFIAS DO AGIR SOLIDÁRIO DAS ARTES

Luiz Guilherme Vergara¹

Introdução

The true sense, and not the self-proclaimed sense, of all the old arguments about the interrelationship of art and life, about the purity of art, etc. –that is, the real aspiration behind all such arguments– is nothing more than the mutual striving of both art and life to make their own tasks easier, to relieve themselves of their own answerability. For it is certainly easier to create without answering for life, and easier to live without any consideration for art.

Mikhail Bakhtin (1919/1990. p.2)

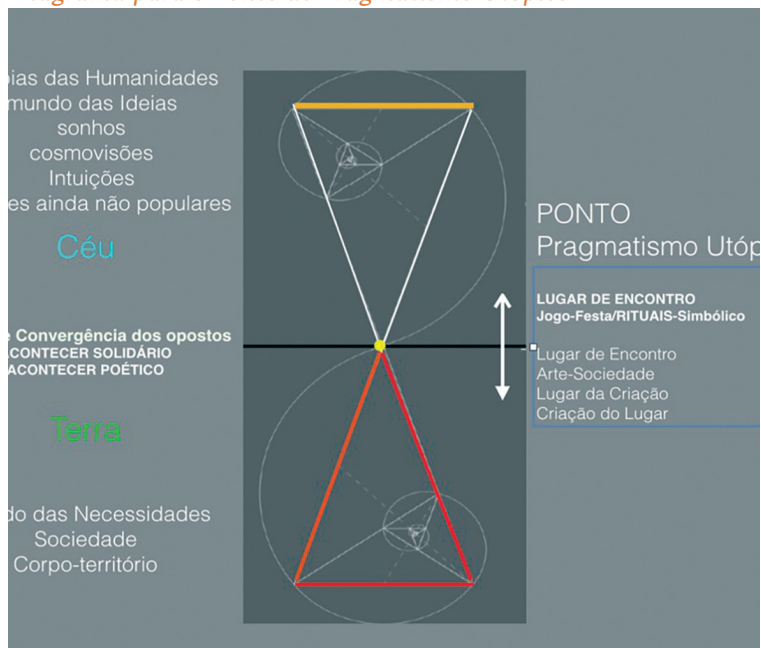
É diante dos colapsos de estruturas sociais e instituições públicas das artes-cultura, educação e saúde coletiva, regidas por sistemas capitalistas e ainda epistemologias e hierarquias coloniais eurocêntricas, que as práticas de “Demos-urge”², da urgência da democracia, da cidadania e direitos do comum emergem demandando novas formas de institucionalidades. Dessa pulsão de crise, adversidade e resistência surgem as prospecções experimentais de modelos de futuros pós-coloniais identificadas como acontecimentos de confluências fabulantes eco-ético-estéticas em micro geografias do agir solidário, tanto para as artes, saúde/vida coletiva quanto para as pedagogias participativas de encantamento. É dessa condição de urgência e emergência sistêmica que se faz

1 PhD - Art and Education por la New York University. Departamento de Artes, Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Correo electrónico: lg_vergara@id.uff.br

2 Expressão conceituada por Casey (1998).

necessário elaborar redes de cartografias dos sentidos de mudanças em ações ambientais e investigações artísticas que envolvam estratégias comuns de agenciamentos geradores de conectividades com a saúde coletiva, a educação e a ecologia. Nessa abordagem são reunidas as diferentes relações de cocriação, participação e pertencimento mútuo da existência-acontecimento como pragmatismo utópico das ações artísticas ativadoras de coletivizações fabulantes, de polifonias e dialogismos catalisadores dos corpos-territórios de múltiplas vozes, das estéticas relacionais de partilhas e transformações de sensibilidades e subjetividades. Reconfigura-se como reparação descolonial o pertencimento mútuo entre arte e vida, indissociável da saúde coletiva. Assim as práticas artísticas são abordadas como instrumentos de interfluxos de sínteses vitais comum-unitárias, exigindo o deslocamento ou desfazimento do formalismo esteticista regido pela racionalidade moderna ocidental. Atualizando o campo de mudanças de epistemologias do sul ameríndio, o Labor Têxtil elaborado por Silvia Rivera Cusincanqui com bases nas cosmovisões aymaras, ou Tembiapo do Guarani trazido por Sandra Benites, este ensaio propõe um trajeto transcultural de rupturas e reconfigurações eco-ético-estéticas para as micro geografias do acontecer fabulante como esculturas e estruturas de formas vivas de engajamento catalisador social, político e ambiental.

Figura 1
Diagrama para o Ponto de Pragmatismo Utópico



Fonte: Concepção do autor a partir do espelhamento de duas espirais de triângulos sublimes (Vergara, 2023).

Genealogia da arte como instrumento de síntese e transformação vital e social

Salvo notables excepciones de nuestra época, cual es la obra del crítico marxista Georg Lukács, muy pocas veces ha intentado la crítica encarar el arte como fenómeno social, como factor positivo en la resolución inmediata de los problemas de la sociedad contemporánea. Los críticos, inclusive los marxistas, se inclinaron siempre a ver en el arte un “epifenómeno”, un fenómeno resultante del sistema económico vigente; error fundamental, a mi juicio. La actividad estética es, por el contrario, un proceso formativo que ejerce influencia directa tanto sobre la psicología individual como sobre la organización social.

Herbert Read (1976, p. 9)

O sentido de micro geografia do agir solidário complementa o conceito de pragmatismo utópico, considerando o que

Edward Casey (1998) coloca como Demos-urge, pela relação crítica de práticas e processos artísticos voltados para a potência fabulante (Badiou, 2003) do bem comum, para formas vivas de coletivização no contemporâneo por meio da unidade tripartida eco-ético-estética. Tanto a alienação quanto a fragmentação fazem parte do esteticismo (eurocêntrico) estruturante das instituições em demanda por mudanças. As escolas e universidades formativas, indissociáveis das instituições, bienais e mercados expositivos das artes, estão ainda submetidas aos dilemas da razão europeia entre ética-estética e função social. Ao mesmo tempo, Demos-urge (Casey, 1998) é reconhecido agente catalisador de elementos fabulantes antecipando mudanças de imaginários reparativos dessas heranças reacionárias. Há, porém, que atender à acelerada eclosão disruptiva da colonialidade nas manifestações artísticas pluriversais, na complexidade dos emaranhamentos e encantamentos entre cosmovisões/cosmopercepções e metafísicas dos povos indígenas, como também das fabulações, encantamentos e coletivizações regenerantes das raízes afrodiaspóricas. Abordam-se como cartografias das transformações pós-humanismo eurocêntrico com bases em coletivização e Natureza, os entrelaçamentos eco-ético-estéticos que se desdobram em diferentes unidades tripartidas-corpo-espiritualidade-territorialidade, jogo-festa-simbólico (Gadamer, 2008), lugar-política e institucionalidade, criatividade-diversidade-solidariedade (Evans, 2011).

As viradas descoloniais estão se dando por zonas de confluências/conflitos que catalisam pragmatismos utópicos nas práticas artísticas, ativismos ecológicos, acolhimentos de diversidades e movimentos *queer*, LGBTQIA+, indissociáveis de uma dimensão restaurativa da vida como saúde coletiva-comum-unitária. As práticas artísticas que incorporam o agir por micro geografias de elementos fabulantes, de reexistências de contrafluxos antecipam o dever do acontecer solidário, de potências sutis da partilha do sensível, dos afetos, sendo o foco utópico pragmático a experiência como agen-

te de complexidades, de conectividades corpo-território de múltiplas vozes.

As micro geografias de contrafluxos dos processos de descolonização podem ser reconhecidas como desfazimentos e desformas, tanto do objeto-artístico de consumo quanto dos modelos e valores curatoriais das instituições. São, no entanto, continuamente ressurgentes como utopias inacabadas nascidas de dentro da crise da razão moderna ocidental, tal como o dadaísmo, a antiarte, a contracultura (anos 60-70), por ativismo político-estético das vanguardas do século xx. Entre tantos exemplos, Lucy Lippard e John Chandler (1999) cunharam como desmaterialização do objeto artístico todos os ativismos gerados contra a Guerra do Vietnam, juntamente com uma arte conceitual que deslocava a centralidade do objeto estetizado pelo fetiche neoliberal de uma criação antiestético-política.

À medida que a desmaterialização, o desfazimento ou desforma do objeto estético avança ao longo do século xx, também são acionadas as mudanças reflexivas sobre o papel do artista tanto quanto o sentido público de sua criação como proposições de ações coletivas, acontecimentos poéticos para qualquer lugar específico que passam a impactar os próprios regimes curatoriais, acolhendo outros imaginários de fabulações e encantamentos geradores de institucionalidades disruptivas ou desobediências epistêmicas dos valores de consumismo e colecionismo do mercado estético.

Essa complexidade dos dilemas éticos atravessa o campo ampliado de processos sistêmicos eco-ético-estéticos, dando foco às pesquisas participativas e considerando a potência das revoluções com bases na sensibilidade e consciência de grupo e ambientais intrínsecas às micro geografias de interfluxos contemporâneos arte-coletivização-comunidade e natureza. Os sentidos subterrâneos dos processos e acontecimentos poéticos experimentais atravessam as reconfigurações de hierarquias nas relações e razões estruturadas por epistemologias instituídas pela razão moderno-ocidental. Es-

sas insurgências ou utopias ao rés do chão (*grassroots utopia*) incorporam posicionamentos descoloniais emergentes de uma fenomenologia hermenêutica centrada no corpo-território (conceito também abordado por Verónica Gago, 2019), lugar-política e institucionalidade ou, ainda, em outro paradigma de sínteses das artes-ciências-espiritualidades com base na Natureza Lúcida.

Labor têxtil – glossário transcultural de confluências eco-ético-estéticas

A revolução política está a caminho; a revolução social se vai processando de qualquer modo. Nada poderá detê-las. Mas a revolução da sensibilidade, a revolução que irá alcançar o âmago do indivíduo, sua alma, não virá senão quando os homens tiverem novos olhos para olhar o mundo, novos sentidos para compreender suas tremendas transformações e intuição para superá-las. Esta será a grande revolução, a mais profunda e permanente...

Mário Pedrosa (1957/1996)

Essas viradas, simultaneamente pragmáticas e utópicas, das artes apontam para os fundamentos éticos emergentes na potência dos afetos, solidariedade e comunidade na formação das novas institucionalidades. Coloca-se em questão a necessidade de acolher novos estados de invenção de laboratórios de convivialidade, estruturas vivas comportamentais de colaboração, como labor têxtil (Rivera Cusicanqui, 2018) social de confluências das artes com as práticas restaurativas descoloniais de Demos/da cidadania do bem comum.

Buscam-se aqui linhas de contrafluxos aos desfazimentos das instituições da democracia, da multiplicação de regimes de extrema-direita, necropolíticas regidas por ideologias neoliberais. Toma-se de empréstimo a Fabio Scarano (2019) o sentido de regenerantes de Gaia, para a reconfiguração das práticas artísticas com bases na natureza e a invenção de seus abrigos, malocas e institucionalidades como regenerantes de Demos (Medeiros e Roque, 2020), dos fundamentos e constructos de cooperação e coletivização para os posicionamen-

tos anticoloniais. As confluências e os interfluxos contemporâneos ativam redes de ressonâncias e sinergias de visões transculturais. Assim apontam Denise Ferreira em o “mundo emaranhado” (Silva, 2016) –como também Silvia Federici, pelas políticas do comum (Federici, 2019; 2020)– para além dos sintomas dominantes neoliberais.

A reconfiguração do sentido público, comunitário e espiritual da arte vem recebendo forte influxo das outras cosmovisões que são indissociáveis das relações linguísticas e geopolíticas envolvendo a circulação restaurativa do sentido original da potência das palavras e, como tal, da fabulação. Em conversas com Sandra Benites sobre quais contribuições da sabedoria guarani poderiam servir como curas para as novas institucionalidades das artes, a primeira palavra que abriu esse diálogo foi Tembiapo. Tembi: produção de relações, processos de pertencimento. Também significa coração, estômago e sentimento. Apo: fazer artesanal, com as mãos; o artista, aquele que tem habilidade de fazer: cestaria, dança, escultura de animais em madeira; um fazer-saber que se torna coletivo e identitário de uma comunidade, ou quando a comunidade se reconhece nesse fazer. Hendu: escuta, pedir permissão com sentimentos de ser parte do que escuta com o coração-corpo. Como ser parte das coisas e modos de existência daquilo que se vai caçar.

A superação ou descolonização da racionalidade moderno-ocidental, do humanismo distorcido pelo neoliberalismo, não foi concluída. Tem-se hoje uma mobilização de base, de baixo para cima, como utopias negativas, ao rés do chão, se alinhando aos novos modos de pensamento, percepção e pedagogia pós-coloniais (Mignolo, 2010)³. De forma global defendem o que Walter Mignolo chamou de pluriversalismo

3 Dentro da produção crítica decolonial, Ramon Grosfoguel (2008), Aimé Césaire, Enrique Dussel, Walter Mignolo e Katherine Walsh defendem uma virada epistêmica abrangendo as instituições produtoras de pensamento e pedagogias que possam atingir os modos de percepção e posicionamento perante as estruturas sociais e políticas. Ver também Mignolo (2010).

transmoderno. A compreensão mais crítica das “desformas” ou desintegração do formalismo estético universal da arte está sendo aprofundada pela virada descolonial, considerando o devolver do fenômeno artístico à potência de gerar vida- saúde coletivizante, como devolução ao ser humano a cocriação e consciência de responsividade à Natureza *Lúcida una*. A potência fabulante de agenciamentos/encantamentos está sendo invocada pelas cosmovisões/percepções ativantes, tais como Jaime Diakara (2021) elabora como sentido de canoa-maloca das transformações, dos receptáculos e cuias de conectividades, com a potência do lugar, *placefulness*, para geografias ou cronotopos (Bakhtin, 1990) das ações coletivas que produzem solidariedade e corporeidade local na unidade de múltiplos corpos de conhecimento sensível da Terra.

Propõe-se para abordar a confluência transcultural entre arte e saúde comum-unitária sua amplitude ancestral como cocriação e devolução do fenômeno humano à vida-Natureza. O pragmatismo e o agir utópico fabulante se desenvolvem por territorializações, zonas de coincidências de opostos, *coincidentia oppositorum*, do acolhimento da adversidade-diversidade de múltiplas vozes. Nesta cartografia, seguindo uma escrita espiral encarnada na fenomenologia da *coincidentia oppositorum*, molda-se a dimensão vital do “pragmatismo utópico” que se territorializa a partir das práticas curatoriais-pedagógicas e artísticas com foco nas micro geografias de afetos e geopoéticas dos lugares de cocriação e associações transformadoras do real. A chamada para o pragmatismo utópico é também para o “labor têxtil” (inspiração ch’ixi) como perspectiva das práticas artísticas como terapêuticas sociais, das institucionalidades de Demos-urge para sua inclusão e devolução da humanidade ao seu lugar –*placefulness & playfulness*– inseparável do mundo-abrigo-abismo. O sentido de *placefulness*, de acordo com Edward Casey (1998), aponta duplamente para o lugar de criação e a criação do lugar identificado como parte das retomadas que rompem com o domínio universal do “excepcionalismo

humano” daquele único criador genial sobre a natureza. As novas institucionalidades das artes trazem para seus desafios as práxis das relações descoloniais com bases nas pedagogia das encruzilhadas de Luiz Rufino (2019) e as últimas reflexões fenomenológicas quiásmicas de Merleau-Ponty (1992), atualizadas como fundamentos integrados entre arte e vida pelas interdependências ou entrecruzamentos do ser e pensar redondo, relacional-social-político-ambiental com e inseparável do pertencimento mútuo corpo-espaco-lugar, também *corpo-corazón*, *cuero-território* e *corpo infinitum*.

Entrelaçam-se perspectivas que mobilizam diferentes referências conceituais e existenciais, modos de ser e produção de conhecimento (epistemologias) situados onde o sentido de lugar-ambiente e natureza passam a ter protagonismo de agenciamento imaterial por meio do que Bakhtin chamou de responsividade (*answerability*) ao situamento do acontecimento da existência em cronotopos, intuições tangíveis ativas da cocriação humana. Interessa tecer com os fios das diferentes demandas por mudanças pós-colonialismo os contornos intuitivos antecipatórios das novas institucionalidades das artes-vidas que nascem a partir de necessidades vitais, sociais, espirituais e ambientais coletivizantes. O corpo-quiásmico para Merleau-Ponty (1992) se desdobra por ressonâncias com os corpos-corações-territórios e *infinitum* nascidos de dentro das zonas de contato-conflito-encontros de diferenças. Esse é o labor têxtil que se incorpora aqui pelo espelhamento com o chamado *taypi*, em aymara, espaços entre produção de resistência, luta e convivialidade, inconformação e tática de comunalidade e mediação ch'ixi (Rivera Cusicanqui, 2018).

Nessa condição arte-vida formam a polarização geradora de potência imantada da emergência do “ponto fabulante” com o qual Badiou (2003, p. 4) elaborou a atualidade de São Paulo, considerando “o centrar o pensamento em um elemento fabulante ou de fabulação”. “Uma ‘fábula’ é a parte de uma narrativa que, para nós, não toca em nenhum Real, seja em

virtude desse resíduo invisível e indiretamente acessível que se cola a todo imaginário evidente”⁴. O artista como tal seria o propositos/focalizador de desvios a um elemento fabulante como transformador do real, com potência de deslocar ou desfazer outros imaginários acumulados nesse contexto.

A razão ocidental e, como tal, a arte ocidental foram conduzidas pela fragmentação contínua ou *coincidentia oppositorum* (Cozmescu, 2015), que atravessou séculos como crise fundamental de compreensão do fenômeno humano. Entre várias áreas da produção de modos de ser e saber no mundo, as fronteiras entre a realidade da vida e a ficção se tornaram questão fundamental para o campo da arte, vinculando a potência de criação entre mundos materiais e imateriais, assim como entre imaginários e fabulações, como constructos culturais da relação com o real. Mariana Pimentel (2023) resgata esse percurso de mudanças na configuração do sensível pela passagem dos três regimes, segundo o filósofo Jacques Rancière (2009), estabelecidos sequencialmente como ético, poético e estético. Em todos, as fronteiras reconhecidas pelos filósofos gregos estabeleciam modos de sentir e ser centrados pelas configurações do sensível. No início platônico, antes de ser arte, se exteriorizavam e modelavam imagens como “tipo de ser”, participante em maior ou menor valor da verdade, por isso um regime ético como origem da arte. Na virada aristotélica a *poiésis* traz um novo grau de autonomia assumidamente como “campo imitativo”, pela mimese-simulacro. Pimentel continua sua abordagem com a partilha do sensível de Rancière, apresentando o regime estético segundo ordem linear que deixa explícita a centralidade eurocêntrica advinda do pensamento grego. Indo além, o regime estético, também referido a Kant, é igualmente de ruptura com as práticas da representação e figuração da arte. A emergência de um campo estético também vinculado à modernidade se desloca

4 No original: “A ‘fable’ is that part of a narrative that, so far as we are concerned, fails to touch on any Real, unless it be it be by virtue of that invisible and indirectly accessible residue sticking to every obvious imaginary”.

da bifurcação entre figuração e não figuração para uma nova partilha centrada pela autonomia da produção do sensível pela potência de si como singular, heterogênea e geradora de estranhamento, uma qualidade de ruptura com a naturalização e acomodação dos sentidos.

Sem dúvida, essa trajetória ainda está presente nos campos e mundos institucionais da experiência estética pelas artes. Da modernidade para o contemporâneo o humanismo eurocêntrico estruturou a tradição da ruptura e as rupturas da tradição com instrumentos do regime estético entrópico. Aqui, porém, interessa identificar, ainda que de forma breve, a partir do recorte de Mariana Pimentel (2023), o que se reconhece como crises e colapsos da razão ocidental quando se torna totalmente submetida ao regime do capital, do colonialismo. O que, entretanto, nem Rancière nem Deleuze poderiam abordar como outras epistemologias que não caberiam nessa linearidade das rupturas dos regimes do sensível, inclui as potências fabulantes das cosmovisões e cosmopercepções ameríndias ou afrodiáspóricas. Cabe, no entanto, citar Pimentel (2023) por sua leitura de Deleuze, pelos documentários de Pierre Perrault e Jean Rouch:

o procedimento fabulatório nos faz ver a ficção como potência de criação indo ao encontro de lendas e mitos antigos e modernos das comunidades que decidiram interceder, podemos dizer que certas práticas estéticas contemporâneas por meio de seus procedimentos convocam em nós homens e mulheres modernos e cosmopolitas essa potência. Tornem-se fabuladores, tomem para si a tarefa de criar um mundo para além deste produzido pelos dispositivos de poder estatais e privados do capitalismo contemporâneo (p. 116).

A potência fabulante ou da fabulação não poderia ser excluída da relação ampliada eco-ética-estética da arte e saúde em comunidade, ou coletivizante, mobilizando o pragmatismo centrado na experiência compartilhada do real indissociável dos pontos e elementos de fabulação (Badiou, 2003) ou,

também, “sonho diurno” de Ernst Bloch que defende a experiência concreta intrínseca ao devir transformador do real. Não exatamente para homens e mulheres modernos e cosmopolitas, mas para os agentes das novas institucionalidades que ativam corpos-territórios de múltiplas vozes, micro geografias do agir fabulante: “fazer dessa potência fabuladora de mundos, de outros possíveis. Resistir à ficção é fazer da ficção um modo de reexistência, de invenção de novas e potentes formas de vida” (p. 116).

Contrastante com a fragmentação linear da trajetória da razão ocidental, seja em Rancière como em todas as viradas dos regimes estéticos eurocêntricos, arte e vida conjugam forças que se entrelaçam, como saúde comum-unitária, ativadoras de potências vitais coletivizantes de fabulações indissociáveis da existência como acontecimento e agenciamento de imaginários instituintes de corpos-territórios de devires. Essa conjugação de singularidades e pluralidades delinea os horizontes de possibilidades e oportunidades de reconfiguração das práticas artísticas engajadas como agentes contra colonialismos, transformando contextos de conflitos em zonas de micro geografias do agir solidário. Daí, também a coletivização de intuições e sintomas interliga o que Alain Badiou chamou de ponto fabulante com os processos de cocriação artística em sua amplitude como poeta-ativista-educador e agente de imaginários para a saúde comum-unitária. O agir solidário pela escala das micro geografias dos acontecimentos participativos na existência é imantado de potência vital terapêutica social. Ao mesmo tempo, o artista pode ser reconhecido como agente de saúde pela coletivização de elementos fabulantes, abordado como geopoeta cuidador ambiental do cronotopos (Bakhtin, 1990) com bases na Natureza. Essa abordagem aponta para uma virada contracolonialismo ou para o descentramento do protagonismo impositivo da criação artística isolada da vida como instituída pelo humanismo eurocêntrico. Um novo paradigma eco-ético-estético passa a adotar a escuta e o agir por ressonâncias, reconfigurando o papel do artista-a-

tivista-educador-agente social no que Edward Casey (1998) elaborou com a tradução de demiurgo como “demos-urge”, cocriador de estratégias catalisadoras de capacidades locais de gerar redes de agenciamentos ou “materialidade subjetiva” como denominou Badiou (2003).

A relação entre pragmatismo e utopia incorpora vários entrecruzamentos de opostos, seja arte-ciência e espiritualidades ou arte-cultura-Natureza desde a escala molecular das micro geografias de resistência às transformações mútuas entre institucionalidades alternativas e o enfrentamento do real por ativações fricativas de distopias contracolonialidade pela arte-antiarte em ações sociais.

***Amuyt’aña* – Escola-Corpo Coração – Corpo Cosmopoético nós como quarta pessoa do singular**

Como parte de um entrelaçamento eco-ético-estético elabora-se a integração da formação artística voltada para os engajamentos ambientais como terapêuticas do “labor têxtil” (Rivera Cusicanqui, 2018) corpo de múltiplos corpos em territorialização de saberes-enunciações com bases na condição de saúde coletivizante do campo sensível de resistência e reexistência fabulante pertencente à colaboração com a Natureza Lúcida e dela consciente, espelhando vidas visíveis e invisíveis interdependentes. Essas referências são simultaneamente disruptivas da racionalidade moderno-ocidental e construtivas de outras epistemologias que Luiz Simas e Luiz Rufino (2019) abordam como “carregó colonial” que possa levar a um reparativo descarrego colonial:

A racionalidade moderna-ocidental, na edificação de um determinado modelo de conhecimento (epistemologia), produziu inúmeras injustiças cognitivas/sociais, uma vez que centrou o discurso do conhecimento credível como algo somente possível em detrimento dos saberes, enunciações e gramáticas assentes nos limites corporais (p. 19).

Traduzindo como instituinte da descolonização por micro geografias do agir solidário situado implicado no acontecimento da existência, a “transgressão-remontagem” proposta Simas e Rufino (2019, p. 18) invoca também os fundamentos da arte-vida, cronotopos (tempo-lugar) da criação artística, das fabulações como responsividade (*answerability*) pela “intuição palpável”, expressão cunhada por Bakhtin (1999) na década de 1920 na Rússia, em sua filosofia-fenomenologia do ato. Todo agenciamento é uma experiência coletivizante de um evento, fabulação do mundo como acontecimento da existência, e a existência como acontecimento. Bakhtin (1999, p. 32) ressalta a dimensão emocional-volitiva (*emotional-volitional*) participante na existência de algo-ainda-por-ser-conquistado (*something-yet-to-be-achieved*), a unidade-evento da existência, cujos momentos são todos inseparáveis, desde “*what-is-given and what-is-to-be-achieved, of what-is and what-ought-to-be, of being and value, are inseparable*” (o que-é-dado e o que-deve-ser-conquistado, do que-é e o que-deve-ser, do ser e valor, são inseparáveis). Todas essas categorias abstratas de um momento-experiência, para Bakhtin, são constituintes de uma intuição palpável, viva e concreta, evento/acontecimento como um todo (p. 32).

A potência da fabulação, ou ponto fabulante, traduz o que Bakhtin (2011) elabora também em sua metacrítica da criação literária/artística ligada ao acontecimento em tempo-espaço, conhecimento situado, inspirado em palestra de Einstein que chamou de cronotopos. Hoje pode-se rever a “polifonia, intertextualidade e dialogismos” do legado do conceito de responsividade de Bakhtin como prenúncios de um pensamento sistêmico de interfluxos da criação situada artística, territorializando tanto a fabulação quanto a percepção da vida como pertencimento mútuo com base no lugar-tempo. Da mesma forma, a produção de imaginários e fabulações que incorporam o reencantamento do comum é situada, encarnada como evento cronotopos. O pragmatismo da fenomenologia do ato de Bakhtin incorpora os topos do evento da existência, apontando e antecipando outra ordem vital excluída da

colonialidade/modernidade constitutiva da razão ocidental, sendo universal e não situada. Assim também os agentes da arte-consciência ambiental geopoética e cosmopoética são igualmente da saúde-vida, incorporando a dimensão cronotopos pela energia e criação vital, pela ação e construção do comum-unitário, da unidade e singularidade plural pela atenção e escutas ampliadas de práticas expressivas de partilhas do sensível. Nessa confluência a potência fabulante é necessidade vital da saúde ativadora de devires pluriversais das artes-ciências imemoriais, ancestrais, como futuros possíveis regenerantes dos destinos humanos com base na Natureza Lúcida. Arte, cronotopos e saúde, assim como comunidade e Natureza, se tornam indissociáveis como instrumentos, dispositivos de coletivização, do agir solidário de utopias ao rés do chão.

O contracolonialismo precisa ser reconfigurado como bases de uma escola planetária da Natureza Lúcida pelo entrelaçamento de experiências de outros imaginários instituintes de futuros ancestrais, traduzindo como pragmatismo utópico presente a formação de zonas emergentes de ações de resistência e contracondutas comunitárias ou potência de gerar vida e transformações moleculares de baixo para cima. Castoriadis propõe o “devir autônomo do sujeito em sentido duplo como libertação de sua imaginação e a instauração reflexionante e deliberante que dialogue com essa imaginação e julgue seus produtos”. Guattari (1990) responde a um “mundo que se deteriora” pela unidade de três ecologias –ou ecosofia– “em desenvolver práticas específicas que tendam a modificar e a reinventar maneiras de ser no seio do casal, da família, do contexto urbano, do trabalho etc.” (p. 15).

Neste inventário de imaginários instituintes de escolas-laboratórios da Natureza Lúcida resgatam-se cosmopercepções sensíveis pré e pós-coloniais. O pensamento floresta de Dion Workman traduzido por Jorge Menna Barreto (s/d.) expressa bem esses deslocamentos do devir fabulante de futuros floresta projetando “incivilizações”. O regime monofocal esté-

tico de primado da visualidade dá lugar ao sentido ético de escuta ampliada do lugar: “O comportamento inversionista provocou ricas reflexões e foi responsável por um belo texto que discorre sobre a escuta do lugar, renúncia, novos modos de estar no mundo, anarquia, diversidade” (s/p). O interesse experimental-floresta se abre para saberes das margens ou de deslocamentos para outras múltiplas centralidades que podem também ser revistas como processos geopoéticos de acordo com sinergias a “permacultura feral” de Workman como “um sistema para projetar ‘incivilização’: as chamadas ‘estruturas invisíveis’ da permacultura – as estruturas sociais, econômicas e jurídicas das sociedades humanas, as quais podem também ser chamadas de gaiolas da civilização– devem se tornar visíveis, abertas e submetidas a intenso escrutínio”.

Em todas as contradições e revisões contemporânea, quando se afirma que o futuro é ancestral, ainda temos como referência o importante discurso de Mário Pedrosa em 1947, “A necessidade vital da arte”, para a exposição que celebrou um processo de cuidado e acompanhamentos pela contundente colaboração entre Nise da Silveira e o então jovem artista Almir Mavignier, por afetos e confiança, gerando potência e complexidade de criar vínculos e confluência fenomênica entre arte e saúde mental. Diante dos ataques contra a produção dos pacientes do Hospital Pedro II ser exposta como arte, Pedrosa (1996) coloca em defesa a evidência de uma genealogia transcultural do fenômeno da criação artístico-humana.

Em essência a atividade criadora repete, inconscientemente, a incessante recriação do milagre da vida no organismo; e é isto que dá esse poder exultante ao trabalho da criação pura. Daí, sugerir essa artista e educadora que é Marie Petrie a hipótese de a natureza, no intuito de fazer com que o nosso crescimento mental e psíquico se desenvolva harmoniosamente e *pari passu* com o crescimento físico, ter imposto suas leis próprias ao fenômeno artístico mesmo, para que os homens afinal as reconheçam e a elas se rendam. Desta forma to-

maria o mesmo fenômeno caráter de verdadeira necessidade vital, pois não seria mais do que a transposição no plano humano das leis da criação cósmica... se define e se expressa por aqueles princípios cósmicos que regem as coisas, “vitaminas da alma” (p. 55).

Zonas de confluências entre arte-comunidade-Natureza

Acontecer solidário: lugares do devir coletivo
– ativismos bioculturais

Conversa + Diálogo / Comunidade + Lugar
(cronotopos-*placefulness*)

A questão da institucionalidade é abordada como espelhamento das mudanças nas práxis que agem por fricções institucionais com seus contextos e contingenciamentos; parte da contínua interação humana por entrelaçamento vital entre organismo social e as condições ambientais que demandam autonomia e participação geradora e transformadora da existência como acontecimento situado, cronotopos. Como tal, é nela também que as práticas artístico-pedagógicas e curatoriais vêm se radicalizando como agentes de resistência anticoloniais em si, por micropolíticas de contágio e afetos entrecruzando o impulso da arte para o experimental com o resgate da experiência da percepção ‘selvagem’, regenerantes do “processo de autoprodução da subjetividade social” (Negri e Guattari, 2017, p. 92). Desta forma, a institucionalidade pode ser vista como práxis fricativa vital da arte para o ativismo de presenças transformadoras de sentidos e agenciamentos das ações e fabulações humanas, geopoéticas e cosmopoéticas instituintes do Demos-Urge das micro geografias do agir solidário da democracia cultural, tais como museus-escolas-clínicas.

As novas institucionalidades também podem ser consideradas terapêuticas institucionais, agentes de “liberação de singularidades individuais e coletivas” (Negri e Guattari, 2017) contra os padrões capitalistas mantenedores das próprias

instituições culturais e políticas, e, como tal, sujeitas e disseminadoras “sobre o planeta de uma enorme máquina de escravização da vida humana em todos os seus aspectos, tanto os do trabalho como os da infância, do amor e da vida; tanto os da razão como os do sonho e da arte” (p. 5). Enquanto as instituições públicas e privadas de dependências neoliberais ainda são regidas por silenciamentos coloniais, as práxis de resistências agem por micropolíticas, com fortes ressonâncias da pedagogia da autonomia de Paulo Freire ou da geografia das ações do acontecer solidário de Milton Santos, buscando fissuras para romper a opacidade imposta socialmente por uma narrativa única e hegemônica imobilizante ou pelo apagamento da diversidade e direito vital de participação na produção de novas subjetividades.

Fazendo eco às “verdades nômades” de Negri e Guattari (2017), toma-se como opção política para as linhas de desejo e vontade do comum-unitário ou emocional-volitivo (Bakhtin, 1990) de ações fabulantes de resistência a atualização de um horizonte possível e urgente para outra ordem da arte-vida, geradoras de novas institucionalidades. Significa também os artistas-geopoetas-cosmopoetas-educadores-terapeutas ambientais incorporando sua nova configuração pós-humanistas de cocriadores cronotopos de fabulações vitais de práxis do comunismo, entendido como “conjunto das práticas sociais de transformação de consciências e das realidades nos níveis político e social, histórico e cotidiano, coletivo e individual, consciente e inconsciente” (Bakhtin, 1990, p. 8). Cabe à reconfiguração tanto da arte quanto da educação e saúde sua responsabilidade comum-unitária de fabulações como práxis de um pragmatismo utópico de friccionar a realidade, pela renovação permanente de suas organizações representantes de Demos-Urgê, democracia biocultural (Meitin et al., 2020).

La biodiversidad y la diversidad cultural no pueden entenderse sino es en relación, en tanto esta es la que permite mantener el equilibrio dinámico del sistema. La expresión biocultural que enlaza esas dos dimensio-

nes tiene una serie de valores y elementos de significación simbólica e histórica, epistémica y política que implican el reconocimiento de las comunidades como sujetos políticos fundamentales y es utilizada por diferentes expresiones como epistemología biocultural, diversidad biocultural, ecología biocultural, reserva biocultural, regiones bioculturales y corredores bioculturales (p. 28).

Tem-se como giro descolonizador da própria arte sua virada crítica estética para uma ordem biorregional (Meitin et al., 2020) e ética, expandindo o “exercício experimental da liberdade” articulado por Mário Pedrosa para a produção de estratégias comunitárias de gerar “inteligência coletiva da liberdade” (Negri e Guattari, 2017, p. 11); acrescenta-se com bases na Natureza já incluindo a biocultura. Assim também aquelas especulações estéticas de Mário Pedrosa hoje são atualizadas pelas demandas de um pragmatismo utópico voltado para a práxis, para a produção social de novas institucionalidades para as organizações biorregionais comunitárias pós-humanistas. Assim, museus de arte, escolas e universidades vêm acolhendo estratégias ecossistêmicas de reconhecimento das singularidades e processos de singularização como relações de interdependência e colaboração com todos os modos de existência. Resta um grande desafio em especial para o sistema das artes, quando os próprios museus, bienais e sem esquecer as feiras de arte estão ainda sujeitos ao culto humanista ao espetáculo e à contemplação estética do consumo passivo de parte da sociedade apropriado e mantido pelo neoliberalismo. E, ao mesmo tempo, como pensar por contrafluxos, e sim, anacronismos que possam justapor outras epistemologias e micro geografias de afetos com a confluência de “novos modos de vida comunitários e liberação da singularidade” (Negri e Guattari, 2017, p. 12).

O pragmatismo utópico proposto como práxis para a arte no contemporâneo se articula por meio de zonas bioculturais regenerantes, cronotopos, de conflitos e antagonismos, entre-

cruzando ou mesmo entrelaçando diferentes elementos de uma realidade específica com infinitos modos de existência. Essa escola é tanto nomádica quanto planetária, geopoética quanto cosmopoética, atuando como cronotopos de potência fabulante coletiva por situamento biorregional, propondo estratégias ativistas emocional-volitivas coletivizantes, ainda que sujeitas às armadilhas do capitalismo global.

Nesse horizonte de lutas descoloniais em instituições regidas pela dependência neoliberal, ao se projetar uma escola de arte e devir floresta-biocultural, tem-se como inquietante complexidade a disjunção ou confluência entre a produção social restaurativa de vida comunitária e a *proliferação molecular de processos de singularização* (Negri e Guattari, 2017). Arte e ativismo descolonial, biorregional, seria um fundamento ético para uma escola de arte não mais baseada em meios de expressão ou por categorias tradicionais das linguagens artísticas. O que está em jogo é a atualização descolonial do poder da arte –para quem serve? o que significa expor? como valorizar o pragmatismo utópico da arte como potência fabulante de gerar novas institucionalidades como experiência indissociável da práxis das interações humanas como parte da Natureza Lúcida?–. Nesse sentido, a arte se torna agente cronotopos biocultural de processos vitais de saúde espiritual mediante singularizações do sensível, devolvendo a potência da fabulação à produção de subjetivação e significação dos corpos-territórios e da Terra-corpo de infinitos organismos vivos em interação através de diferentes contextos existenciais e ambientais. A Natureza Lúcida é reconfigurada como cocriadora geopoética e cosmopoética. O que era discutido como campo ampliado da arte hoje pode ser revisto como amplitude biocultural do compromisso com a renovação-reparação permanente das relações humanas com base no pertencimento mútuo: a responsividade da intuição palpável com bases de ser parte da Natureza Lúcida.

A institucionalidade é igualmente abordada como ativismo Demos-Urge da descolonização, tanto nas artes quanto na

educação e saúde, em escala da práxis das interações humanas biorregionais, entre artistas e outros diferentes agentes de cidadania dentro de uma instituição ou nas ações comunitárias, por isso, anarquistas, espontâneas, colaborativas e, ao mesmo tempo, efêmeras.

Natureza Lúcida

Nessas encruzilhadas Alfred North Whitehead (Stengers, 2011) elaborava seu conceito de natureza abordando a bifurcação ente causalidade da Natureza e as percepções sensoriais ativadoras de tomadas de consciência e dos modos de pensar a natureza diante da autonomia da “ordem da natureza”. Pode-se reconhecer como essas fraturas e pontos cegos são estruturantes constituintes do antropocentrismo e modeladores também das teorias fragmentadas tanto das ciências e filosofia quanto da própria arte, mas que encontram hoje sua responsabilidade ou limitação diante da crise ambiental do Antropoceno. A bifurcação apontada por Whitehead também pode ser reconhecida como intrínseca às polarizações entre valores estéticos e éticos. A natureza bifurcada de Whitehead (1919) e a biosfera (1926) que na época era ainda parte das publicações científicas de Vladimir Vernadsky (1863-1945), são resgatadas aqui por meio de diferentes conexões improváveis, como com+fabulações filosóficas para a emergência de paradigmas processuais eco-ético-estéticos atravessados pelas crises do antropocentrismo e seu impacto ambiental. O sentido de Natureza que acompanha a matéria lúcida como fenomenologia da fluidez entre matéria-luz (vibração e partícula) também aponta para a inteligência (lucidez) intangível e transubjetiva, para a categoria de ciência da relatividade e interdependência dos reinos na natureza como Vernadsky explorou. Atualizada aqui pelo que Brian Holmes, entre outros, aponta como biocultura.

Acrescenta-se aqui o sentido de matéria lúcida da natureza e sua transmissão e captura pela arte como acontecimento e organismo de fluxo contínuo da circularidade da existên-

cia independente (ou interdependente) da presença humana, trazendo ressonâncias às formulações dos conceitos de natureza bifurcada de Whitehead. As montanhas rochosas, rios e árvores centenárias das florestas se manifestam como entidades ancestrais incorporadas como eventos palpáveis apenas por percepções imaginativas e confabulações intuitivas palpáveis inscritas nas camadas do palimpsesto planetário. É preciso outra “ordem da natureza”, tal como Whitehead também especulava (Stengers, 2011), ao mesmo tempo que velada, revelava o limite intangível da matéria viva ou vibrátil, como natureza lúcida, não apenas de luz, mas *photographiein*, na captura sensível e multissensorial de outra escrita fenomênica da lucidez da natureza, da ordem da natureza, em si mesma apontando para além do sensível ou perceptual da mente humana. Poderia ainda reconhecer tanto nos cenários isolados da presença humana, territórios inumanos, quanto nas cosmopercepções ameríndias o reconhecimento do que Whitehead traz da Natureza como acontecimento (Stengers, 2011), como organismo ou o que Margulis (citado por Scarano, 2019) descobre pelas cianobactérias, fitoplanctos que vivem em comunidades de emaranhamentos invisíveis regenerantes da vida planetária como infinitas e complexas das linhas e tramas vitais da evolução simbióticas, que em sua complexidade e interdependência formam o superorganismo que compõe o corpo esférico da revolução de Gaia.

Consideramos escola de futuros ancestrais da arte-vida os fundamentos do devir com a Natureza Lúcida, com as cosmopercepções ancestrais ameríndias intuitivamente em conexões cronotopos de potência de fabulação entre mundos visíveis e invisíveis, já em ressonância com o entendimento planetário do corpo-biosfera, como Vernadsky já propunha em 1926, na Rússia, bem como Bakhtin na mesma década, e Whitehead, Helena Roerich e Nicholas Roerich, em suas visões para uma ética viva.

A potência e fragilidade da arte em seu elo com a vida-Natureza está igualmente confrontada, como *coincidentia oppo-*

sitorum, tanto submetida ou subversiva à limitação antropocêntrica ocidental, que Whitehead explorou na tentativa de superação da bifurcação entre natureza causal e a natureza como percebida pela mente humana.

Assim, existirão duas naturezas, uma da conjectura, outra do sonho. Outra maneira de enunciar essa teoria (...) é bifurcar a natureza em divisões denominadas natureza apreendida pela atenção consciente (*awareness*) e natureza que é causa da atenção consciente (*awareness*). A natureza que é de fato apreendida pela *awareness* captura em si o verdejante das árvores, a música dos pássaros, o calor do sol, a rigidez das cadeiras, o sentir do veludo. A natureza que é causa da atenção consciente (*awareness*) é o sistema conjecturado (ou presumível) de moléculas e elétrons que assim afetam a mente produzindo atenção consciente (*awareness*) da natureza aparente (Stengers, 2011, p. 38)⁵.

É preciso reconhecer-se parte do acontecimento vital como organismo único, biosfera, para romper com a condição de natureza bifurcada conceituada por Alfred North Whitehead. Isso significa identificar-se com o quanto a natureza deve ser entendida, como Whitehead propõe, como interfluxos entre organismo-acontecimento de confluências vitais de infinitos modos de existência, cocriação, metamorfose e multiplicação regenerante, autopoietica da vida. Assim também, o lugar como abordado por Edward Casey (1998) conceituando *placefulness* e receptáculo gerador de conexões; o chão e o *cuervo-território* em Verónica Gago (2019), presente também

5 No original: “Thus there would be two natures, one is the conjecture, and the other is the dream. Another way of phrasing this theory (...) It is to bifurcate nature into two divisions, namely into the nature apprehended in awareness and the nature which is the cause of awareness. The nature which is the fact apprehended in awareness holds within it the greenness of the trees, the song of the birds, the warmth of the sun, the hardness of the chairs, and the feel of the velvet. The nature which is the cause of awareness is the conjectured system of molecules and electrons which so affects the mind as to produce the awareness of apparent nature”.

nas cosmogonias de nossos povos originários. Acrescenta-se ainda o sentido de “coração” (*corazón*, *chuyma*) tomado por Silvia Rivera Cusicanqui, em total ressonância intuitiva com os movimentos ancestrais *amuyt’aña*, da sabedoria cósmica aymara ch’ixi, compondo os fios vitais tecidos pela matéria lúcida planetária, cuja alta complexidade é a cosmopoética de entrelaçamentos ecoeticoestéticos infinitos. Articula-se aqui a medida dos entrecruzamentos quiásmicos (Merleau-Ponty, 1992) com as dobraduras (Guattari, 2000), do caos com sua mais alta complexidade, não apenas como colapso do antropocentrismo, mas como os devires e conjecturas fenomenológicas de uma escola de arte aberta para os agenciamentos territoriais e cósmicos em colaborações multiespécies como instrumentos de síntese e confluências de imaginários.

Apresentação de casos do grupo de pesquisa atualizado Y’nterfluxes contemporâneos das artes-comunidade-Natureza Estudos Contemporâneos das Artes da Universidade Federal Fluminense

Anita Sobar

O devir clandestino do artista: notas para uma experiência do fora

Essas notas para uma experiência do fora são pontos de partida para uma experiência do artista que problematiza as relações entre arte e política em seus contextos sociais, ambientais e institucionais da nossa atualidade. Como movimentar proposições artísticas para atravessar os colapsos contemporâneos? Como dar continuidade a essas práticas em tempos de desfazimento? Tornar-se clandestino é estratégia na dinâmica das lutas moleculares e da invenção do artista/ativista. É possível, na passagem do clandestino para o coletivo, criar novos territórios de (re)existência? Como tecer novas formas de comunidade e liberar as múltiplas forças criativas que pedem passagem? Para a análise da subjetividade marcada

pela clandestinidade, proponho notas cartográficas como ferramentas do conhecimento de si e dos territórios. Buscando pensar a cartografia do clandestino como forma contracolonial de localizar-se, relacionar-se e desaparecer.

Livia Moura

Artista pesquisadora

Ação colaborativa com a comunidade de Campo Redondo, Minas Gerais

Diferentes ações coletivas na construção de uma consciência grupal de pertencimentos mútuos. Afetopia; Bolsa de Valores éticos - BanCoTeAMa; parceria com a Escola Municipal do Campo Redondo; mapeamento oral e recuperação do patrimônio imaterial da cultura (fazeres e tradições). Dentre as ações restaurativas de memórias destaca-se a produção de lã e o conhecimento sobre as ervas medicinais. O BanCoTeAMa oferece também fundos rotativos de microcrédito para o fomento da cooperativa de lã e de uma saboaria natural utilizando ervas.

Gabi Bandeira

projeto/obra de agenciamento e compartilhamento de vivências, “AGradim: Programa de Ações Regenerantes” é um pequeno agrado, afago e uma micropoética, para com o lugar tão degradado e abandonado, mas um canto vivo e pulsante de muita vida resiliente. Se quer entender as relações de duração e prolongamento de estados coletivos na arte e como as ações socioculturais refletem no ser artista.

A artista investiga a arte como condutora para a fabricação de ideias que geram vida. A partir dos processos de uma artista, proponente local e propagadora de encontros, que ao mesmo tempo vem de uma comunidade tradicional, como a de pescadores artesanais, encontrados na colônia da Praia das Pedrinhas, em São Gonçalo, banhada pela Baía de Guanabara. Essas identidades se ligam por seu fazer artístico, que é analisado ainda no fluxo da sua produção. Utilizar a arte como

ferramenta para a construção de uma pedagogia ambiental híbrida e transdisciplinar, para fomentar o engajamento local, fortalecendo os saberes e talentos compartilhados, como o botânico, encontrado, a partir das sementes de mangue vermelho, propágulos, que servem como metáfora ativa para a pesquisa. Visa ainda pautar os desafios de realizar ações laboratoriais artísticas em territórios sensíveis, que sofrem com o trauma ambiental e a escassez de políticas públicas, mas também, ressaltar os cuidados com os trabalhos socioculturais, mostrando como as dimensões estéticas e críticas se imprimem em ações como essas.

Maria Raquel Fernandes

**Do museu tradicional ao ativismo de museus
Reflexões sobre o trabalho do Museu Bispo do
Rosário Arte Contemporânea como dispositivo de
memória contracolônia**

O que quer um Museu? Para que serve? A quem se destina? Essas perguntas, tão atuais para se pensar os museus do século XXI, são questionamentos sempre recorrentes a cada projeto desenvolvido pelo Museu Bispo do Rosário Arte Contemporânea (mBrac), em tentativa de abarcar sua missão nesse território tão particular, de posição geográfica marcada na realidade a 22°54'23" de latitude sul e 43°10'21" de longitude oeste, Jacarepaguá, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, mais precisamente, a Antiga Colônia Juliano Moreira (CJM) que abrigou um dos maiores hospícios do Brasil; hoje o bairro Colônia, região periférica na Zona Oeste da cidade.

As intervenções na dimensão sociocultural da desinstitucionalização procuravam promover empatia da sociedade para a causa da luta antimanicomial e diminuir as resistências para a reinserção social da pessoa com transtornos mentais. Os museus ligados às instituições de saúde fizeram parte das estratégias que atuaram no imaginário social para permitir novas representações sobre a loucura.

Isso se reflete também no convite às pesquisador(x)s, artistas e curador(x)s de outros contextos, para realização de projetos a fim de expandir, aprofundar, desconstruir e reconstruir múltiplas e novas perspectivas e ações nesse território, e reciprocamente afetar as práticas ético-estéticas do campo da arte.

Mercedes Lachman

O trabalho com o Círculo de Mulheres Erveiras da Mantiqueira se desdobrou em dois projetos-momentos

O primeiro foi a fatura de um grande bastão de defumação, durante a primeira lua cheia de 2021, com rezas e intenções de cura, para o qual selecionamos e usamos mais de 20 tipos de ervas medicinais. O bastão foi um projeto elaborado em cooperação com o Círculo das Mulheres Erveiras da Mantiqueira para aplacar e curar as dores da pandemia da Covid-19 em todo o mundo, um gesto oferenda simbólico para todos. Elas nomearam o projeto Sorria você está sendo defumado⁶.

O segundo desdobramento consistiu nas cerimônias que aconteceram antes durante e depois da queima do grande bastão, no dia fora do tempo 25/07/2021, que foram filmadas e trabalhadas por mim e minha parceira Paula Monte, e resultou no vídeo *O dia fora do tempo*, exibido pela primeira vez na individual que fiz no MIEC de Santo Tirso, no Porto, entre julho e outubro de 2023⁷.

Sabina Simon

Atravessada pela complexa crise ambiental planetária, a presente pesquisa em estudos contemporâneos das artes está orientada para sensibilizar a sociedade sobre os desafios ambientais que nos rodeiam, a partir de um olhar deslocalizado

6 O link do vídeo é: <https://youtu.be/w8FOIVeReh0?si=Siz5rgOnL4QdADTw>

7 O link do filme é: https://youtu.be/hCC_RBv-SU8?si=l4V7dkjymXcp9gle

da perspectiva humana. Esse deslocamento reconduz a pesquisa ao estudo do fitoplâncton: os microscópicos e imperceptíveis ancestrais das plantas que vivem à deriva nas águas do planeta, e dos quais podemos extrair alguns dos fundamentos para redefinir, por meio da arte, a forma como lidamos com esses desafios. Mediante seu estudo, interconectando saberes –passando pela botânica, a filosofia, o budismo, a arte zen, o perspectivismo ameríndio, a antropologia ou a agricultura, entre outros–, inventa-se um manifesto formado pela síntese interpretativa dos principais fundamentos do fitoplâncton: fluidez, circularidade e diversidade. O Manifesto Fitoplâncton será a base conceitual das manifestações vinculadas às artes, desde os desenhos até a realização do Manto-Vivo: um tecido feito de “resíduos” que se transforma em jardim regenerante com um pequeno gesto de devolver natureza a natureza. Um respiro interconectado além do humano e uma escuta radiestesista do sussurro gritante de Gaia.

Referências

- Badiou, A. (2003). *Saint Paul. The Foundation of Universalism*. Stanford University Press.
- Bakhtin, M. (1990). Art and answerability. En *Art and answerability. Early philosophical essays by M. Bakhtin* (pp. 1-3). University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1999). *Toward a philosophy of the act*. The University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (2011). *The dialogic imagination*. The University of Texas Press.
- Casey, E. (1998). *The fate of place: A philosophical history*. University of California Press.
- Cozmescu, V. (2015). “Alexandru Ioan Cuza” University of Iasi. The *coincidentia oppositorum* and the feeling of being. **META: Research in Hermeneutics, phenomenology, and Practical Philosophy*, 7(1), 105-120. http://www.metajournal.org/issues_pdf/meta-volvii-no1-june2015.pdf
- Diakara, J. (2021). *Pamüri yukusiru*. A viagem da vida na canoa de transformação. *Cadernos Selvagem*, 24. Dantes

- Editora. https://selvagemciclo.com.br/2023/wp-content/uploads/2021/05/CADERNO24_DIAKARA.pdf
- Evans, F. (2011). *The multivoiced body: Society and communication in the Age of diversity*. Columbia University Press.
- Federici, S. (2020). The politics of the commons. En N. Sioki y E. Tselika (Eds.), *Unconference proceedings: free/libre technologies, arts and the commons*. University of Nicosia.
- Federici, S. (2019). *Re-enchanting the world: Feminism and the politics of the commons*. PM Press.
- Gadamer, H-G. (2008). *La actualidad de lo bello*. Ediciones Paidós.
- Gago, V. (2019). Cuerpo-territorio: el cuerpo como campo de batalla. En *La potencia feminista: o el deseo de cambiarlo todo* (pp. 95-122). Traficantes de Sueños.
- Grosfoguel, R. (2008). Hacia un pluri-versalismo transmoderno decolonial. *Tabula Rasa*, (9), 199-215. <https://doi.org/10.25058/20112742.345>
- Guattari, F. (1990). *As três ecologias*. Papirus Editora.
- Guattari, F. (2000). *Caosmose: um novo paradigma estético*. Editora 34.
- Lippard, L. y Chandler, J. (1999). The dematerialization of art. En A. Alberro y B. Stimson (Eds.), *Conceptual art: A critical anthology*. The MIT Press.
- Medeiros, J. y Roque, T. (2020). A crise da democracia em três rupturas: confiança, legitimidade e autoridade. *Revista Rosa. São Paulo*, 1(2). <http://revistarosa.com/1/a-crise-da-democracia-em-tres-rupturas-confianca-legitimidade-e-autoridade#notarodap%C3%A95>.
- Meitin, A., Holmes, B., Carnavale, G., y Colectiva Materia (2020). *La Tierra no resistirá*. Casa Río Lab.
- Menna Barreto, J. (s/d.). Apresentação. En D. Workman (Ed.), *Uma Introdução ao pensar como uma floresta*. <https://files.cargocollective.com/556035/FLORESTA.pdf>
- Merleau-Ponty, M. (1992). *O visível e o invisível*. Perspectiva (Debates: filosofia).
- Mignolo, W. (2010). *Desobediencia epistémica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*. Ediciones del Signo (Razón política).

- Negri, A. y Guattari, F. (2017). *As verdades nômadeas*. Autonomia Literária/Editora Politeia.
- Pedrosa, M. (1996). A necessidade vital. En M. Pedrosa (Ed.) y O. Arantes (Org.), *Forma e percepção estética: textos escolhidos II* Editora da Universidade de São Paulo.
- Pimentel, M. (2023). Fabulemos! ou como resistir à ficção. En J. Vasconcelos y M. Pimentel (Eds.), *Coletivo 28 de maio – Arte e lutas minoritárias*. Editora PPGCA-UFF/Editora Circuito.
- Rancière, J. (2009). *A partilha do sensível. Estética e política*. Editora 34.
- Read, H. (1976). *Arte y alienación*. Editorial Proyección.
- Rivera Cusicanqui, S. (2018). *Un mundo ch'ixi es posible: ensayos desde un presente en crisis*. Tinta Limón.
- Rufino, L. (2019). *Pedagogia das encruzilhadas*. Mórula.
- Scarano, F. (2019). *Regenerantes de Gaia*. Dantes Ed.
- Silva, D. F. (2016). Sobre diferença sem separabilidade. En *Incerteza viva* (pp. 57-65). Fundação Bienal de São Paulo.
- Simas, L. A. y Rufino, L. (2019). *Flecha no tempo*. Mórula.
- Stengers, I. (2011). *Thinking with Whitehead. A free and wild creation of concepts*. Harvard University Press.
- Vergara, L. G. (2023). *Pragmatismo utópico/Luiz Guilherme Vergara*. Circuito, Niterói-PPGCA-UFF.
- Vernadsky, V. (1926/2019). *Biosfera*. Dantes Ed.

COMUNICACIÓN COMUNITARIA EN SALUD Y SU INFLUENCIA EN LA FORMACIÓN DE ACTIVOS: UNA PERSPECTIVA SALUTOGÉNICA

Nicole Lobos-Villatoro¹

Introducción

La comunicación humana ha sido teorizada desde diferentes vertientes, sin embargo, la teoría y modelo ampliamente difundidos se establecen a partir de la unión de dos campos del saber –la ingeniería y la sociología– en la denominada “teoría de la información”, desde la cual emana un modelo que abarca las etapas escolares hasta la formación universitaria. Al respecto, si bien esta no ha repercutido en otras teorías comunicacionales posteriores y, por tanto, en los profesionales vinculados, sí ha desarrollado una significación importante en gran parte de la población, construyendo entonces una imagen reduccionista de la comunicación donde se involucran, por ejemplo, elementos de emisor, mensaje, receptor, canal, contexto y ruido, entre otros (López, 1998).

En la teoría de la información, si bien el emisor puede cambiar su rol a receptor y el receptor al de emisor, se sostienen elementos lineales, restrictivos y que omiten sostenidamente el curso e historia de vida de las personas, la construcción de sus subjetividades y las influencias del entorno inmediato y futuro. Instala, entonces, una perspectiva de la comunicación que refuerza el evento de “trasvasijar información”, que sin duda puede observarse como una ver-

1 Licenciada en Fonoaudiología por la Universidad de Valparaíso y Magíster en Salud Pública por la Universidad de Chile. Universidad de Las Américas. Santiago, Chile. Correo electrónico: nlobos@udla.cl

ticalización de la información, omitiendo los espacios para la reflexión de las y los otros y del yo mismo. Esto es claro en tanto en esta teoría, el centro de la comunicación no se encuentra en las personas, sino más bien en la transmisión de información (López, 1998).

Es por lo anterior que cabe reflexionar acerca de si en esta lógica de la comprensión lineal y restrictiva de la comunicación, los significados configurados en nuestros pensamientos a partir de la formación universitaria/técnica trascienden a nuestros comportamientos al ser receptores y también emisores; si esto es así, esa construcción del pensamiento, además, podría traspasar y reforzar los roles del personal de salud, configurándose con enfoques mecanicistas/patogénicos/restrictivos, características y comportamiento que se vinculan con el enfoque biomédico y que va acompañado en el acto comunicacional del vaciamiento de información en forma vertical y autoritaria.

Todo lo anterior implica, entre otras cosas, una falta de reconocimiento sociocultural y de género de la persona que comunica y con quien nos estamos comunicando (el llamado “paciente”, desde lo biomédico, o bien, la “persona”, desde lo sociocomunitario); la ausencia de lo subjetivo y de lo que mandata el proceso de enfermedad; de los comportamientos asociados y futuros, determinantes sociales y ambientales de salud; y por último, de la interseccionalidad que determina el bienestar.

Por otra parte, tanto el campo de la salud como el de las comunicaciones han transitado por teorías y paradigmas que, desde lo restrictivo, han omitido la complejidad de las interacciones humanas, la influencia de los distintos sistemas en la construcción del pensamiento y su influencia en los comportamientos, conductas y actitudes. Ante esto, ambos campos del saber han sostenido teorías opuestas a las teorías imperantes (que responden al pensamiento social de la época). Estas contrateorías han relevado la necesidad de concebir

tanto la comunicación como la salud y enfermedad como procesos complejos, con una mirada de construcción del ser humano e integración de las influencias familiares, comunitarias y sociales.

En este sentido, existen elementos de los marcos teóricos de la comunicación que relevan el sentido humano y social de la comunicación, probablemente menos difundidos entre la población en general y, por lo mismo, menos revisados. Entre estos aspectos se cuentan los que expresan que la comunicación es inherente al ser humano, a su cotidianidad –inclusive antes del lenguaje–, que la comunicación se modifica en lo social y modifica lo social y, por último, que es fruto y proceso de la interacción entre las personas y los significados. El sentido procesal de la comunicación también evoca lo dialógico como elemental (Cordero, 2018), en tanto intercambio y reflexión a partir desde las propias configuraciones de las subjetividades intrínsecas de las y los interlocutores.

Desde esta perspectiva, la comunicación como proceso de intercambio, espacio dialógico de encuentro entre significados y entorno creador de estos, se configura en ámbitos complejos que comprenden los niveles intrapersonales, interpersonales, comunitarios y sociales, pero también los configura desde lo social, comunitario e interpersonal hacia lo intrapersonal. Es desde allí que el reconocimiento de la comunicación como un proceso determinado pero que determina lo social, histórico, valórico y cultural, toma relevancia para la construcción del bienestar.

En consecuencia, se considera de real importancia el manejo y enseñanza de enfoques teóricos y modelos de la comunicación en las diferentes profesiones, pero particularmente en las disciplinas del área de la salud, debido a que la aplicación del enfoque de determinantes sociales y ambientales de la salud requiere mucho más que solo la escucha activa y la empatía: también necesita de la creación de vínculos de confianza, comprensión e indagación fuera de lo punitivo, para

poder llevar a cabo las diferentes acciones desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner² (persona, familia, comunidad, sociedad). Esto sin duda colabora con los procesos de promoción de la salud comunitaria, la protección de la salud, la prevención de enfermedades, los diagnósticos, tratamientos y rehabilitación con enfoque comunitario.

Por último, hay que mencionar que los procesos de salud y enfermedad de la población, desde la mirada de los determinantes sociales y ambientales de la salud, presentan variables que posibilitan el bienestar e inclusive protegen a las personas respecto de estados patogénicos (Plazaola-Castaño et al., 2008). Uno de ellos es el apoyo social, constituido por conductas de ayuda, estructura de red o lazos sociales (Matud Aznar et al., 2003). En este sentido, el valor de la comunicación y las teorías impulsan los vínculos entre personas, favoreciendo el bienestar de la población.

Comunicación comunitaria

Desde la comunicación comunitaria se establece la necesidad de dar voz a las poblaciones minoritarias, así como a temáticas propias de los territorios que son significativas en el día a día de las personas y que buscan la representación, difusión de la identidad de las comunidades, territorios y pueblos.

En particular, la comunicación comunitaria es aquella que emerge de lo popular para promover la transformación social y el desarrollo comunitario, poniendo en el centro lo común que emerge del diálogo colectivo. Esta comunicación es construida y definida por quienes integran un territorio y tienen el interés de movilizarse a partir del proceso comunicativo. Así mismo, emerge desde la praxis (Lois et al., 2014) y es dife-

2 El modelo socioecológico de Bronfenbrenner, propone desde una mirada ecológica la influencia de diversos sistemas más próximos y distales al individuo, interconectados entre sí, cada uno de ellos contenido en el otro, que en mayor o menor medida construyen mediante los factores y recursos que los constituyen el desarrollo humano (Frías et al., 2003).

renciada respecto de las definiciones propias de cada territorio, realizando las particularidades socioculturales, así como las habilidades y capacidades existentes en la comunidad.

Con ello se aprecia que la construcción del proceso comunicativo se sostiene en la participación, el diálogo y la motivación por establecer y difundir la identidad histórica, conciencia temática y apropiación cultural. Es pues, en sí misma, un proceso creativo donde las personas se organizan, participan constituyendo vínculos y poniendo de manifiesto temas que desde la comunicación hegemónica (la de los medios de masa o mass media, como por ejemplo la televisión, radios, cine, etc.) no serían contemplados. En ella se realza la vida cotidiana, sus problemáticas, inquietudes, capacidades de resolución y se sostienen y reconstruyen vínculos.

En la comunicación comunitaria o popular, los protagonistas son las personas que residen en un territorio las que se organizan y deciden qué, cómo y a quién llegará el mensaje, caracterizándose principalmente porque la comunicación se establece hacia una audiencia conocida, con contemplación de las posibles subjetividades, debido a la propia aproximación sociocultural y de cotidianidad. En este sentido, dispositivos participativos como talleres, reuniones y prácticas colectivas como “matear” o las huertas comunitarias, establecen un proceso de comunicación comunitaria mediante el diálogo. Así también el uso de medios comunicativos como el muralismo, intervenciones artísticas, teatro, cine, radio y televisión comunitaria gestan vínculos mientras transitan en su diseño, implementación y mantención todos los elementos que promueven el bienestar y el buen vivir.

Comunicación como constructora de redes y apoyo social mediante el diálogo, desde la perspectiva de la teoría dialógica

La teoría dialógica (TDL) pone de manifiesto que la comunicación se produce en los vínculos interpersonales, diferenciándose de la comunicación orientada a los medios

de masa, los que posicionan elementos principalmente informativos-conductuales, influenciando a la población sin distinción y decidiendo unilateralmente quién, qué y cómo se entrega el mensaje. Muy por el contrario, la TDL releva el diálogo donde es vital el encuentro entre personas de diferentes realidades que interaccionan en un reconocimiento del otro u otra, en forma horizontal, y donde es posible la producción de nuevos significados. En efecto, las relaciones desde lo dialógico reconocen la historicidad y subjetividad de las personas, así como el contexto situacional en el que se desarrollan los procesos comunicacionales, aunque también reconoce que las concentraciones de poder no permiten la interacción permanente y sustancial (Abellán, 2011).

Por otra parte, el valor del diálogo reside en la posibilidad de encontrarse, crear y comprender la realidad de los otros, donde la esencia de la comunicación humana se pone de manifiesto en el desarrollo de vínculos y prácticas interpersonales y colectivas. En este sentido, la comunicación entendida desde la producción de diálogos es hacedora de redes, de nodos entrelazados de personas que, en un contacto directo o indirecto, sostienen la estructura social donde se brindan apoyo, soporte y reconocimiento mutuos. Las redes presentan reciprocidad entre personas que se relacionan, pudiendo establecerse relaciones y vínculos de diversa profundidad y distintos tipos de confianzas (Cerdea, 2022). Además, se debe considerar que las personas se comunican desde diversas intencionalidades, lo que impacta en las relaciones interpersonales, así como en la construcción de la propia red.

Ahora bien, la producción del diálogo para la constitución de comunidades, como plataformas de apoyo social, requiere de espacios que propicien el encuentro sistemático entre personas dispuestas a transitar en la profundidad de las relaciones e interacciones variadas. De igual modo, el espacio comunitario en los territorios donde habitan las personas puede considerar el establecimiento de vínculos sin jerarquía y motivaciones que propendan a la mejora de la calidad de vida de sus resi-

dentos, en tanto que los procesos colectivos de búsqueda de identidad, promoción de la historicidad colectiva y de la apropiación cultural, también requieren del diálogo permanente entre diversos actores, así como de negociación, comprensión y escucha. Desde esa lógica, la comunicación efectivamente constituye comunidad, pero desde la comunidad también se constituye el diálogo. Sin embargo, es necesario mencionar que no solo son los espacios y las personas los responsables de la gestación de diálogo en las comunidades, sino también los estilos de vida que propendan al ejercicio de la participación e involucramiento con los otros, así como las formas en las que los barrios están contruidos y convergen hacia lugares de encuentro y visibilidad entre vecinas y vecinos.

Entonces, la comunicación entendida desde la teoría dialógica propende a la esencia humana de construir vínculos, de vivir en comunidades a fin de establecer relaciones que sostengan, mediante el tejido social, el curso de vida de los individuos y sus familias, es decir, que generen y promuevan el relacionamiento comunitario. Las relaciones sociales ofrecen, pues, el soporte para la satisfacción de diversas necesidades, siendo influidas por variables que muchas veces exceden a las propias personas, familias y comunidades. Este soporte denominado *apoyo social*, se entiende como la percepción que tienen las personas de ser cuidadas, valoradas y de ser parte de un colectivo al que pueden recurrir cuando sea necesario y que responderá de vuelta a sus necesidades (San Martín y Barra, 2013).

El apoyo social constituye un determinante social de la salud que depende y se intersecciona con las condiciones de vida de las personas, la planificación de sus barrios, el aprender el valor del diálogo y la participación fuera de la competencia y el mercantilismo. Desde esta perspectiva, la organización social existente en cantidad y calidad, genera estos espacios donde las personas se reúnen por motivaciones específicas y apelan a su bienestar, realzando las capacidades y recursos propios, pues se sienten apoyadas socialmente.

Salutogénesis, activos en salud y comunicación

La salutogénesis es un concepto creado en oposición a la dicotomía enfermedad-salud enmarcada en el paradigma biomédico donde la centralización de la patología estaría por sobre la generación de la salud, añadiendo características reduccionistas y mecanicista al procurar reparar solo la “parte dañada” de las personas, asegurando con ello la “no enfermedad” de las otras “piezas”. Por el contrario, la salutogénesis se centra en la generación y producción de la salud, entendiendo que esta no es la ausencia de enfermedad, sino un constructo más complejo.

El concepto de salutogénesis nace a partir de las indagaciones desarrolladas por el sociólogo Aaron Antonovsky, quien postuló que la salud y la enfermedad son procesos y no elementos dicotómicos, de modo que se dan en un continuo entre el bienestar y el malestar. Lo anterior implica que la salud perfecta o la enfermedad total no existen, pues las personas transitamos en estos estados de forma gradual o parcial. Así mismo, la salud no sería un estado de equilibrio pasivo, sino que requiere esfuerzos de los individuos para poder mantenerla. En este sentido, señala Antonovsky que la naturaleza tiende a la desorganización, al desequilibrio y, por tanto, el equilibrio de la salud requiere esfuerzos para ser “re-creado”, pues la pérdida de salud es también un fenómeno permanente. Otra de las premisas relevantes de Antonovsky son las formas y modos en los que se origina la salud/bienestar al ampliar la visión respecto de los factores estresantes hacia la posibilidad de que estos puedan ser beneficiosos para las personas, dependiendo de la subjetividad y de los recursos disponibles para enfrentarlos (Hernán et al., 2013).

Ahora bien, como teoría la salutogénesis desarrolla dos elementos principales: los recursos generales de resistencia (RGR) y el sentido de coherencia (SOC). El primero se refiere a diferentes recursos como los factores biológicos, socioeconómicos, educacionales, autoestima y apoyo social, entre

otros. La proximidad de estos recursos puede contribuir a la generación de experiencias más satisfactorias en la vida, sin embargo, las personas no solo deben disponer de los RGR, sino que también deben ser capaces de utilizarlos. En efecto, es el SOC el que aumenta cuando el individuo comprende cómo se organiza su vida, cuando demuestra su capacidad de control y reconoce cuál es el sentido de su existencia, es decir, cuando es capaz de construir metas (Hernán et al., 2013).

En el curso de vida, entonces, el espacio donde residen las personas, los otros con los que interactúan, el tipo de vínculo que generan y el acceso a estos nodos de relaciones, así como los mensajes verbales y no verbales, y la comunicación interpersonal construyen, en conjunto, su identidad y dan coherencia a sus existencias.

En términos más específicos, según la teoría salutogénica un niño o niña que crece en un barrio que presenta un nivel alto de vínculos afables, apoyo social, que recibe en forma reiterada mensajes positivos de amor y aceptación iniciará consecuentemente su construcción de identidad en forma positiva. De igual modo, si durante la niñez se generan vínculos fuertes con personas de diferencias estratos socioeconómicos, será posible acceder a mayores y mejores recursos para la vida, ampliando las probabilidades de movilidad social, seguridad y percepción de control de su vida, para proyectar metas a largo plazo.

En este sentido, la mirada salutogénica si bien puede entenderse en términos individuales, posiciona una mirada sistémica donde la comunidad, el territorio y la sociedad influyen la vida de las personas y establecen mayores cercanías con los RGR y el SOR. Para la teoría salutogénica como marco conceptual de la promoción de la salud, lo que importa es la salud, el bienestar, es decir, plantea una perspectiva positiva que se pregunta por las habilidades, capacidades y activos existentes, en lugar del déficit, de lo que falta o está “dañado” o “enfermo”, como lo plantea la patogenia.

Estos activos corresponden a los recursos generales de resistencia de las personas y comunidades, los que según Pasarín y Diez (2013) pueden ser un instrumento de promoción de la salud, o bien, para proteger a la comunidad frente a problemas sanitarios, siempre que se organicen y sirvan a ese propósito. En otras palabras, se trata de “ los recursos reconocidos por la comunidad como riquezas para mantener y mejorar su bienestar” (García et al., 2018, p. 7). Estos elementos pueden influir en diferentes niveles (persona, familia y comunidad) y el elemento común es que fomentan las habilidades y capacidades para promover y proteger la salud

En este sentido, cabe remarcar que no todos los recursos son activos; para serlo deben contar con una valoración relevante para el territorio. Al respecto, en una experiencia realizada en 2023 en la Corporación de Salud de la Comuna de Huechuraba, en Santiago, algunas dirigentes declararon que “los recursos pueden ser múltiples en un barrio, población, pero somos los y las dirigentes, las y los líderes sociales, los que estamos llamados a transformar los recursos en activos”. Esta frase refuerza la necesidad del diálogo para la construcción de identidad, historia, espacios comunes y acciones comunitarias que finalmente impulsan colectivamente la construcción de valor en los recursos.

Por lo anterior se podría sostener, entonces, que la comunicación entendida como diálogo promueve las relaciones, vínculos y el apoyo social que establece y construye RGR desde la comunicación intrapersonal (subjetividad-comunicación hacia el yo), así como desde la comunicación interpersonal (entre personas). Es a partir de esos diálogos donde el SOC puede además constituirse en mayor o menor medida a nivel individual. Los diálogos son la plataforma donde las personas de un colectivo y territorio posicionan sus problemáticas, establecen acuerdos, negociaciones, promueven ideas, detectan habilidades y recursos y desarrollan soluciones a los conflictos: es ahí donde se construyen los activos comunitarios.

De este modo, si se entiende la comunicación comunitaria no solo desde lo dialógico, sino también desde la implementación de dispositivos mediales de comunicación, entonces es posible organizar, promover y establecer dispositivos audiovisuales en un territorio, como murales, intervenciones artísticas, teatro, cine, radio, televisión y periódicos comunitarios, que promuevan el bienestar y buen vivir, relevando los temas contingentes e importantes del territorio, trazando identidad, organización y, por último, pero no menos importante: dando espacio y voz a los grupos desfavorecidos o invisibilizados en los medios de comunicación masiva.

La radio comunitaria como una estrategia de diálogo entre el saber técnico y el conocimiento popular

Los medios de comunicación comunitaria son un activo en salud, en tanto pueden habilitar a personas y colectivos para comprender los procesos de salud-enfermedad desde la complejidad social, y sostener decisiones a partir de la incorporación de los determinantes sociales de salud.

Con este norte, se configuró una iniciativa de vínculo entre la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas (UDLA) con la radio comunitaria Radio Franklin³. Esto con el objetivo de coconstruir y difundir material educativo desde la perspectiva crítica de salud, mediante la apertura del canal de Spotify “La salud en común”. Dicha actividad nace con el propósito de dar a conocer te-

3 Funciona en el barrio del mismo nombre, de la comuna de Santiago, y transmite programas de diversa índole que son llevados a cabo principalmente por los propios vecinos, y organizaciones barriales, incorporando además a instituciones como el Centro de Atención Primaria de Salud vinculado a esta zona. La radio comunitaria Barrio Franklin es gestionada por personas que residen en Franklin, así también la propuesta editorial y las decisiones se desarrollan en una mesa de trabajo que considera a vecinos y vecinas. Su objetivo es “fortalecer el diálogo democrático, las identidades locales y el patrimonio del barrio” (Escudero, s/f).

máticas relacionadas con la salud comunitaria, pero también para aprovechar el vínculo con dirigentes territoriales, de tal forma de sostener diálogos significativos tanto para la comunidad universitaria como para el territorio.

Así, durante el periodo de restricciones sanitarias impuesto por la pandemia por Covid-19, se realizó la primera temporada del programa, sustentada en diálogos que giraron en torno a la gestión de la salud positiva, enfoques en la praxis de salud, participación y su importancia en salud y el sociocuidado. Para ello, se contó con la participación de académicas y académicos de la UDLA y personal de salud con experiencia en vinculación con los territorios. Al finalizar el proceso, se evaluó la necesidad de incorporar a las y los líderes sociales en los diálogos, a fin de validar las acciones de auto y sociocuidado desarrollados durante la crisis sociosanitaria, para difundirlas en el espacio académico.

Con ello en mente, en una segunda temporada del programa radial se avanzó hacia un diálogo vinculante entre las y los académicos y organizaciones territoriales de la comuna de Santiago, presentando como tema transversal el concepto del “buen vivir”, para lo cual se convocó a expertos en salud, arquitectura y ciencias sociales. Las grabaciones se realizaron en la radio comunitaria Radio Franklin, donde se produjo un diálogo horizontal con los diferentes actores y emergió un contenido experiencial y técnico que abarcó, entre otros temas, el espacio público y la calidad de vida, alimentación, ocio y recreación y actividad física.

La iniciativa radial resultó en un total de 15 capítulos a lo largo de los cuales se estableció un diálogo de saberes diferenciados y horizontales, implementados en el mismo territorio, que promovió los vínculos entre los propios actores participantes y las organizaciones sociales y universidad.

La iniciativa puso en relieve la contribución de los espacios interdisciplinarios y el diálogo horizontal con las y los dirigentes sociales, así como la motivación de la comunidad uni-

versitaria por desarrollar espacios de comunicación en salud con orientación comunitaria.

Conclusión

Este ejemplo de espacio medial de una radio comunitaria grafica cómo confluyen en una plataforma de diálogo en el territorio las y los académicos con las y los líderes comunitarios, quienes en una comunicación tienden hacia la horizontalidad pese a los saberes diferenciados, contribuyendo desde el territorio hacia la universidad y desde el saber disciplinar hacia los habitantes.

Esta experiencia de radio comunitaria demostró cómo es posible ser un activo en salud, en la medida que existe en un territorio con apertura al desarrollo de vínculos entre las y los vecinos, barrios e instituciones, todos los cuales puedan colaborar con el bienestar desde una perspectiva dialogante, teniendo como eje la promoción de la salud de todas las personas.

Referencias

- Abellán, A. (2011). Teoría dialógica de la comunicación: devolver al hombre con el hombre al centro de la investigación. *Revista Interdisciplinaria de Ciencias de la Comunicación y Humanidades, Comunicación y Hombre*, (7), 213-222. https://www.comunicacionyhombre.com/pdfs/07_i_aabellan.pdf
- Cerda, J. (2022). Trabajo de redes. Sentidos y significados desde el trabajo social. *Cuadernos Trabajo Social*, (15), 54-70. <https://cuadernots.utem.cl/articulos/trabajo-de-redes-sentidos-y-significados-desde-el-trabajo-social/>
- Cordero, L. (2018). La comunicación como proceso cultural. Pistas para el análisis. *Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 6(3), e13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552359949013>
- Escudero, V. (s/f). *Quiénes somos*. Radiobarriofranklin.cl. <https://radiobarriofranklin.cl/index.php/quienes-somos/>

- Frías-Armenta, M., López-Escobar, A. E., y Díaz-Méndez, S. G. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología (Natal)*, 8(1), 15-24. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2003000100003>
- García Hernán, M., Cardo Miota, A., Barranco Tirado, J. F., Belda Grindley, C., Páez Muñoz, E., Rodríguez Gómez, S., y Lafuente Robles, N. (2018). *Guía breve. Salud comunitaria basada en activos. Andalucía*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/01/EASP_Guia_breve_SaludComActivos-FUM-05-12-18.pdf
- Hernán, M., Morgan, A., y Mena, Á. L. (2013). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=M15ob3RsaW5r>
- Lois, I., Amati, M., e Isella, J. (2014). *Comunicación educativa, popular y comunitaria*. Universidad de Buenos Aires, UBA. <https://www.sociales.uba.ar/wp-content/blogs.dir/219/files/2015/07/6-Comunicacion-B.pdf>
- López, R. (1998). Crítica de la teoría de la información. *Cinta de Moebio: Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (3), 24-30. <https://www.moebio.uchile.cl/03/frprin01.html>
- Matud Aznar, M. P., Aguilera Ávila, L., Marrero Quevedo, R. J., Moraza Pulla, O., y Carballeira Abella, M. (2003). El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 439-459. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730302>
- Pasarín, M. I. y Diez, E. (2013). Salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 477-478. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.001>
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., y Montero-Piñar, M. I. (2008). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 527-533. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)75350-0](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)75350-0)
- San Martín, J. L. y Barra, E. (2013). Autoestima, apoyo social y satisfacción vital en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 31(3), 287-291. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000300003>

EPÍLOGO

Múltiples voces, procedentes de distintos países y diversas experiencias han nutrido esta publicación, dando cuenta de algunos de los desafíos académicos, sociales y sanitarios en nuestra América Latina. Tras la labor realizada no nos es posible proponer conclusiones ni recomendaciones genéricas –no ha sido tampoco la intención del equipo a cargo de la compilación–, pues consideramos que ello forma parte del trabajo que las y los lectores podrán desplegar desde su propio contexto y circunstancias determinadas.

Podemos afirmar, sin embargo, que el libro *Salud y comunicación: Diálogos desde la comunidad hacia la transformación social* ha significado un proceso de construcción inacabado en el arte y ciencia de comunicarnos, pues lo que originalmente fuera ideado desde el Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario de la Universidad de Las Américas (UDLA) como las Terceras Jornadas de Actualización en Salud Comunitaria durante 2022, ha permitido posteriormente la proyección de esas contribuciones en la presente publicación, demostrando con ello el valor de lo dialógico en la comunicación.

El libro es un manuscrito como pocos, pues une salud, comunicación y salud comunitaria, llamando a la reflexión y acción en los campos del saber, pero también en la práctica misma. Por ello, se espera que nutra a docentes, estudiantes de pre y posgrado de las más diversas casas de estudio, nacionales e internacionales, así como a los equipos de salud y tomadores de decisión, sin olvidar a las organizaciones vecinales y de la sociedad civil.

La publicación exhibe lo que acontece en los espacios barriales y en lo societal como un todo, donde la riqueza de com-

prender, reflexionar y pensar creativamente es lo que da sentido a lo *comunitario* en lo más amplio del término.

Como compiladores y autores llamamos a compartir y difundir este texto, a fin de considerar la comunicación como un eje esencial en los procesos de salud y de construcción de todas las comunidades.

Carlos Güida Leskevicius

Director del Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario, Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas, UDLA

Nicole Lobos-Villatoro

Subdirectora del Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario, Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas, UDLA

Oswaldo Artaza Barrios

Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas, UDLA

ACERCA DE LAS Y LOS AUTORES

OSVALDO ARTAZA BARRIOS

Médico cirujano por la Universidad de Chile, con especialidad en pediatría y cardiología infantil. Magíster en Administración en Salud por la Universidad de Chile. Se desempeñó como médico general de zona en el Hospital de Mulchén y luego en el Hospital Luis Calvo Mackenna –lugar donde obtuvo su especialidad pediátrica– institución donde ejerció el cargo de director por 16 años. Fue Ministro de Salud del Gobierno de Chile entre 2002-2003, jugando un rol clave en la reforma que se gestó en ese período. Ha trabajado para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como asesor internacional de sistemas y servicios en México y Argentina. En el área de educación, ha ejercido la docencia en diversas universidades y ha sido consultor en políticas públicas de salud en varios países latinoamericanos. Ha publicado y participado en decenas de artículos y libros y es reconocido como un experto en el ámbito de la gestión y las políticas de salud. Actualmente se desempeña como Decano de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de Las Américas, UDLA.

ANDRÉS SANTANA MACHUCA

Kinesiólogo por la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Master of Business Administration con especialización en Salud por la Universidad Andrés Bello (UAB). Profesor asociado de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de Universidad de Las Américas (UDLA). Ha desempeñado cargos de liderazgo de equipos de kinesiología en instituciones de salud pública y privada, como también cargos directivos en universidades privadas en Chile. Actualmente es secretario académico de Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la UDLA, ins-

titución donde también se desempeña interinamente como director del Programa de Intervención Comunitaria.

TÚLIO BATISTA FRANCO

Psicólogo, profesor titular y director del Instituto de Salud Pública de la Universidade Federal Fluminense (UFF). Doctor y magíster en Salud Pública por la Unicamp. Posdoctorado en Ciencias de la Salud por la Università di Bologna. Asesor de Maestría y Doctorado en el Programa de Posgrado en Bioética, Ética Aplicada y Salud Pública, PPGBIOS, y el Programa de Posgrado en Salud Pública. Asesor del Consejo Nacional de Participación Social de la Presidencia de la República de Brasil. En enero de 2022 recibió el premio Sérgio Arouca Salud y Ciudadanía, de la Asociación de Servidores de Fiocruz, en representación del Frente pela Vida, por su participación en el combate a la pandemia por Covid-19. Fue decano de personas de la UFF y coordinador general de la Asociación Red Unida. Miembro del Laboratorio Ítalo-Brasileño de Formación, Investigación y Prácticas en Salud Pública.

JUAN CARLOS GÓMEZ TOBAR

Licenciado en Comunicación Social y Periodista por la Universidad Diego Portales (UDP). Licenciado en Humanidades por la Universidad de Chile (UCHILE). Magíster en Salud Comunitaria por la Universidad de Las Américas (UDLA). Magíster en Comunicación Estratégica por la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Desde 2013 es docente del programa Intervención Comunitaria de la UDLA. Ha trabajado con comunidades rurales en el desarrollo de radios comunitarias y se ha desempeñado como jefe de comunicaciones y responsabilidad social en instituciones vinculadas con diversas universidades.

JOSÉ MIGUEL LABRÍN ELGUETA

Periodista y magíster en Antropología por la Universidad de Chile (UCHILE). Doctor en Comunicación, Cambio social y Desarrollo por la Universidad Complutense de Madrid

(UCM). Actualmente dirige la Escuela de Periodismo de la Universidad de Chile. Ha sido director de Asuntos Comunitarios y subdirector del Instituto de la Comunicación e Imagen en dicha casa de estudios. En los últimos años ha centrado su investigación en temas vinculados con la comunicación en salud, en especial en el análisis de campañas sanitarias. También ha desarrollado estudios en el campo de la comunicación de políticas públicas, diversidades culturales y género, ámbitos en los que dicta docencia de pre y posgrado. Asimismo, ha asesorado a organismos públicos y de la sociedad civil en dichas materias.

EVA DÉBIA OYARZÚN

Licenciada en Comunicación Social, Bachiller en Ciencias Sociales y Periodista por la Universidad La República. Máster en Comunicación y Educación por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Diplomada en Perspectiva de Género e Interculturalidad en la Educación Superior por la Universidad de Las Américas (UDLA). Sus campos de actuación son la literatura, comunicación, educación y gestión cultural. Es académica adjunta en la Facultad de Comunicaciones y Artes de la UDLA, en las carreras de Publicidad, Comunicación Audiovisual, Relaciones Públicas y Periodismo. Su carrera profesional ha estado vinculada a la cultura, medios de comunicación, asesorías y trabajo con organizaciones no gubernamentales. Participa del colectivo de Autoras Chilenas AUCH! y de la Sociedad de Derechos de Autor, SADEL.

MARÍA BEGOÑA YARZA SÁEZ

Médico cirujano y médico pediatra por la Universidad de Chile (UCHILE). Magíster en Salud Pública y con estudios de doctorado en Ciencias de la Salud por la Universidad Pompeu Fabra (UPF). Se ha desempeñado como académica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Facultad de Medicina de la Universidad Diego Portales (UDP) y Facultad de Salud y Ciencias Sociales de Universidad de Las Américas (UDLA). Actualmente es presidenta de la Sociedad Chilena de

Calidad Asistencial (SOCCAS). Ha sido Ministra de Salud del Gobierno de Chile. Se ha desempeñado como directora del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) y encargada de la Unidad de Procesos Asistenciales del Departamento de Hospitales del Minsal. Ha sido premiada por su trayectoria profesional por el Colegio Médico de Chile.

SEBASTIÁN JIRÓN GONZÁLEZ

Psicólogo por la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Magíster en Gestión para la Globalización por la Universidad de Chile (UCHILE). Master of Business Administration por la Macquarie Graduate School of Management, Sídney, Australia. Actualmente se desempeña como jefe del Departamento de Participación Social y Gestión Integral del Usuario en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), en la ciudad de Santiago, Chile.

CARLA CECILIA NAUTO REYES

Asistente social. Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM). Postítulo en Familia e Infancia (UTEM). Diplomada en Gestión para la Atención Primaria de Salud. Ha realizado estudios e investigación en criminología femenina y delitos contra la propiedad en la Cárcel de Mujeres de San Joaquín, Región Metropolitana, Santiago de Chile y ha trabajado en diagnósticos en materias de infancia, migración, participación y promoción en salud. Actualmente se desempeña en la atención primaria de la salud, en el Centro de Salud Familiar, CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi de la población La Legua, comuna de San Joaquín, Santiago de Chile, como Encargada del Programa de Promoción y Participación Social en Salud.

CARLOS GÜIDA LESKEVICIUS

Doctor en Medicina por la Universidad de la República (UDE-LAR), Uruguay. Profesor titular de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de Universidad de Las Américas (UDLA) y

director del Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario y del Magíster en Salud Comunitaria de la misma universidad. Académico del Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (UCHILE). Ha sido director ejecutivo del Programa de Reducción de Riesgos y Desastres de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile y consultor de diversas agencias del sistema de Naciones Unidas en la Región de las Américas. Actualmente es doctorando en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús (UNLA). Integra la Associação Brasileira da Rede Unida.

ZULAY MELÉNDEZ PÉREZ

Licenciada en Estudios Internacionales por la Universidad Central de Venezuela (UCV). Maestranda en Derechos Humanos y Democracia por la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Forma parte de la red de mujeres Venezolanas Globales. Trabaja con organizaciones sociales en el área de desarrollo institucional, construcción de alianzas estratégicas y proyectos con impacto social. Facilitadora en el diplomado Liderazgo para la Transformación del Banco de Desarrollo de América Latina (CAF), Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Fundación Centro Gumilla, Universidad de Salamanca y Fe y Alegría. Formó parte de la Red de Activistas Ciudadanos por los Derechos Humanos (REDAC). Actualmente es consultora internacional en la Unidad de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

FABRIZIO MÉNDEZ RIVERO

Licenciado y magíster en Sociología por la Universidad de la República (UDELAR), Uruguay. Doctor en Biomedicina por la Universidad Pompeu Fabra (UPF). Analista en el Ministerio de Salud Pública de Uruguay y consultor en la Secretaría Nacional de Cuidados de Uruguay. Forma parte del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud y Ecología (GRES) de la UPF, donde actualmente es investigador invitado. Desde

2022 se desempeña como consultor internacional en la Unidad de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

SANTIAGO SOTO BARACCHINI

Economista y politólogo por la Universidad de la República (UDELAR), Uruguay. Máster en Políticas Públicas por la Oxford University. Se ha desempeñado como subdirector de la Oficina de Planificación y Presupuesto de la Presidencia en Uruguay y como director del Instituto Nacional de la Juventud del Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay. Ha trabajado en diversas iniciativas con organizaciones internacionales y como docente de educación superior. Actualmente es consultor internacional en la Unidad de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

CARMEN MERCEDES CÁCERES

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Cursó Maestría en Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús (UNLA). Coordinadora del equipo de capacitación en servicio del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital José E. Esteves de Temperley, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Miembro fundadora de la Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM). Miembro fundadora del Proyecto SUMA. El área de trabajo actual es estigma social, sus consecuencias en la subjetividad de las personas que lo sufren, inclusión social y recuperación en personas con padecimiento mental grave y ayuda mutua entre personas con experiencia vivida en padecimiento mental/pares.

GUADALUPE GRANJA

Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica (UBA), Formación en Terapia de Familias y Parejas (Universidad Nacional de Luján) y Diplomada en Salud

Mental y Derechos Humanos (Universidad Nacional de José C. Paz). Exresidente en Salud Mental - Psicología Clínica Infantojuvenil en el Hospital Infantojuvenil Dra. Carolina Tobar García (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, C.A.B.A.). Exmiembro del equipo técnico interdisciplinario en la Dirección General de Responsabilidad Penal Juvenil – Consejo de los Derechos de niños, niñas y adolescentes (C.A.B.A.). Actualmente es psicóloga de planta en el equipo de niños del Centro de Salud Mental N° 1 Dr. Hugo Rosarios (C.A.B.A.). Miembro de ADESAM desde 2013.

IVÁN ZAMBRANO BENCOMO

Magíster en Ciencias Políticas por la Universidad Simón Bolívar. Licenciado en Comunicación Social y en Administración por la Universidad Central de Venezuela (UCV). Profesor agregado (jubilado) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FACES) de la UCV. Actualmente es profesor facilitador en el Centro de Estudios Políticos y de Gobierno (CEPyG) de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Docente investigador en Comunicación para el Desarrollo, Movilización y Cine de Impacto. Cineasta/documentalista. Expresidente de la Asociación Nacional de Autores Cinematográficos. Coordinador del Foro del Cine Venezolano. Consultor en proyectos sociales para la Asociación Circuito Gran Cine.

MARCELO FAGALDE CUEVAS

Psicólogo y diplomado en Teoría del Discurso Psicoanalítico por la Universidad Diego Portales (UDP). Máster en Dirección de Recursos Humanos, IEDE-Universidad Europea de Madrid. Secretario académico de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de Universidad de Las Américas (UDLA), docente de cátedra de Psicoanálisis, y director del Grupo de Estudios Psicoanalíticos de la misma universidad. Participante del Grupo Psicoanalítico Plus. Compilador de la serie de libros “Psicoanálisis y Época”.

LUIZ GUILHERME VERGARA

Doctor en Arte y Educación por la University of New York (NYU). Profesor del programa de Posgrado en Estudios de Arte Contemporáneo, actuando en la línea de investigación-acción lugar-política e institucionalidad. Coordina el grupo de investigación Interfluxos Contemporáneos Arts-Comunidad-Naturaleza (registrado en CNPq). Es coordinador de la Carrera de Licenciatura en Artes de la Universidade Federal Fluminense (UFF) y coeditor de la revista *Mesa*. Ha sido curador general/director del Museo de Arte Contemporáneo de Niterói (MAC). En su libro *Pragmatismo Utópico* (2023), reúne artículos resultantes de investigaciones colaborativas acerca de cambios ecoético-estéticos en las prácticas curatoriales, artísticas y pedagógicas, apuntando a las reconfiguraciones del significado de las artes como interflujos de saberes y prácticas interseccionales que estructuran nuevas contrainstitucionalidades coloniales en lo contemporáneo.

NICOLE LOBOS-VILLATORO

Licenciada en Fonoaudiología por la Universidad de Valparaíso (UV), Magíster en Salud Pública con profundización en políticas públicas en salud por la Universidad de Chile (UCHILE). Subdirectora del Departamento de Salud y Desarrollo Comunitario de la Universidad de Las Américas (UDLA). Ha sido docente en las asignaturas de Introducción de Salud Comunitaria, Promoción de Salud Comunitaria, Proyectos en Salud Comunitaria, Salud Pública y Rehabilitación Basada en la Comunidad. Ha trabajado en el diseño y ejecución de proyectos vinculados con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y equipos de salud como agentes educadores, y sistematización de experiencias de capacitación en Latinoamérica frente al Covid-19. Coordinadora y locutora del podcast “La salud en común”. Su trabajo se ha centrado en la fonoaudiología social y comunitaria, dando cuenta del bienestar de la alimentación y comunicación, promoción de la salud, salud comunitaria, la comunicación comunitaria y la salutogénesis.

El libro que nos presentan Carlos Güida, Nicole Lobos-Villatoro y Osvaldo Artaza es más que un libro: es un dispositivo, algo que puesto en escena, desencadena procesos de reflexión e intervención sobre los escenarios de la vida práctica. Tiene el efecto de cambiar, de transformar, y ese es exactamente el llamado que nos hace esta obra. Estos escritos son muy actuales, porque vivimos en una época en la que la humanidad se encuentra en una verdadera encrucijada y, por tanto, es urgente debatir cuestiones que conciernen a la idea básica de comunidad, que tiene el significado de comunión entre las personas, en el sentido de producir lo común, de una vida compartida en torno al objetivo general del buen vivir.

Profesor Túlio Batista Franco
Director del Instituto de Saúde Coletiva
Universidad Federal Fluminense