

Comunicación y salud en América Latina. Un panorama de las perspectivas, los itinerarios teórico-prácticos y los desafíos actuales¹

Dra. Daniela Paola Bruno

danielapaolabruno@gmail.com

orcid.org/0000-0002-7071-4733

Prof. Adj. Reg. del Taller Anual de la Orientación
en Políticas y Planificación de la Comunicación
Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA)
Tit. Reg. del Taller de Planificación
de Procesos Comunicacionales - Cátedra II
Facultad de Periodismo y Comunicación Social (FPyCS)
Universidad Nacional de La Plata (UNLP)
Argentina

Dra. Flavia Demonte

flaviademonte@yahoo.com.ar

orcid.org/0000-0003-3786-2635

Becaria postdoctoral del CONICET (IDAES-UNSAM)
Prof. Adj. Reg. del Taller de Planificación
de Procesos Comunicacionales - Cátedra II
Facultad de Periodismo y Comunicación Social (FPyCS)
Universidad Nacional de La Plata (UNLP)
Argentina

Constitución y formalización del campo académico de la comunicación en salud

El campo de la comunicación en salud se constituye como lugar de reflexión académica en EEUU² y algunos países europeos durante las décadas de 1960 y 1970 en el contexto de los programas de desarrollo internacional, en especial, los preocupados por el control demográfico, la planificación familiar y la educación sanitaria (Petracci y Waisbord, 2011). Por ende, sus orígenes están marcados tanto por las bases conceptuales y operativas de las teorías modernistas y los lineamientos de las políticas pensadas en ese contexto, basados en el principio conductista del cambio de comportamiento a partir de la exposición reiterada a ciertos mensajes. No obstante esta hegemonía difusionista de los inicios, es importante tener en cuenta que muy tempranamente comenzaron a registrarse en el continente latinoamericano experiencias de resistencia y crítica al difusionismo, bajo el paraguas de lo que hoy conocemos como comunicación popular, alternativa y comunitaria.

Según Obregón (2010), la formalización académica de la comunicación en salud como área de estudio se va a dar recién en 1975, al crearse la división de comunicación en salud en la reunión anual de la International Communication Association, y habrá que esperar hasta este milenio para rastrear las primeras propuestas de formación superior específicas en América Latina.

De hecho a inicios de este siglo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lideró un proceso de diseño curricular para formación de Comunicadores Sociales en Salud, basado en competencias, junto con otras organizaciones internacionales y universidades. Este proceso se inició a finales del 2000 y principios de 2001 en Bellagio, Italia, cuando importantes especialistas del campo se dieron cita en esa ciudad para definir las competencias de la comunicación para el desarrollo y el cambio social, que conformarían la base para, en último término, crear planes de estudio para la educación y la capacitación de profesionales en este campo.

En noviembre de 2002, la OPS, junto con Proyecto CHANGE, Academy for Educational Development y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), organizaron, en Perú, la convocatoria "Comunicación en Salud. Lecciones aprendidas y desarrollo circular" cuyo objetivo central fue la definición de competencias para diversos tipos de acciones pedagógicas en este campo de la comunicación. Más allá de la escasa incidencia efectiva que este hecho tuvo en las propuestas curriculares de la región, y no obstante las fuertes críticas latinoamericanas al enfoque de competencias que informó las reformas neoliberales del sector educación, la iniciativa es en sí misma un indicador de la formalización académica del campo de la comunicación en salud.

Finalmente, habría que decir que la confluencia de académicos formados en ciencias sociales, humanidades y ciencias médicas en este campo produjo una variedad de enfoques interdisciplinarios y preguntas con raigambre en diferentes marcos teóricos por lo que "el aspecto que mejor caracteriza el estudio y el hacer del campo es su interdisciplinariedad" (Obregón, 2010: 4).

Como afirman Petracci y Waisbord (2011) aunque los especialistas en salud pública en general esperan de la comunicación saberes y herramientas útiles al logro de objetivos propios de salud (lo que explica que comunicación, educación para la salud y promoción de la salud habitualmente se confundan) desde la investigación en comunicación el interés parte de preguntas más abarcadoras que varían según las fuentes disciplinares en las que abrevia y que por supuesto también van a influenciar los modos de intervenir en lo social desde esta dimensión. Así, los enfoques que abrevian en teorías psicológicas focalizan en cómo los individuos adquieren información y actúan según una variedad de influencias sociales; los estudios de base antropológica se interesan por los fenómenos de construcción de sentido, experiencia cultural y configuración de identidades individuales y colectivas; los estudios semiológicos se preocupan por los significados de salud en el discurso público; y la mirada sociológica por las relaciones comunicacionales en los sistemas de salud o la movilización social y la participación ciudadana en torno a la salud (Petracci y Waisbord, 2011: 12).

Enfoques de investigación, planeación e intervención en comunicación en América Latina

Simplificando y a riesgo de incurrir en generalizaciones que no admiten matices y cruces, se podría decir que, en lo que respecta a la investigación en comunicación en América Latina, cada enfoque disciplinar aporta un énfasis particular que enriquece y diversifica, y por qué no, complejiza el campo. En líneas generales, podría decirse que en el campo de la comunicación en salud en AL se observa un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud, al menos conceptualmente, que va de un

enfoque efectista, individualista y biomédico hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas afectadas por el problema, se constituyen en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud (Mosquera, 2003). Desde esta perspectiva, llamémosla culturalista, la comunicación se orienta a fortalecer, por un lado, procesos locales que promueven cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, y por el otro a fortalecer la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud, tomando como referencia la Promoción de la Salud de la década del 80. Así vista, la comunicación va más allá de su utilidad instrumental, para constituirse en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, contribuyendo a consolidar articulaciones intersectoriales en salud, que generen procesos de cambio que mejoren las condiciones de bienestar de la población.

Siguiendo este desplazamiento y en lo que respecta a las intervenciones, junto a Obregón (2010), nos atrevemos a decir que en las dos últimas décadas, en la comunicación en salud en AL se ha pasado de la opción privilegiada de propuestas como la IEC (información, la educación y la comunicación) centrada en la identificación y el uso de mensajes y canales apropiados para llegar a públicos objetivo, al uso de enfoques de comunicación para el cambio de comportamiento que se apoyan en un conjunto de teorías y modelos de cambio de comportamiento individual provenientes de la psicología social y finalmente, a perspectivas de comunicación y cambio social que se nutren de propuestas conceptuales y teóricas que integran aspectos individuales, colectivos y sociales de la salud.

Podría decirse que lo que mejor caracteriza actualmente a nuestra región es un enfoque informado por abordajes comunicativos anclados en estas últimas perspectivas de comunicación para el desarrollo y el cambio social, que enfatizan la necesidad de comprender la comunicación, no como instrumento o herramienta de transmisión de información, sino también como un proceso de diálogo que facilite la participación de diversos grupos sociales en la mejora de sus condiciones de salud (Obregón, 2010).

No obstante, no se puede desconocer que en las propuestas concretas de los programas y proyectos de salud y desarrollo, la comunicación sigue siendo muchas veces entendida como difusión de información, en el marco de un enfoque o diagnóstico social de tipo funcional; siendo frecuentes las alusiones a sus virtudes para la socialización de valores y normas, así como para favorecer la integración social.

Del mismo modo, en materia de planificación y ejecución de los programas de salud, los procesos unidireccionales y verticales donde en un extremo están las organizaciones y los sistemas que generan las acciones preventivas o correctivas, y en el otro extremo los receptores o los destinatarios de esas acciones. No obstante, los enfoques participativos están formando parte importante en el nuevo paradigma que posibilita que la comunidad identifique sus problemas, plantee soluciones a los mismos, y se comprometa a lograr los objetivos trazados de manera colectiva.

Áreas de intervención en el actual contexto latinoamericano

En la actualidad las áreas de trabajo profesional y académico de la comunicación en salud son múltiples y diversas. De acuerdo con el *Journal of Health Communication*, a inicios de este milenio, la comunicación en salud era un campo de especialización de los estudios

comunicacionales que incluía los procesos de agenda setting para los asuntos de salud; el involucramiento de los medios masivos con la salud; la comunicación científica entre profesionales de la biomedicina; la comunicación médico/paciente; y, particularmente, el diseño y la evaluación de campañas de comunicación para la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Journal of Health Communication citado de Silva Pintos, 2001). Una clasificación usual las ubicaría en diferentes niveles: mediático, institucional, interpersonal, grupal/comunitario y políticas públicas enmarcadas en las campañas.

Una década después, Kreps (2010) documentó la expansión del campo incluyendo las áreas de comunicación y riesgo³, y e-salud⁴ (*e-health* en inglés). Además de la importancia que la e-salud y la comunicación de riesgos adquirieron en este campo en los años recientes, en un trabajo sobre la evolución y dinámica reciente de este campo en Argentina, Petracci y Waisbord (2011) advierten sobre una variante dentro de los estudios sobre la comunicación como proceso de abogacía y movilización en políticas públicas en salud que, a diferencia de los estudios previos en los que el énfasis estaba puesto en las intervenciones en vistas a cambios individuales y sociales, hunde sus raíces en la teoría social y política sobre comunicación y espacio público, y se preocupa por los modelos comunicacionales y escenarios políticos institucionales de las políticas públicas y en particular sanitarias, los discursos de los estados nacionales, y las concepciones comunicacionales de los tomadores de decisión y comunicadores que forman parte del Estado. Es decir, es una mirada que se dirige a las políticas de comunicación en salud. Algunos de los trabajos realizados por los integrantes de la Coordinación Nacional de Información Pública y Comunicación del MSAL Argentina o el trabajo de las colegas colombianas Gloria Molina Marín, Adriana Ruiz Gutiérrez y Andrés Ramírez Gómez sobre Tensiones en las Decisiones en Salud Pública en Colombia, que sin ser específicamente comunicacional, hace un análisis de matrices político ideológicas y contextos político institucionales de la participación social en salud que abreva en esta línea⁵.

Con vocación de intervención política

El campo de la comunicación en salud en AL históricamente se ha caracterizado por una fuerte vocación de intervención en lo público (Petracci y Waisbord, 2011), influenciada por el Movimiento de la Medicina Social Latinoamericana, la Salud Colectiva, la estrategia de APS, la Promoción de la Salud y la Declaración de Jakarta en la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud en 1997.

Estos antecedentes fueron decisivos para el creciente reconocimiento del papel que cumplen los factores sociales, económicos y culturales respecto de los procesos de Salud/Enfermedad/Atención, el impulso de la participación social en salud, la consideración de los “saberes populares” y las medicinas tradicionales en el tratamiento de los padecimientos, y la promoción de actividades basadas en redes y grupos comunitarios.

Desde entonces, ha habido un movimiento mundial para investigar los determinantes de la salud⁶, las causas de las inequidades en la salud, e influir en ellos, impulsado por salubristas, organizaciones técnicas supranacionales como la OMS y la OPS, pero también feministas, movimientos populares en salud y organizaciones de la sociedad civil (Demonte, 2014). Y como correlato, se ha traducido en directrices de líneas de

investigación⁷ en las diferentes disciplinas y también, aunque en menor medida, en comunicación y salud en AL, y en Argentina en particular.

Resulta difícil brindar un panorama sobre las prácticas investigativas en comunicación en salud ya que éstas aún tienen un lugar acotado⁸. Se podría decir que en este tema, la dispersión, la discontinuidad y las vacancias son características del campo, con una predominancia de investigaciones sobre la construcción mediática de algunos temas de salud. Los que han merecido gran interés de parte de investigadores en los últimos años han sido VIH/SIDA, Dengue, Gripe N1H1, salud sexual y reproductiva (abortos), y aquellos vinculados con la violencia de género, fundamentalmente el registro y análisis de la información mediática respecto de los femicidios. Cabe señalar que ha habido también investigaciones sobre el discurso mediático y el proceso salud/enfermedad/atención en general sin enfocarse en algún padecimiento en particular.

En virtud del carácter incipiente y asistemático de la investigación nos parece oportuno recuperar la vocación de análisis e intervención política de la que hablamos antes. Especialmente, recuperar el espíritu del pensamiento socio sanitario para la definición de una agenda de investigación en comunicación en salud vinculada con la mejora de las condiciones y modos de vida de la población y en particular de los sectores populares. Más precisamente en relación a políticas públicas en general y en particular sanitarias consideramos necesario promover prioritariamente:

- Análisis de procesos de movilización e incidencia en políticas públicas de diferentes actores sociales para la sanción de leyes, para la demanda de acciones programáticas o para la organización de servicios y acciones vinculados con la prevención, promoción, asistencia y/o rehabilitación de problemas de salud determinados.
- Análisis de los lineamientos comunicacionales de los marcos legales, políticas, programas, proyectos o protocolos de atención vinculados con la salud así como de campañas, materiales de sensibilización, información y comunicación en diferentes ámbitos, niveles y jurisdicciones. Validación técnica y participativa de materiales de información y comunicación.
- Análisis de gestión de estrategias y procesos comunicacionales vinculados con las políticas sanitarias en diferentes problemas, ámbitos, niveles y jurisdicciones.
- Estudios sobre las barreras culturales que obstaculizan que la población acceda a servicios y prestaciones sanitarias. Evaluaciones de servicios y prestaciones en su dimensión informacional y comunicacional.
- Análisis de la información, los discursos y las prácticas de los equipos de salud en relación con los problemas de salud.

Asimismo creemos que es importante promover investigaciones sobre el discurso, la agenda y los lineamientos de acción en comunicación de otros actores del campo de la salud, en particular:

- El análisis crítico del discurso, la agenda política y los lineamientos de acción de los organismos técnicos internacionales vinculados con el campo de la salud (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, etc.)

particularmente en lo que refiere a los planteos más recientes sobre los desafíos de los sistemas de salud y la participación social en salud.

Específicamente en lo que a participación refiere, es indispensable indagar cuáles son los actuales supuestos, expectativas y alcances de la participación comunitaria/social en salud ya que algunos especialistas como Hugo Spinelli sostienen que “las experiencias de participación en salud, por lo general, se vinculan a modelos asistencialistas (lógica de mano de obra barata –economía de costos) basados en concepciones biomédicas y sin ninguna preocupación por la auto sustentabilidad del proyecto” (Spinelli, 2006: 9).

Más aún, investigadores como Ugalde (2006), consideran que la participación comunitaria ha sido utilizada como vehículo para introducir valores de la sociedad de consumo y que la evidencia indica que produjo explotación individual de los pobres por trabajo no remunerado, y que contribuyó a su empobrecimiento cultural y a la violencia política - por la expulsión y supresión de líderes y la destrucción de organizaciones populares.

En una investigación sobre experiencias de participación comunitaria en Argentina, Beltramino y Bloch (1984) concluyeron que el modelo de participación hegemónica en salud, según el cual la comunidad participa en el proceso de toma de decisiones, no es realista y es fácticamente inviable ya que éstas son funciones políticas y deberían estar a cargo de cuerpos políticos con derechos y obligaciones constitucionales, tales como concejos, comités y asambleas municipales, dispositivos sin antecedentes significativos en nuestro país aunque sí en otros países de la región como, por ejemplo, Colombia y Brasil. En efecto, la retórica participativa ha ido decantando en experiencias de movilización de sectores sociales interesados en la realización de determinadas políticas públicas así como experiencias de transformación/flexibilización de las instituciones para que abran las puertas “a la voz de los ciudadanos” (Sader, 2010). Estas experiencias más recientes de participación “política” en salud se orientan por un lado a la participación en la exigibilidad del derecho y por el otro a la participación en las políticas públicas en salud (Franco y Santana, 2012: 26) y pueden darse de modo individual o en forma colectiva. Argentina no posee experiencias significativas documentadas y analizadas en ninguno de los dos casos.

Desafíos del campo

El recorrido sobre el campo de la comunicación en salud en AL y las cuestiones a él asociadas nos permitió identificar algunos de los desafíos que tenemos los que trabajamos en relación con este campo. Estos desafíos son especialmente políticos ya que intentan recuperar esa idea de vocación democratizadora de la comunicación en el contexto latinoamericano.

- Realizar mapeos conceptuales y metodológicos para identificar áreas, temas y modalidades de investigación e intervención vinculadas con el campo de la comunicación en salud. No solamente para enriquecer las perspectivas y los enfoques y agudizar la mirada sobre el proceso salud/enfermedad/atención, sino especialmente para apelar a estrategias metodológicas y tecnologías educativas y comunicacionales que nos permitan intervenir (desde la práctica y desde la investigación) técnica y políticamente sobre esos objetos y procesos en diversos niveles, ámbitos y temas. Además, que nos permitan identificar lo que hay que pensar, problematizar y proponer.

- Construir (entre todos los actores involucrados) e institucionalizar una agenda de investigación basada en temas y problemas de salud relevantes a partir de la cual podamos posicionar a la comunicación como mirada necesaria y pertinente que contribuya al análisis del proceso salud/enfermedad/atención (y todas las cuestiones a él asociadas) como fenómeno social complejo y a la comunicación como dimensión constitutiva de las prácticas de las personas y las comunidades y como dimensión estratégica de las políticas públicas⁹.
- Promover la divulgación de investigaciones en diferentes espacios y la construcción de redes interinstitucionales (cátedras, equipos de investigación de diferentes facultades, universidades, institutos locales y regionales) con el propósito de contribuir con la producción y circulación de conocimiento sobre comunicación en salud.
- Abogar por la consolidación de espacios de formación (en grado, posgrado) y capacitación profesional que no sólo brinden un panorama sobre los enfoques, modelos y metodologías sino que además se comprometan con discutir y problematizar esos enfoques desde una mirada no sólo técnica sino especialmente política. En este sentido, a pesar de los enfoques de la comunicación que la ligan con lo sociocultural y, por ende, con su reconocimiento como dimensión constitutiva y estratégica; aun prevalecen los enfoques y las intervenciones instrumentales que nos alejan de una mirada comprehensiva y operativa en la que se reconozca el rol que puede ejercer la comunicación en relación con la salud desde una dimensión sociocultural.
- Sin desconocer la convergencia pragmática de abordajes, recuperar y fortalecer la vocación política y democratizadora del campo de la comunicación en salud en AL asociándola a la lucha por el derecho a la salud, por la democratización de la información y la comunicación, por la participación de todos los actores involucrados en las cuestiones socialmente relevantes (en la discusión y en las iniciativas sociales y políticas) en las actuales líneas de investigación y en las áreas de intervención. Ya que como sostienen Petracci y Waisbord (2011) la comunicación en salud remite a preguntas más amplias sobre ciudadanía, lógicas institucionales, prácticas sociales, políticas públicas, y espacio público, a teorías y niveles de análisis que exceden los enfoques puramente informativos o participativos.

Notas

¹El presente trabajo fue presentado en el II Congreso Comunicación/Ciencias Sociales desde América Latina (COMCIS) – I Congreso Comunicación Popular desde América Latina y el Caribe (CCP) organizados por Facultad de Periodismo y Comunicación Social – UNLP, realizados del 1 al 4 de septiembre de 2015 en la mesa de trabajo: dimensiones sociales y comunicacionales de la salud.

²Si bien en Estados Unidos el campo de comunicación y salud ha sido objeto de estudio por más de 20 años y en casi todas las instituciones académicas se dedica a esta disciplina una división o área de interés y hay, además, dos revistas que tratan exclusivamente del tema (*HealthCommunication* y *Journal of HealthCommunication*) son pocas las universidades que han establecido un plan de estudios de especialización en ese campo. De hecho, solo una, la Escuela de Comunicaciones de la

Universidad Emerson en conjunto con la Escuela de Medicina Tufts, en Boston, ofrece un título académico específicamente en comunicación y salud el cual se define como “el arte y la técnica de informar, influenciar y motivar a los individuos, las instituciones y el público general sobre temas de salud importantes. Entre esos temas se encuentran la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, las políticas de salud, el financiamiento y el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los miembros de una comunidad. Reconociendo la importancia de esta área de estudio, el gobierno estadounidense estableció en 1993 la Oficina de Comunicación y Salud ubicada en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Los CDC definen la comunicación para la salud como “el diseño y la diseminación de mensajes y estrategias que se basan en la investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y las comunidades” Alcalay, (1999).

³Según el Ministerio de Salud de la Nación Argentina la comunicación de riesgos es la estrategia comunicacional integral y planificada que acompaña a la gestión de riesgo frente a determinada amenaza de emergencia o desastre, con el objetivo de: propiciar la participación de todos los sectores involucrados, dando consistencia y transparencia a la toma de decisiones e instrumentación de medidas de manejo del riesgo; promover el conocimiento y la comprensión de los riesgos conocidos y desconocidos, informando y sensibilizando de forma planificada al público sobre las necesidades de protección de la salud, respondiendo a sus inquietudes y tratando de disminuir la ansiedad; integrar a la población en el proceso de manejo del riesgo y ayudar a establecer confianza pública en las instituciones encargadas de tomar decisiones, aliviando el miedo y la indignación generalizados y; colaborar en el diseño de actividades de educación que desarrollen capacidades en la población para que se prepare, participe de la minimización y prevención del riesgo en los espacios de su vida cotidiana: la familia, la comunidad, el trabajo, etc.

⁴La *e-Salud* refiere no sólo a la consecuencia de la utilización de algunas de las tecnologías de la información y la comunicación en la atención sanitaria, sino a las “formas diferentes de prestar servicios sanitarios, en muchos casos de forma más eficiente y efectiva, y en otras de forma más equitativa, gracias al potencial de cambio que las mismas (TIC) facilitan en la mejora de: la accesibilidad, rapidez en la atención, reducción en tiempos de respuesta, implantación de alertas, ahorro de costes, precocidad diagnóstica, mejora en la efectividad terapéutica y en la calidad de servicio, etc. La *e-salud* refiere a aplicaciones tan diversas como los registros médicos electrónicos, los distintos tipos de servicios de telemedicina, los portales de salud y los sistemas de gestión hospitalaria, entre otros; en definitiva, todo aquello que utiliza las TIC para mejorar las acciones de salud en los ámbitos de prevención, diagnóstico, tratamiento, monitoreo y gestión. No obstante las múltiples iniciativas de salud electrónica que se implementan en la región, existe un limitado avance institucional, con lo cual dichos proyectos, en la mayoría de los casos, tienen un reducido alcance y no se encuentran adecuadamente integrados con las políticas de salud ni con las estrategias nacionales de TIC según un informe realizado en 2010 por la CEPAL.

⁵Cabe mencionar también algunas tesis de grado de la Carrera de Comunicación de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA que tienen una mirada sobre el campo de la salud y la comunicación con eje en las políticas sanitarias.

⁶ Según la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que incluye al sistema de salud pero lo excede.

⁷Un estudio sobre la producción científica en salud en AL y el Caribe realizado entre 1980 y 2002 (aun sin considerar el momento en el que el enfoque sobre los determinantes de la salud cobraba legitimidad política) afirma que en el ámbito regional, el contenido de la producción coincide en temas como factores de riesgo, políticas de salud y atención primaria de la salud (Macías-Chapula, 2005). Por otro lado, un diagnóstico de situación de la investigación en salud en el ámbito del ministerio de salud de la nación y otros 11 ministerios provinciales (y 215 organismos dependientes) realizado en 2010, arroja que de un total de 1019 investigaciones, el 30% fueron clínicas, el 15% farmacológicas y el 8% fueron relevadas bajo ambas categorías. En total las clínicas

y las farmacológicas correspondieron al 53%. El 28% fueron investigaciones de salud pública. Interesa en este sentido la definición de las investigaciones de salud pública: aquellas que aplican las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en poblaciones humanas. Su objetivo es el estudio epidemiológico de las condiciones de salud de las poblaciones, y el estudio de la respuesta social organizada a esas condiciones, y en particular, la forma en que se estructura dicha respuesta a través del sistema de atención a la salud (Bonet, et. al., 2012).

⁸ Basta con realizar un pequeño rastreo de los artículos publicados en revistas científicas y o en libros vinculados con el campo de la salud, para darse cuenta de la ausencia de investigaciones en comunicación y salud en esos canales de divulgación científica.

⁹ Para una profundización sobre la propuesta de una agenda de investigación en comunicación en salud se sugiere ver el artículo de Demonte, F. “Alimentación, Salud y Comunicación: hacia una agenda de investigación convergente. Argentina”, en *Revista de Comunicación en Salud*. En prensa.

Bibliografía

ABRANTES, Raquel (1999). “Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil”. *Revista Salud Pública*, 41 (6), pp. 466-474.

ALCALAY, Rina (1999). “La comunicación para la salud en las universidades estadounidenses”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5 (3), pp. 192-196.

ALFARO, Rosa (2005). *La Salud un Asunto Público: Experiencias universitarias de Periodismo Cívico*. Lima: Consorcio de Universidades.

BELTRAMINO, Susana y BLOCH, Carlos (1984). “Reflexiones sobre participación popular en salud en Argentina”. *Cuadernos Médicos Sociales*, (27), pp. 7-21.

BELTRÁN, Luis (2010). “Comunicación para la salud del pueblo: Una revisión de conceptos básicos”. *Revista Culturas Contemporáneas* V. XVI (31), pp. 17-65.

BONET, Fernanda et. al. (2012). “Diagnóstico de situación de la investigación en salud en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación y 10 ministerios provinciales”. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3 (10), pp. 6-14.

BRUNO, Daniela y GUERRINI, Lucía (2014). “La dimensión cultural del desarrollo: rastreo histórico de los principales enfoques y estrategias de abordaje comunicacional”. En BRUNO, Daniela y GUERRINI, Lucía (comps.) *Cultura y posdesarrollo, perspectivas, itinerarios y desafíos de la comunicación para el cambio social*. La Plata: Instituto de Investigaciones en Comunicación (IICOM), Ediciones EPC/Universidad Nacional de La Plata.

BRUNO, Daniela (2013). “Aportes para una agenda de trabajo en comunicación y salud pública”. En CASTRONOVO, Raquel (coord.) *Políticas Sociales en debate. Los nuevos temas de siempre*. Buenos Aires: EUDEBA.

BRUNO, Daniela (2012). “Comunicación y políticas públicas en la Argentina pos neoliberal. Propuestas para una práctica profesional políticamente situada”. *Revista Question*. 1 (34). <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/1431>

BRUNO, Daniela et. al. (2013). “El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud”. *Revista de Comunicación y Salud*, 3 (1). <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/45>

BRUNO, Daniela et. al. (2011). “Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina”. *Revista de Comunicación y Salud*, 1 (2). <http://www.revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/32/42>

DEMONTTE, Flavia (2014). “Salud, comunicación y desarrollo: apuntes para discutir el sentido de

las políticas y programas de comunicación para la salud en las sociedades actuales”. En BRUNO, Daniela y GUERRINI, Lucía (comps.) *Cultura y posdesarrollo, perspectivas, itinerarios y desafíos de la comunicación para el cambio social*. La Plata: Instituto de Investigaciones en Comunicación (IICOM), Ediciones EPC/Universidad Nacional de La Plata.

EMERIC, Daniel y HERNÁNDEZ, Lydia (2008). “Nuevas tecnologías y participación social”. *Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*, (47), pp.30-41.

GUMUCIO, Alfonso (2010). “Cuando el doctor no sabe: Comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación”. *Revista Culturas Contemporáneas*, V. XVI (31), pp. 67-93.

KREPS, Gary, BONAGURO, Ellen and QUERY, Jr. (1998). “TheHistory and Development of the Field of HealthCommunication”, in Jackson & B.K. Duffy (Eds.), *HealthCommunicationResearch: Guide toDevelopments and Directions*. Westport, CT, GreenwoodPress, pp. 1-15.

KREPS, Gary (2010). “HealthCommunicationTheories”. En *Encyclopedia of CommunicationTheory*. SAGE Publications.<http://www.sageereference.com/communicationtheory/Article_n172.html>

MACÍAS-CHAPULA, César. (2005). “Hacia un modelo de comunicación en salud pública en América Latina y el Caribe”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (6), pp. 427–38.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2014). *Qué es comunicación de riesgos*. Buenos Aires: Autor. <http://www.msal.gov.ar/salud-y-desastres/index.php/informacion-para-comunicadores/ique-es-comunicacion-de-riesgo>

MOSQUERA, Mario (2003). *Comunicación en salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. Texto comisionado por la Organización Panamericana de la Salud. <http://www.comminit.com/es/node/150400>

OBREGÓN, Rafael (2010). “Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud”. *Revista Folios* (23), pp. 13-29 <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/folios/article/view/11782/10710>

OPS CHANGE y USAID (2002). *Comunicación en Salud. Lecciones aprendidas y diseño curricular*. <http://www.documentacion.edex.es/docs/0805CAScom.pdf>

OROZCO, Emanuel; GONZÁLEZ, Miguel; KAGEYAMA, Luz María y HERNÁNDEZ, Bernardo (2009). “Participación social en salud. La experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida”. *Revista de Salud Pública de México*, 51 (2), pp.104-113.

PEREIRA, José (2003). “Comunicación, desarrollo y promoción de la salud: Enfoques, balances y desafíos”. Texto presentado en el III Congreso Nacional de Comunicación y Salud y I Congreso Latinoamericano de Comunicación y Salud en Cochabamba, Bolivia, 3 al 6 de septiembre de 2003. <http://www.comminit.com/en/node/149881/37>

PETRACCI, Mónica y WAISBORD, Silvio (Comps.) (2011). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones.

POGGIESE, Héctor y FRANCONI, María del Carmen (1993). *Escenarios de gestión asociada y nuevas fronteras entre el Estado y la sociedad*. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales–FLACSO.

POGGIESE, Héctor, REDÍN, María Elena y ALÍ, Patricia (1999). *El papel de las redes en el desarrollo local como prácticas asociadas entre estado y sociedad*. Buenos Aires: FLACSO.

SADER, Emir (2002). “Para otras democracias”. En SANTOS, Boaventura de Souza (org.). *Democratizar a democracia. Os caminhos da democracia participativa*. Río de Janeiro: Civilização Brasileira.

SILVA PINTOS, Virginia (2001). “Comunicación y Salud”. *Revista Inmediaciones de la Comunicación*, (3), pp. 120-136.

RESTREPO, Darío (1997). “Relaciones Estado-Sociedad civil en el campo social. Una reflexión desde el caso colombiano”. *Revista CLAD, Reforma y Democracia*, (7), pp. 1 -14.

SPINELLI, Hugo (2006). “Presentación”. En *Participación Social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar

Editorial.

SPINELLI, Hugo (2011). "Las dimensiones del campo de la salud en la Argentina". En PETRACCI, Mónica y WAISBORD, Silvio (Comps.) *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones.

TERRÓN BLANCO, José Luis (2010). "Algunas reflexiones sobre la comunicación y salud en España tras cinco años del Observatorio de Comunicación y Salud". *Revista de Comunicación y Salud*, 1(2), pp. 77-97.

VELÁSQUEZ, Fabio (2011). "La institucionalización de la participación en Colombia: Notas para su interpretación". *Revista Política y Sociedad*, 10 (18), pp. 155-186.

VELÁSQUEZ, Fabio (2009). "Institucionalidad participativa en Colombia. Balance y Retos". En SERAFÍN, Lizandra y MORONI, José. *Sociedad Civil y nuevas institucionalidades democráticas en América Latina: dilemas y perspectivas*. Sao Paulo: Instituto Polis-Inesc, pp. 125-149.

WAISBORD, Silvio (2001). "FamilyTree of Theories, Methodologies and Strategies in DevelopmentCommunication". <http://www.comminit.com/socialchange/stsilviocomm/sld-1774.html>