

La formación de estrategias de comunicación en las acciones de prevención y promoción de la salud en el GCBA 2000-2002

Por Lic. Marcela Amaro

Es licenciada en Comunicación Social y Psicología Social. Magister en Economía y Gestión de la Salud. Coordinadora del Centro de Documentación Científico Técnico en Salud de la Dirección de Sistemas de Información en Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Directora de Tesis: Lic. Daniela Alvarez
Jurado Evaluador: Dra. Zulema Bianconi,
Lic. Silvia Chiarvetti, Lic. Bernardo Zelcer

* La versión completa de esta tesis está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

1. Introducción

Los sistemas de salud pueden pensarse como el conjunto de respuestas sociales organizadas, a las necesidades de salud de la población en un momento determinado. Estas respuestas, al institucionalizarse adquieren su propia racionalidad de funcionamiento y crecimiento, y, éstas últimas, no siempre acompañan los requerimientos de salud de la comunidad. Si bien en 1978 fue internacionalmente formalizada la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), su incorporación y/o profundización en los sistemas de atención médica es gradual y desigual entre las distintas jurisdicciones. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), el sistema de atención de la salud, en especial el subsector estatal, ha sumado y desarrollado conceptos, espacios y acciones propias de la APS, pero en una lógica aditiva que aún hoy, no ha logrado revertir la configuración de un sistema hospitalcéntrico. Sin embargo, este proceso de acumulación de capacidades organizativas basadas en la prevención y promoción de la salud, se encuentra instalado y respaldado desde el punto de vista regulatorio. Uno de los principios en que se sustenta la garantía del derecho a la salud integral es “la organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel” (Ley Básica de Salud 1999).

La futura organización en comunas exigirá el desarrollo y creación de nuevas competencias de gestión en el campo de la prevención y promoción de la Salud. Estas competencias tendrán que ver con el abordaje de lo cultural, es decir, del orden de lo simbólico, en la medida en que la promoción de la salud prevé un conjunto de intervenciones en relación a los valores, creencias, actitudes y prácticas de la sociedad en su conjunto, de sus organizaciones, de sus formas de gobierno y de sus individuos. Estas intervenciones desarrollan acciones características del campo de la información, la educación y la comunicación que la salud pública fue incorporando a lo largo de su historia y en este orden.

El objetivo de este trabajo es explorar cómo se están incorporando, en el subsector estatal de salud del Gobierno de la CABA, las prácticas de comunicación y su gestión. Para analizar la gestión de la comunicación se toma como eje de indagación la *formación de estrategias* de comunicación, considerando a esta última como un componente con presencia frecuente en los programas implementados en las distintas Áreas Programáticas de los Hospitales Generales de Agudos de la Ciudad, tradicionalmente incluidas en el espacio de la prevención y promoción. Estos programas fueron agrupados en dos categorías. Un grupo, donde la comunicación se constituye en un componente sustantivo del mismo como en el caso de HIV-SIDA, Procreación Responsable, Salud Escolar y el subprograma de capacitación para la lactancia. Otro grupo, donde las acciones de comunicación son un componente de apoyo: programas de Tuberculosis, Médico de Cabecera y el resto de los subprogramas del Materno Infantil.

Se tomó la estrategia como eje de análisis por considerarla un momento fundante de todo proceso de planificación. La estrategia ocupa un lugar central tanto en los procesos de planificación como de administración en las distintas escuelas que se comienzan a desarrollar a partir de los '70. (Hermida, 1992).

De ellas, se tomó como base para este estudio la escuela de planificación estratégica situacional^{*} en la cual el calificativo de estratégico se reserva "para acciones o resultados que puedan considerarse un avance significativo en relación a poner el objetivo al alcance, avance que necesariamente debe considerarse como un cambio en la correlación de fuerzas entre dos o más actores sociales". (Rovere, 1993: 18)

Explorar las distintas maneras en que se conforman las estrategias de comunicación y sus condiciones de producción permitirá identificar las oportunidades de potenciar las acciones de comunicación desarrolladas en la micro y mesogestión a través de su articulación en estrategias que refuercen mutuamente las actividades cara a cara, los emprendimientos a través de los medios masivos como las acciones emprendidas por las instancias institucionales entre sí, según las políticas de salud vigentes.

2. Descripción del problema

Si bien en la CABA hay antecedentes en prevención y promoción de la salud vinculados a la atención materno infantil, la APS comienza a tener una presencia indiscutida en el sistema a fines de la década del '80. En este período, la CABA es zonificada en 12 radios asistenciales denominadas áreas programáticas y surgen espacios como el Programa de Salud Escolar, el Departamento de Educación para la Salud y la Residencia de Educación para la Salud.

Actualmente, muchos de los programas que se desarrollan en las áreas programáticas implementan acciones de comunicación en salud, especialmente en la dimensión interpersonal y algunas acciones dispersas que podrían incluirse en el ámbito de lo institucional y mediático. Entre ellos podemos mencionar: Acción Comunitaria, Salud Escolar, SIDA, Procreación Responsable, Materno Infantil, PAP, etc.

Hasta mayo del 2002 no había en la estructura de la Secretaría de Salud una instancia organizativa cuyo objeto de trabajo y responsa-

bilidad sea articular y asesorar sobre los componentes comunicacionales de los distintos programas.

Durante 1999, especialmente, se realizaron campañas de difusión con respecto Médicos de Cabecera, PAP (Programa de prevención de cáncer, cuello uterino), Cáncer de Próstata, etc. pero éstas se realizaron durante un tiempo limitado y básicamente vinculadas a una coyuntura preelectoral.

La Ley Básica de Salud, promulgada en febrero de 1999 establece en su artículo N° 7 que los servicios de atención de salud deben informar a las personas sus derechos y obligaciones. Aún no hubo ninguna acción general en este sentido.

En relación a los "destinatarios", se cuenta con información básicamente sociodemográfica y datos epidemiológicos restringidos a la cantidad de casos de enfermedades transmisibles o las causas de muerte.

En el año 2001 se realizó un relevamiento de la producción de materiales gráficos de comunicación en salud durante 1999 y 2000 en la Imprenta de Ciudad. Se observó que no es una actividad exclusiva de la Secretaría de Salud ya que distintas áreas del Gobierno de la Ciudad participan en este terreno. Los materiales producidos por la Secretaría de Salud representó el 46 % de los mismos.

En estos materiales si bien es posible observar una importante dispersión temática es notable la ausencia de cuatro de los siete programas analizados: Materno Infantil, Tuberculosis, Salud Escolar y Procreación Responsable. Esto señala que durante dos años, programas prioritarios en la prevención y promoción de la salud no tuvieron acceso o no recurrieron a la producción de materiales a través de la imprenta de la ciudad.

El 33 % de los materiales tiene por objeto la presentación de algún área o servicio a la comunidad o al resto del sistema. Se observa un predominio de la preocupación de sector por mostrarse a sí mismo. Desde la primera gestión del gobierno de la CABA –agosto de 1996 hasta la actualidad– la estrategia más destacada en la gestión de la APS fue la *desconcentración de la atención*. Esta estrategia se instrumenta a través de la creación del Programa de Médicos de Cabecera y los Centros Médicos Barriales.

Estas innovaciones vinculadas a entender la APS básicamente como un primer nivel de atención, ponen en evidencia el alcance de las decisiones políticas en el área, especialmente, al observar cómo programas tradicionales de prevención y promoción como Salud Escolar, Materno Infantil, PAI sólo logran sostener procesos de estricta reproducción sin encontrar una conducción que articule el desarrollo del componente comunicación, ni otros como el de educación para la salud en políticas y estrategias del sistema.

La tendencia a poner la comunicación al servicio de la publicidad de gobierno y no en función de las necesidades de la comunidad parecería prolongarse hasta la actualidad y extenderse al conjunto del gobierno.

El desarrollo de capacidades organizativas que permitan desarrollar más eficientemente las posibilidades de la comunicación, además de la condición necesaria de contar con políticas de estado centradas en el bienestar de los ciudadanos, requiere comprender que las acciones de comunicación son una herramienta de gestión que debe ser ella misma gestionada.

Con el objeto de explorar el desarrollo de la gestión de la comunicación en la prevención y promoción de la salud en la Secretaría de Salud se definió el siguiente problema de investigación:

^{*} En esta escuela ubicamos a los autores latinoamericanos como Carlos Matus, Mario Testa, Mario R. Rovere y Emerson Elias Merly entre otros.

¿Qué elementos caracterizan el proceso de formación de estrategias de comunicación en la promoción y prevención de la salud en la Secretaría de Salud del Gobierno de la CABA durante 2000 y 2002?

3. Marco teórico

En el marco teórico se desarrollan dos grandes áreas conceptuales; la primera en torno a la formación de estrategias, y la segunda en relación a las distintas propuestas de planificación de la comunicación en salud.

Para el núcleo de formación de estrategias se desarrollan las diez escuelas desarrolladas por Mintzberg y colaboradores, a las que se le incorpora la escuela de planificación estratégica situacional impulsada por Carlos Matus, específicamente para la gestión del Estado en América Latina.

En cuanto a la planificación de la comunicación en salud se describen tanto propuestas originadas en Estados Unidos y diferentes Organismos Internacionales como aquellas desarrolladas en América Latina a partir de la década de 1970.

Estas perspectivas teóricas sustentan y son aplicadas en el análisis de la formación de estrategias en comunicación en salud del Gobierno de la CABA.

4. Metodología

Los pocos antecedentes en nuestro país de estudios sobre formación de estrategias, especialmente en el ámbito público, llevó a considerar pertinente realizar una *investigación exploratoria de carácter cualitativo*.

El recurso principal utilizado fueron las *entrevistas en profundidad*. Se analizó el discurso en torno a la planificación y comunicación a través de tres tipos de fuentes informativas: entrevistas a los coordinadores de los programas, los documentos producidos en el marco del programa y los materiales de difusión producidos y/o utilizados por el programa, a partir de las siguientes variables:

- a. Escuelas de planificación presentes en el discurso.
- b. Presencia de pensamiento estratégico situacional.
- c. Caracterización del componente comunicación.
- e. Percepción de lo simbólico como un campo de fuerzas o conjunto de referentes temáticos.
- d. Presencia de conceptos técnicos en torno de la comunicación.
- f. Percepción de la salud.
- g. Percepción de la situación epidemiológica de la ciudad y el programa.

El universo se constituyó por el total de los programas implementados en las doce áreas programáticas de la CABA y sus respectivos Centros de Salud. Se tomó como fuente para su identificación la "Guía de Servicios" publicada por la Dirección de Salud Comunitaria en el año 1999.

Los programas seleccionados para el análisis fueron: Salud Escolar; Inmunizaciones; Materno Infantil; Procreación responsable; SIDA y enfermedades de transmisión sexual; Tuberculosis y Médicos de cabecera.

La unidad de análisis fue el discurso en torno a la planificación y al componente comunicación en cada uno de los programas seleccionados. Se reunieron también los materiales gráficos de comunicación en salud utilizados o producidos por el programa.

5. La formación de estrategias en comunicación

5.1. Coordinación de HIV-Sida

La actual coordinación de SIDA pertenece al conjunto de programas que por las características de los objetivos propuestos, las acciones de comunicación, deberían constituirse como un *componente sustantivo*. Que así fue asumido se evidencia en que la comunicación se define como uno de los cuatro componentes básicos del programa y en que hay un responsable de coordinar las acciones de esta área a nivel central.

Las líneas de trabajo y objetivos más específicos del área de comunicación están totalmente articulados a los problemas epidemiológicos identificados, a las acciones de educación y capacitación en servicio. La promoción de uso del preservativo se realiza a partir de las dificultades que su uso puede presentar y no desde la prescripción. Además, se acompaña con acciones de gestión muy concretas con respecto a hacerlos accesibles a los sectores más carenciados a través de la compra en gran escala y desarrollo de una red de distribución en todos los hospitales, centros de salud y ONGs.

En la formación de estrategias del componente de comunicación también es posible identificar las *escuelas de aprendizaje y de poder*. La íntima articulación entre el componente comunicación y los demás, asistencia, prevención, estudios epidemiológicos es posible que no sólo esté vinculada a una forma de entender la construcción social de este equipo, sino también por las características personales del coordinador del componente comunicación, que durante toda la entrevista pone en evidencia un profundo conocimiento sobre los principales problemas que plantea el abordaje de esta epidemia en términos tanto colectivos como individuales e incluso en temas más próximos a lo asistencial como la adherencia al tratamiento, etc. Esto lleva a preguntarse, ya posicionados desde la *escuela cognoscitiva*, cuánto influye en la formación de estrategias de comunicación en salud el conocimiento, las perspectivas, bajo la forma de conceptos, mapas, esquemas y marcos, del campo de la salud por parte de los responsables de desarrollar el aspecto comunicacional en los programas de salud.

La escuela del *poder* se manifiesta y es de fundamental importancia en relación a las estrategias de equipamiento, ya que el fuerte apoyo político que se señala desde el nivel central al programa implica acceso a importantes recursos específicos como imprenta de la ciudad, el "aparato del estado" a través de la Subsecretaría de Comunicación Social del Gobierno de la Ciudad, que cuenta con una "agencia cautiva", un equipo de producción de materiales, presupuesto para enviar a imprimir materiales por fuera de la imprenta de la ciudad, incluidos los afiches callejero, pautas en los medios gráficos, radio y TV, etc.

La fuerte presencia del poder político en la construcción de estrategias para el abordaje de la epidemia de SIDA no sólo está generada desde una percepción de construcción social que pone al poder como categoría central sino también desde condiciones objetivas que caracterizan a esta epidemia. El SIDA es considerada una enfermedad mediática, constituida y atravesada por los medios. Esto implica, para cualquier gestión de gobierno, un espacio a través del cual adquirir visibilidad, oportunidad que si es bien aprovechada puede re-

tribuir colaborando a construir una imagen positiva de la gestión. La confluencia de estas condiciones objetivas y subjetivas facilitan la articulación y apoyo mutuo de los dos planos característicos a la gestión pública: el administrativo de servicio y el político gubernamental.

5.2. Programa de Salud Escolar

En el nivel central, la comunicación en salud se identifica fundamentalmente con campañas. Por ejemplo, en el presupuesto para el año 2000 se preveían dos campañas, una de prevención odontológica y otra de pediculosis. Estas campañas fueron sostenidas personalmente por las profesionales a cargo del programa a través de contactos con laboratorios y empresas.

La formación de estrategias en el componente comunicación, tanto a nivel central como local, la podríamos identificar con la escuela ambiental, básicamente se reacciona ante el medio: se trata de trabajar los temas demandados por las escuelas con los materiales que se consiguen de algunas empresas o laboratorios.

5.3. Procreación Responsable

En función de la estrategia básica del programa de no alentar la reacción de los grupos opositores, el componente de comunicación siempre recurrió a estrategias de bajo perfil en el ámbito interpersonal: talleres, grupos de información, contactos personales, folletería con baja tirada. Esta modalidad de asumir la comunicación podría identificarse con la escuela de negociación.

5.4. Programa Materno infantil

En los documentos descriptivos en ningún momento aparece la palabra comunicación. Ésta se puede inferir a través de la presencia de la producción de materiales como de su distribución.

En el nivel local se trabaja mucho desde la EPS y la capacitación del equipo de salud y hay poco desarrollo de producción de materiales, y menos de un componente de comunicación.

En el nivel central tienen mayor presencia los conceptos de EPS y capacitación y el componente comunicación aparece restringido básicamente a la producción de materiales gráficos de baja tirada que se trabaja también adaptándose a lo que se consigue en el ámbito personal e institucional para definirlo.

5.5. Red de tuberculosis

El componente comunicación no se desarrolla. Hay acciones vinculadas a la capacitación e información del personal a través de un sitio en internet y espacios de formación de pregrado y posgrado. En el área de comunicación sólo se observa la propuesta de priorizar un conjunto de patologías prevalentes y de trabajar sobre ellas de manera sistemática y sostenida.

5.6. Programa de inmunizaciones

En esta etapa, la principal preocupación de la coordinación estaba centrada en la comunicación operativa funcional interna del programa. Dentro del marco de las estrategias de equipamiento, prevé contar con un comunicador social que cumpliera con las recomendaciones para el área de la Evaluación Multidisciplinaria del Programa Nacional de Inmunizaciones.

5.7. Plan Médicos de Cabecera

El desarrollo del componente comunicación de este programa estuvo atravesado por las estrategias de marketing político definidas por la Jefatura de Gobierno de la Ciudad frente a las frecuentes elecciones del período. Su desarrollo se puede inscribir claramente desde la comunicación en los modelos del Marketing social. Esta escuela es una versión de la escuela de planificación tradicional donde el producto a instalar en el mercado es un “producto social” (idea, práctica o servicio) un campo a estudiar entre las amenazas y oportunidades del contexto son las percepciones y niveles de satisfacción de los destinatarios.

A nivel local, las acciones de comunicación tenían un carácter institucional desarrollado básicamente a través de una estrategia interpersonal sin mayores niveles de elaboración ni sistematicidad.

6. Conclusiones

En los casos en estudio, la conducción de nivel central cumple un rol muy importante con respecto a la accesibilidad a los recursos y la utilización de su potencial productividad en la microgestión. En el mesoespacio, las acciones de salud se organizan en función de un recorte conceptual acerca del campo de intervención. Hay programas que se definen a partir de la patología que previenen y tratan, como SIDA y Tuberculosis. Otros se identifican por el servicio que prestan: Médicos de Cabecera, Inmunizaciones y Salud Reproductiva y programas que se definen por la población a cubrir como Salud Materno Infantil y Salud Escolar.

Este recorte formal desde donde se organiza la oferta y disputan los recursos, de alguna manera manifiesta lógicas de comprensión e intervención propias de la planificación tradicional que trabaja sistemáticamente con la categoría de “sector” eludiendo la de “problema”. Desde el punto de vista de la comunicación, en el mesoespacio no sólo se define la posibilidad de articulación de las acciones de comunicación en sus distintos niveles interpersonal, institucional y colectivo, sino también el marco que las sostiene. Es necesario recordar que tanto en la bibliografía consultada como en las entrevistas analizadas, se enfatiza la necesidad de acompañar las intervenciones de comunicación con el apoyo de los servicios de salud pertinentes como así también de los insumos necesarios como por ejemplo preservativos, medicación, reactivos, en el caso de SIDA o anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos en Salud Reproductiva.

Formación de estrategias de comunicación

En los programas analizados, las estrategias de comunicación se desarrollan en el marco de la misma escuela de planificación identificada en la gestión global del programa. (Cuadro 1)

De las once escuelas descriptas en el marco teórico es posible observar en los programas analizados la presencia de seis: ambiental, aprendizaje, poder, planificación, diseño y situacional. Algunas en estados más puros y en otros combinadas.

No se observan las escuelas de posicionamiento, cognoscitiva, cultural y configuración. Probablemente la escuela de posicionamiento, por sus características, tenga más vigencia en el área privada que para organizaciones del Estado.

La cultura organizacional aparece básicamente referida a la resistencia al cambio y no como un potencial de desarrollo. Esta connotación negativa de la cultura en la Secretaría de Salud se podría vincular a la pérdida de legitimidad del Estado y el poder político.

El escaso desarrollo y limitada divulgación de la escuela cognoscitiva seguramente no permite una presencia generalizada en los responsables de la conducción.

La escuela de la Configuración, si bien no se observa en el discurso de los entrevistados, nos brinda categorías conceptuales interesantes para comprender lo observado. En unas de sus premisas sugiere que el proceso de creación de estrategias está condicionado por el momento y contexto en que se desarrolla.

Contexto

En los casos estudiados es posible identificar la Secretaría de Salud como el contexto organizacional inmediato de estos programas. Este espacio organizacional se encuentra atravesado por las configuraciones de estructura y poder descritas por Mintzberg: *la organización profesional* y *la organización política*. En la configuración profesional, caracterizada por entregar gran parte de su poder a profesionales altamente capacitados que se hacen cargo del trabajo operativo, como por ejemplo los médicos de un hospital, tienen lugar muy pocas transformaciones profundas y si permanentes, pequeños cambios a nivel operativo que favorecen la inclusión de progresos regulares. Este tipo ideal puede observarse claramente en el microespacio, es decir, entre los efectores del sector público de salud del gobierno de la ciudad.

En el mesoespacio esta configuración se entremezcla y manifiesta matices en su encuentro con la configuración propia de las organizaciones políticas, caracterizadas por funcionar sin un sistema estable de poder, con tendencia al conflicto y descontrol dando lugar a una forma caracterizada por la separación de las distintas partes.

Estas configuraciones de alguna manera delimitan el ámbito de variabilidad en los procesos de creación de estrategias. Por ejemplo, es poco probable que se formen estrategias que impliquen cambios de fondo en corto tiempo. También presentaría fuertes obstáculos establecer estrategias globales compartidas dada la fragmentación entre las áreas y programas, sin un fuerte liderazgo político.

De acuerdo con estas configuraciones es muy factible esperar que las estrategias se formen a partir de un proceso de negociación y aprendizaje o simplemente sean progresivas adaptaciones a los cambios tanto internos como externos.

El lugar en la estructura organizativa de la Secretaría de Salud está asociado al momento del ecociclo de la organización. Cuando los programas entran en una etapa reproductiva generalmente se encuentran en los niveles inferiores de la estructura, desde donde es más difícil acceder a los recursos. Por ejemplo en este caso, la mayoría de los programas dependen del Departamento de Salud Comunitaria. El Plan Médicos de Cabecera, en su inicio, dependía directamente de la Dirección General de Planeamiento de Evaluación del Desempeño; luego, cuando entró en una etapa reproductiva pasó a depender del Departamento de Salud Comunitaria. La coordinación de SIDA, que está en una etapa de revitalización, depende directamente del Secretario de Salud.

Presencia de pensamiento estratégico

Se observa claramente en dos programas: Coordinación de SIDA y Tuberculosis. En Salud Reproductiva se presenta claramente en sus inicios. En la actualidad, se produjo un desplazamiento de la confrontación por este tema desde un espacio sectorial a un societal en el que el programa es avalado por una ley de Salud Reproductiva que debió superar un largo proceso de debate en la Legislatura de la Ciudad. (Cuadro 2)

La forma en que los actores responsables de gestionar en el mesoespacio perciben el poder y su construcción, junto a su capacitación específica en gestión, parece tener considerable influencia en el desarrollo del área o programa.

Cuando el *poder* es identificado exclusivamente con el poder político, que a su vez es sufrido por los técnicos, y es valorado como aquello a lo que se debe sobrevivir con resignación, es muy difícil plantearse la posibilidad de construcción de poder técnico desde donde debatir y negociar con el poder político. Es probable que si los responsables del programa materno infantil, percibieran el poder, no sólo como aquello que se sufre, y en la situación actual donde se ha estacionado la mortalidad infantil en los últimos tres años alrededor del 10 por mil nacidos vivos para la ciudad, podría generarse una

Cuadro 1

Formación de estrategias en el mesoespacio en la planificación de los programas analizados y del componente de comunicación

	Programa N° 1: Coordinación de SIDA	Programa N° 2: Salud Escolar	Programa N° 3: Salud Reproductiva	Programa N° 4: Materno Infantil	Programa N° 5: Tuberculosis	Programa N° 6: Inmunizaciones	Programa N° 7: Médicos de cabecera
Formación de estrategias en la planificación del programa	Escuelas: Poder Aprendizaje Situacional	Escuela Ambiental	Escuelas: Empresarial Poder*	Escuela Ambiental	Escuela del Poder Situacional	Escuela de Planificación	Escuela de Diseño etapa inicial
Formación de estrategia en el componente de comunicación.	Escuelas: Poder Aprendizaje Situacional	Escuela Ambiental	Escuela del Poder*	Escuela Ambiental	No desarrolla el componente	No desarrolla el componente	Escuela Marketing Social etapa inicial

* En el momento de la entrevista

Fuente: Elaboración Propia en base a los resultados del trabajo de campo

Cuadro 2

Presencia de pensamiento estratégico en la planificación de cada programa analizado

Presencia en el discurso de:	Programa N° 1: Coordinación de SIDA	Programa N° 2: Salud Escolar	Programa N° 3: Salud Reproductiva	Programa N° 4: Materno Infantil	Programa N° 5: Tuberculosis	Programa N° 6: Inmunizaciones	Programa N° 7: Médicos de cabecera
Identificación de actores	SI	SI	SI, durante los primeros años.	SI	SI	NO	SI, en la etapa inicial
Oponentes	SI	SI ²	SI, durante los primeros años.	SI ²	SI	NO	SI, en la etapa inicial
Cálculo estratégico	SI	NO	SI, durante los primeros años.	NO	SI	NO ¹	SI, en la etapa inicial.
Poder/Recursos de poder.	SI	NO ¹	SI, durante los primeros años.	NO ¹	SI	NO	SI, en la etapa inicial.
Redefinición de la correlación de fuerzas	SI	NO	SI, en el largo plazo	NO	SI	NO	SI, en la etapa inicial
Unificación funciones planificación/gobierno	SI	NO	SI, durante los primeros años.	SI	SI	SI	NO
Rearticulación presente futuro	SI	SI	SI, durante los primeros años.	SI	SI	NO	SI, en la etapa inicial

¹ En estos casos el poder aparece percibido exclusivamente en relación al poder político.

² Los oponentes se perciben personalizados en las distintas autoridades políticas de sucesivas gestiones.

Fuente: Elaboración propia en base a trabajo de campo.

etapa de revitalización del programa que permita replantear algunas de sus estrategias.

En el caso del Programa de Tuberculosis, la coordinación no refiere estudios de posgrado vinculados a gestión, sin embargo aparecen claramente los elementos característicos del pensamiento estratégico.

En su discurso, el poder no aparece explícitamente como categoría central, sí aparece como recurso de poder en la medida en que se buscó mayor control sobre el presupuesto, esto implica mayor control sobre los insumos, y mejorar las notificaciones (cambiando medicación por notificaciones) ya que esto contribuye a dar vigencia al tema de la tuberculosis. Decisiones que, por otra parte, evidencian la presencia de cálculo estratégico.

En el caso de SIDA, el poder sí aparece explícitamente como categoría central, y el poder político, particularmente, ya que es la decisión política del Jefe de Gobierno la que le permite no sólo tener acceso y controlar recursos cuyas fuentes exceden los créditos presupuestarios asignados a través de la Secretaría de Salud para la atención y prevención de esta patología, sino también los provenientes de los convenios suscriptos por el Gobierno de la Ciudad, como así también el apoyo de comunicación social, etc.

La coordinación de SIDA también se destaca en la riqueza y pertinencia con que identifica los actores en función de lo que se podría denominar su metaestrategia: la "unificación de las estrategias frente a la epidemia del SIDA en la CABA". Esta perspectiva que supera la mirada sectorial de la atención y prevención permite ampliar los límites del campo y al mismo tiempo identificar recursos en el con-

junto de la sociedad, y enriquecer las variables a considerar en el cálculo estratégico.

La comparación entre la Coordinación de SIDA y el Programa Médicos de Cabecera, permite observar que si bien en ambos casos se percibe al poder político como una categoría central, se posicionan de distinta manera frente al mismo. La coordinación de SIDA se instala claramente como sujeto en el proceso de planificación y utiliza la visibilidad social de la problemática para profundizar su abordaje y dar cuenta de su complejidad.

El Plan Médicos de Cabecera en sus orígenes, en cambio, se sitúa, como objeto del cálculo estratégico de otros sujetos, por eso las funciones de planificación y gobierno están disociados reservando para su coordinadora la planificación operativa y para la Jefatura de Gobierno la estratégica. Superada su etapa de desarrollo y su utilización como elemento de marketing político, rápidamente entra en una etapa de mantenimiento con pequeñas modificaciones como los consultorios médicos barriales.

Incorporación de prácticas específicas de la comunicación

La incorporación de prácticas propias del trabajo del campo de la comunicación en los programas analizados es muy dispar. Es posible observar ausencias significativas. En ninguno de los programas se realiza validación de campo de los materiales ni evaluación posterior de las acciones de comunicación. La ausencia de evaluación es una dificultad metodológica relativamente generalizada en la gestión pública. En la comunicación esto se agrava ya que es costosa y compleja.

En el programa de Tuberculosis e Inmunizaciones no se desarrolla el componente de comunicación. En ambos casos sendos coordinadores lo atribuyen a la falta de personal del campo de la comunicación, ya que reconocen que su implementación exige competencias específicas.

En la coordinación de SIDA, de las siete prácticas seleccionadas se presentan cinco (cuadro 3) y es el único caso donde se trabaja con información acerca de las percepciones de los destinatarios y validación técnica de los materiales. Si bien no hay estudios propios sobre las percepciones de los destinatarios, toman trabajos realizados en otros ámbitos como insumo.

Si comparamos, la coordinación de SIDA y la Red de Atención de Tuberculosis observamos que comparten, prácticamente, las mismas escuelas de formación de estrategias y un profundo conocimiento y preocupación por la epidemiología de la enfermedad. Sin embargo mientras la primera, desarrolla el componente comunicación incluyendo la mayor cantidad de prácticas de comunicación seleccionadas, la Red de Atención de Tuberculosis sencillamente no lo desarrolla.

Esta situación muestra cómo la prevención y la comunicación como una de sus principales herramientas adquieren relevancia frente a la impotencia del modelo de los médicos en el control de la patología. Para la infección de HIV-SIDA aún no se ha logrado un tratamiento que la cure o evite. En cambio, la tuberculosis muestra la eficacia de la atención médica en la mayoría de los casos.

Por otra parte, en la prevención de la tuberculosis tienen un importante papel tanto las condiciones de vida como de trabajo, está íntima y claramente ligada a situaciones sociales de exclusión y explotación, (como la que se da actualmente en talleres de confección de

ropa de la zona sur), políticas migratorias, etc. Indirectamente implica el tema de la redistribución del ingreso en nuestra sociedad. En la prevención del HIV-SIDA, si bien el nivel educativo ha mostrado ser un factor asociado al proceso de pauperización de la epidemia, su control se plantea desde la modificación de las conductas individuales e íntimas vinculadas a la sexualidad ya que ésta es una de sus principales vías de transmisión y su control se plantea desde estrategias educativas y distribución de insumos como preservativos o kits inyectables para los usuarios de drogas inyectables. Su control no está directamente asociado a la distribución del ingreso y desarrollo de la sociedad.

De este modo, el lugar del componente comunicación en cada uno de los programas es diferente: en la Red de Atención de la Tuberculosis es un componente de apoyo a tal punto que puede prescindir de él. En la coordinación de SIDA, la comunicación es uno de sus cuatro componentes básicos del programa.

Entonces, contar con profesionales capacitados en comunicación, al mismo tiempo con conocimientos sobre epidemiología y modalidades de tratamiento de la enfermedad va a definir la riqueza con que el componente se desarrolle. Pero la decisión de recurrir a la comunicación como un elemento sustantivo en el proceso de atención de la salud estaría condicionada básicamente por la incapacidad del modelo de los médicos en su abordaje.

Otra particularidad de la epidemia de HIV-SIDA, lo constituye su carácter de ser una enfermedad considerada mediática, para Petracchi esta constituida y atravesada por medios. Esta visibilidad social, instaurada por los medios ubica su prevención y atención en la compleja relación que actualmente sostienen los medios de comunicación y la política. Por esta razón su abordaje ocupa un

Cuadro 3 Incorporación de prácticas de la comunicación en los distintos programas

Presencia en el discurso de:	Programa N° 1: Coordinación de SIDA	Programa N° 2: Salud Escolar	Programa N° 3: Salud Reproductiva	Programa N° 4: Materno Infantil	Programa N° 5: Tuberculosis	Programa N° 6: Inmunizaciones	Programa N° 7: Médicos de cabecera
Segmentación de la audiencia.	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI etapa inicial
Conocimiento de las percepciones de los destinatarios.	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI en la etapa inicial
Selección demateriales y canales	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI etapa inicial
Propuestas de estrategias de uso de los materiales.	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO
Validación técnica de los materiales	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Validación de campo de los materiales	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Evaluación de las acciones de comunicación	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Fuente: Elaboración propia en base al trabajo de campo.

Cuadro 4

Características coordinadores entrevistados por programa

Características	Programa N° 1: Coordinación de SIDA	Programa N° 2: Salud Escolar	Programa N° 3: Salud Reproductiva	Programa N° 4: Materno Infantil	Programa N° 5: Tuberculosis	Programa N° 6: Inmunizaciones	Programa N° 7: Médicos de cabecera
Promedio de edad de los coordinadores	42,25 años	50.5 años	52.33 años	58 años	60,3 años	46,6 años	48,5 años
Antigüedad promedio en los cargos	4 meses	10 años	4,1 años	11 años	6,5 años	Coordinador central 5 meses	3,5 años
Profesiones	Médico Sociólogo Antropóloga Lic. Trabajo social	Médica Odontóloga	Médico Médico Lic. en Enfermería	Médica Médica	Médico Médico Médico	Médico Enfermera	Médico Médico
Especialidades	Epidemiólogo y Master en Ciencias Sociales y Salud. Comunicación Social, Opinión Pública y Medios	Ginecóloga infanto-Juvenil Sanitarista Epidemióloga	Tocoginecóloga Tocoginecóloga Enfermera en Neonatología.	Pediatría Maestría en Salud Pública Clínica nutrición Medicina Social	Tisiólogo Tisioneumonología Neumonólogo	Pediatría Infectología Pediatria	Cínica Médica Ginecología y Obstetricia
Naturaleza de los cargos	Política Política Carrera Carrera	Provisorio como responsable del programa, Carrera	Carrera Carrera Carrera	Carrera a cargo Carrera a cargo	Carrera a cargo Carrera a cargo Carrera a cargo	Carrera a cargo Carrera a cargo	Carrera a cargo Carrera a cargo

Fuente:Elaboración propia en base al trabajo de campo

lugar en la dimensión de gobierno, además de la administrativa. Por el contrario la tuberculosis no sólo no tiene este lugar en los medios sino que en el imaginario social es un problema del pasado ya superado, con algunos casos esporádicos. (Petracci, 1997) En síntesis, en los casos estudiados, se observó que el desarrollo de las estrategias de comunicación estuvieron condicionadas por:

- Contexto histórico-social.
- Lugar en los medios del objeto a abordar.
- Su inclusión en la dimensión de gobierno y administración pública en el Estado.
- Contexto institucional.
- Lugar en la estructura organizativa de la Secretaría de Salud
- Momento del ciclo vital de la organización que esté atravesando el programa o área.
- Lugar del componente comunicación en el programa: sustantivo o de apoyo.
- Formación y experiencia de los responsables de conducir el programa en ciencias sociales y comunicación.
- Escuela de planificación desde la cual se piensa la gestión del programa y percibe el "poder".

Cada una de estas condiciones no define de manera aislada ni lineal las características de la formación de estrategias, es su

confluencia en cada momento la que da una configuración particular al desarrollo del componente comunicación de cada programa.

Bibliografía

- BELTRAN, Luis Ramiro. "La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes" en Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina. OPM/OPS - UNESCO Quito, Ecuador. 1994
- MATUS, Carlos, "Planificación, libertad y conflicto" en Cuadernos de Iverploi. Instituto Venezolano de Planificación. 1984.
- MINTZBERG, Henry y otros, Safari a la Estrategia. Una visita guiada por la jungla del management estratégico. Buenos Aires 1999 Ediciones Granica.
- OPS/OMS La comunicación en salud: Lecciones Aprendidas y desafíos en el Desarrollo Curricular. Informe de Conferencia. Del 19 al 23 de noviembre del 2002.
- PETRACCI, M y VACCHIERI. "La tematización del sida en la prensa escrita de Buenos Aires" en KORNBLIT, Ana Lía comp. Sida y Sociedad. Editorial Espacio. Buenos Aires. 1997.
- ROVERE, Mario: Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Junio 1993. Programa de desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos N° 96.
- TESTA, Mario. Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación. El caso de la Salud. Buenos Aires 1989. Lugar Editorial. Páginas 295.