

Comunicación y salud

Instrumento y rutina

HÉCTOR HERNANDO QUINTERO GÓMEZ



Abstract

Los procesos de comunicación centrados en el poder tienen connotaciones que se acercan a elementos estéticos y políticos que, en la repetición del acto cotidiano van cobrando cuerpo hasta conformar un modelo de relación, que transmite intereses hegemónicos de orden y control corporal y social. En la institución local de salud se produce y reproduce un acto cotidiano de comunicación que termina consolidando una estética y una forma de comunicación que es legitimada tanto por la institución como por los usuarios, así sean evidentes las tendencias de falla que hacen posible la hegemonía del modelo de control corporal y social. La comunicación pasa así por los espacios arquitectónicos, las relaciones en los diferentes servicios, los medios utilizados para la transmisión de información clinicopatológica y las formas de lectura utilizadas por el beneficiario y funcionario del sistema de salud.

Este texto pretende compartir con los lectores los resultados de un proceso de búsqueda sistemática donde se ha urgado el papel de la comunicación en las relaciones establecidas entre funcionarios y población que accede a los servicios de la Red Pública Local de Prestación de Servicios en Salud. Se llega así a las acciones de comunicación establecidas en escenarios como consulta externa, urgencias y hospitalización.

La comunicación se convierte en instrumento

La búsqueda teórica ha permitido reconocer los elementos que moviliza la comunicación en salud en los ámbitos institucionales (locales, nacionales e internacionales) y cómo a través de ellos se produce y reproduce un discurso que le permite a la institución médica perpetuarse en el liderazgo del manejo de la salud (como concepto y como acción efectiva sobre la población). Se llega de esa forma a la descripción de los espacios del poder y a las relaciones sociales mediadas por hechos tangibles, como son el manejo de la enfermedad y el control de las acciones particulares para promover la convivencia colectiva, en beneficio de aparatos que son fácilmente señalables.

Ésta es la contradicción y a la vez el deslinde de esta búsqueda, una realidad que se impone sobre las ideologías y el ejercicio utópico. Ella invita a reflexionar la comunicación como hacedora de cultura, pero igualmente como hacedora de procesos de falla que generan diferencias, inequidades, marginalidades, invisibilización e imposiciones históricas.

La institución médica existe, es palpable y contiene elementos jerárquicos que la hacen fundamental para la experiencia y vivencia de los habitantes de la ciudad, para los componentes del territorio. Valorada como uno de los sistemas donde la enfermedad es enfrentada, confrontada y muchas veces vencida se acude a ella cuando los umbrales de seguridad biológica y sociocultural son sobrepasados. Cada sujeto, grupo familiar y contexto, respectivamente ha construido y heredado una serie de patrones que lo enmarcan en sus respuestas ante la enfermedad y la minusvalía. El gra-

do de aceptación del riesgo ante la enfermedad y la pérdida, implica comportamientos, decisiones y acciones que comprometen el actuar de la institución médica, ella se encuentra allí para los casos y las circunstancias en que el sujeto o el colectivo ya no asumen, por inoperancia, presión o desconocimiento, el manejo de la enfermedad y de lo que ella significa como pérdida física, cultural, moral o socioeconómica. La institución médica se convierte de esta manera en un escenario concreto que existe para el ciudadano con un referente específico, con unas condiciones que ofrecen suplir los satisfactores mínimos de supervivencia y protección. No podemos dejar de comentar que la historia y la heredad de esta institución se han consolidado a través de los juegos de poder y de control que han depositado en ella la responsabilidad de los estigmas, los señalamientos, el carácter policivo, el mantenimiento del sujeto productivo y el potencial higiénico de la corporalidad.¹ De igual forma este poder le ha brindado espacios para el ejercicio de un destacado papel en cuanto al descubrimiento del cuerpo y de sus interacciones con el ambiente, construyendo así su hacer sobre un modelo clínico patológico, que a manera de chasis ha sido la base para la comprensión y tratamiento de la enfermedad, las interacciones nosológicas y la visión morbicéntrica del devenir humano.²

La institución médica, inmersa en el conocimiento y los procedimientos creados en otras latitudes, replica su hacer desde una única - y parcialmente contextualizada - perspectiva, evitando asumir otro tipo de paradigmas y cuerpos de conocimiento terapéutico, los cuales pululan en el cotidiano vivir de los habitantes urbanos y rurales de la región y el país. Si pensamos en el significado de la globalización y su alcance, es claro que existe una negación institucional en cuanto a la posibilidad de enriquecer su acervo teórico y práctico con otros conocimientos que pululan en múltiples latitudes y que tienen una relevante y efectiva construcción histórica.

1 Focault, Michael. *El sujeto y el poder*. Material fotocopiado. 1982. pp. 68-72.

2 Restrepo, Luis Carlos et al. *Semiología de la salud*. Universidad Javariana. Bogotá, 1995. p. 94

La visión morbicéntrica se erige como el eje axiológico de la institución médica, donde un usuario y un terapeuta se encuentran para ejecutar un acto ritualístico en el que ambos sujetos intermedían el objeto final del encuentro: el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. En esta aproximación estructural se evidencian tres grandes bloques: el primero es la acción instrumental, el segundo la lectura exenta de diálogo y narración y el tercero la cotidianización de lo formal.

Dicha visión morbicéntrica se ha perpetuado en las acciones e intervenciones del sistema de salud. Ha cambiando la periferia del discurso, reformulándose en las últimas dos décadas el tipo de causa en la afectación a la salud, se ha pasado de comprensiones que intervenían elementos del entorno físico afectador de los pobladores a otras que tienen en cuenta factores psicosociales y ambientales como importantes causas de patología.³

En los diferentes textos de comunicación para la salud escritos por organismos nacionales e internacionales que tienen su hacer específico en esta temática, se deja entrever la preponderancia de la deficiencia, llámese patología, enfermedad o factor de riesgo, como eje central de las acciones comunicativas a seguir. Como hecho innovador es presentado el manejo y dimensionamiento dado a los factores de riesgo asociados a patología, especialmente de tipo cardiovascular y endocrino; para ello se proponen campañas que promueven estilos de vida saludable a partir de un modelo que pertenece al conocimiento médico y a ítems estipulados por la ciencia, donde se delimitan las acciones que son favorecedoras y protectoras de los individuos y los colectivos. Se ejerce, entonces, un papel de información que en la mayoría de los casos desconoce el contexto local y las características socioculturales y comunicativas del grupo social objeto de la intervención. Este papel se replica tanto en la utilización de medios no convencionales de comunicación, como de los medios masivos y se hace más evidente en los espacios institucionales donde los mensajes y modelos para transmitir dichos mensajes acentúan el papel de la institución como dadora de salud y, por ende, de bienestar (Olaya, 1996.

OPS, 1997. Álzate y castaño, 1999. Renaud y Bouchard, 1999. OPS, 1992. Coe, 1998. Kucinski, 1998. Epstein, 1998. Vasquez-Solis, 1998. De Andrade y Pedrosa, 1998. Garret y otros, 1998. Morales y Alvarez, 2001)

Las acciones desarrolladas, tanto por prestadores de los servicios como por los usuarios, cobran un valor instrumental, especialmente cuando se da el intercambio de símbolos; en este intercambio el usuario busca un ritual que le permita reducir y eliminar la enfermedad, ya sea a partir de conocer el significado de sus signos y síntomas o de vivenciar los diferentes pasos ritualísticos que implica la acción terapéutica. Dicho ritual se hace explícito en hechos prácticos, en pasos o en objetos tangibles. No es la propuesta teórica convencional de ritual⁴ donde se estructura el encuentro de un sujeto portador del mito y un colectivo receptor de los preceptos y las narraciones que allí se comparten (un ejemplo de ello es el ritual de la eucaristía católica); para el caso de la salud se acude a una visión que asume lo ritualístico como una relación entre sujetos que comparten un mito o una figura mítica; el ejemplo para esto es precisamente el encuentro de un enfermo con su terapeuta: este último tiene una investidura que representa a la institución médica pero igualmente al poder del sanador como representante de lo divino (mito), es frecuente en la consulta médica escuchar la frase: «primero Dios y después usted». Para algunos autores: *«el ritual es considerado como una festividad o una ceremonia especial, en donde lo luminoso se limitaba a lo sagrado y las relaciones políticas de las comunidades se centraron en los personajes religiosos como deidades, sacerdotes, brujos o ancianos (...) el análisis antropológico modificó su eje conceptual al ubicar lo simbólico y lo ritual en una dimensión diferente: no se trataba de contraponer lo sagrado a lo profano o lo simbólico a lo material. Se buscaba comprender sus complejas relaciones»*.⁵

3 OPS (Organización Panamericana de la Salud). "Municipios Saludables". En: *Comunicación para la salud, número 11*. Editorial Cargraphics, Washington D.C. 1997. p. 17.

4 Gadamer, Hans Georg. *Mito y razón*. Barcelona: Editorial Paidós estudios, 1997. p. 9

5 Aguado, José y Portal, María. *Identidad, ideología y ritual: un análisis antropológico en los campos de educación y salud*. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1992. p. 75.

La investidura del terapeuta y de la institución sobrepasa la esfera estética, para llenarse de señales que tocan las significaciones del poder, la fe, la confianza y el conocimiento.

En este marco ritualístico la relación formal establecida por los haceres institucionales y por la reglamentaciones, se fragmenta para dar paso a valoraciones que no son explicadas por el interés racional que pretende interpretar en este tipo de acciones, hechos lógicos, coherentes y de causa efecto. La acción instrumental se carga de repeticiones funciones aprendidas y no reflexionadas, investiduras prefijadas, formatos obligatorios, gestos epidérmicos, reacciones situacionales, tradiciones respetadas, suposiciones sobre el otro y jerarquías impuestas, entre otros.

Al tornarse instrumental, la relación se carga de visiones administrativas y operativas, reduciéndose ostensiblemente el componente crítico y humano de los encuentros y las interacciones (no sólo entre sujetos, también entre sujetos y objetos). Se ingresa en el territorio de la institución total, donde las acciones están establecidas por protocolos y procedimientos, por técnicas y herramientas de trabajo, por normas institucionales y reglamentaciones asociadas con tareas y funciones preestablecidas. En otras palabras, las acciones están marcadas permanentemente por la estructura y la función institucional. A pesar de ello existen afirmaciones que dejan a la institución en entredicho: *«La amplificación, intensificación y dispersión de los servicios médicos, causada por efecto de la popularización, la asequibilidad y la esperanza fincada en ellos, revisten a la salud, su conservación y a quienes poseen conocimientos médicos, de un valor que sobrepuja las facultades de la institución médico - sanitaria, otorgándole en últimas un valor simbólico que no está capacitada para reciprocarse»*.⁶

En el caso de la institución médica las actividades están regidas por un modelo de información epidemiológica, íntimamente asociado a los modelos clínico-patológico y morbicéntrico (PAHO). Es tan importante la información epidemiológica de la enfermedad que el servidor privilegia en tiem-

po y énfasis los datos que permitan satisfacer las necesidades de información de la institución. En este caso lo instrumental se torna hegemónico frente a los sujetos humanos que hacen parte de la relación referenciada, y en consecuencia los introduce en un espacio que es dominado por una formalidad tamizada por imaginarios que deslindan la instrumentación misma dejando sentimientos y percepciones disimiles y en muchos casos contraproducentes. La temporalidad del prestador y del usuario no se sintonizan, dado que el espacio de encuentro está previsto para cumplir con tiempos institucionales que ponen por encima de la calidad humana y sociocultural una serie de indicadores de eficiencia y efectividad.

En la sola definición dada para la comunicación en salud este interés de instrumentalización se hace evidente: *«Es un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos. Es la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño»*.⁷

Instrumentalizar se convierte así en la principal apuesta de la institución médica, ya que el fin último es lograr el control social a través del manejo de la enfermedad. La comunicación como fenómeno sociocultural con sentido ontológico de la relación entre los actores de la salud es reducida por la institución para ser convertida en una herramienta y en un proceso simplista que ve al usuario como un receptor pasivo e inerte, que no está calificado para interpretar las representaciones y significados culturales de su vivencia corporal y social ante un entorno. El agente de salud queda convertido en un emisor que objetualiza al otro y le brinda una información que requiere para su bienestar (léase ausencia de enfermedad), para ello utiliza su propio potencial y lo que él considera es un recurso didáctico apropiado. En este modelo ambos actores quedan controlados por la institución dado que al ser descontextualizados su rela-

6 **Pedraza G.**, Zandra. *En cuerpo y alma: visiones del progreso y de la felicidad*. Universidad de los Andes, Santafé de Bogotá, 1999. p. 152

7 **Coe, Gloria.** "Comunicación y promoción de la salud". *Revista Chasqui*, No 63, sept 98. Quito (Ecuador). 1998. pp. 84-88

ción se torna netamente funcional y nunca crítica. Un ejemplo de lo acrítico de esta posición en ambos actores (funcionario y usuario) se refleja en el siguiente fragmento: «*La información en materia de salud posee particular autoridad cuando la transmiten los médicos, enfermeras, comadronas y otros profesionales de la salud, directamente responsables de proporcionar servicios de salud. Con la difusión alcanzada por la atención primaria de salud durante la última década, centenares de millones de familias anteriormente no cubiertas por el sistema de salud tienen acceso en la actualidad a la información, consejos y atención de un agente de salud capacitado (...) varios millones de agentes de salud, parteras tradicionales y voluntarios han recibido la información necesaria para poner los conocimientos y técnicas básicos de salud al alcance de la población de sus comunidades*»⁸

La lectura, un ejercicio desencontrado

Para Gadamer la lectura sólo puede llegar a un plano de diálogo cuando las narraciones que permiten dicha lectura obedecen a la participación comprensiva de mínimo dos seres humanos.⁹ Las narraciones cobran fuerza cuando existe un acuerdo mínimo que les permite ser escuchadas, si esto no se da dichas narraciones pierden valor como parte de la acción colectiva.

Es posible decir que la recepción de las prácticas comunicativas (para este caso llamado lectura) requiere necesariamente de un proceso de negociación que debe ser mediado por las representaciones y el imaginario socio-individual de los usuarios, aplicados en espacios concretos y tangibles (Henríquez, 1999). Para Orozco «*las audiencias también son sujetos situados, pertenecientes a varias instituciones simultáneamente, de donde adquieren sus identidades y producen sentido a sus prácticas, capaces de organizarse, de sentir, de manifestarse públicamente, de*

defender sus derechos a la comunicación, aunque también capaces de enajenarse ante los contenidos de los medios, de ser recipientes pasivos de sus mensajes».¹⁰

Lo que esta afirmación traduce es la necesidad de conocer y contextualizar más allá de los factores aparentes que se encuentran en los relatos de los usuarios y los funcionarios; no basta con tener claridad frente a la mejor manera de entregar la información para que ésta sea fácilmente comprendida, implica adentrarse en el territorio cognitivo, cultural, ético, estético, afectivo, político y trascendente de quien aparentemente es un receptor pasivo de datos. En realidad, el usuario (tanto como el agente de salud) transforma y recrea la información, construyendo y destruyendo representaciones que en muchos casos están diametralmente opuestas a las percibidas y ofrecidas por la institución médica. No significa esto desconocer la existencia de tendencias cognitivas, las mismas se encuentran y es posible utilizarlas para los ejercicios de información, pero lo ideal es modular las tendencias de acuerdo con las particularidades del contexto.

Lo evidenciado en el terreno de observación marca un extremo de umbral dado que los hechos deslindan el deber ser de la comunicación (bajo la perspectiva de la lectura).

Los factores que favorecen o desfavorecen la lectura son los siguientes: interés temático del usuario, tiempo invertido en la lectura, capacidad de lectura del usuario, acervo cognitivo, percepción visual y auditiva, lenguaje nominal y simbólico, estética de los textos, experiencia ante la lectura, nivel de ruido y grado de cotidianización del mensaje.¹¹ Estos factores no son tenidos en cuenta por la institución para la elaboración de los mensajes, la construcción de los medios y la potencialización de la lectura que ha de realizar el usuario. Esto tiene una fuerte relación con los fallos en la comunicación, que comparados con las referencias de otras latitudes se repiten en la lectura de los usua-

8 Williams, Glen. *Todos por la salud: guía de comunicación para la vida*. UNICEF, New York. 1989. p. 31

9 Gadamer, Hans Georg. Op. Cit. p. 27

10 Orozco Gómez, Guillermo. *La investigación de la comunicación dentro y fuera de América Latina*. México: Conferencia, 1997. p. 3.

11 Quintero, Héctor Hernando. "La institución de salud: una realidad comunicativa". En: *Comunicación y salud en la reconstrucción*. Fundación Vida y Futuro. Serie salud, comunicación y riesgo. Edición JMCalle, Pereira, 2002. p. 103.

rios del Sistema Local de Salud, algunos de los fallos reportados son los siguientes: el mensaje llega sólo a algunas personas del grupo de población destinataria, porque se utiliza uno o dos canales de comunicación; las personas reciben información pero no la entienden, la entienden mal o la aplican de manera incorrecta; las personas reciben la información, la comprenden y aprenden a aplicar correctamente una nueva medida para la protección de la salud, pero los nuevos conocimientos entran en conflicto con las actitudes y creencias existentes, de manera que dejan de aplicarse o ponerse en práctica, la modificación de comportamiento es solamente transitoria o su pobreza y la carencia de servicios básicos les impiden aplicarla en la práctica (Williams, 1989). Estos fallos están mediados por una descontextualización del agente institucional, porque en sí la información se brinda para el manejo de patologías específicas que están definidas por los perfiles epidemiológicos de la zona (Morales y Álvarez, 2001. OPS, 1992. Renaud y Caron-Bouchard, 1999), pero que desconocen el mundo simbólico y de representaciones que maneja el sujeto o colectivo a informar.

Rutinas que amarran

La institución médica ha conformado unas rutinas que se imponen, dichas rutinas son vividas por los usuarios y no son compartidas con los funcionarios, excepto cuando se genera un momento de choque y de inconformidad expresa, ya sea en el momento del conflicto, o a corto plazo en las oficinas de quejas y reclamaciones. Las rutinas percibidas son las siguientes: demora en la atención, una acción terapéutica impuesta y con una única visión aprobada, escaso recurso humano y logístico, no cumplimiento de los compromisos en cuanto a tiempo, múltiples acciones para pocos terapias, no concentración en el usuario y fortalecimiento de un sistema de atención en serie.

Las rutinas institucionales no son compartidas con los usuarios, esto implica que en la percepción de ellos, la institución representada por sus funcionarios sea injusta y tenga una actitud indiferente ante la espera y el sufrimiento.

No se tiene en cuenta el contexto del usuario y su corporalidad está reducida a la sintomatología

evidenciable por el método diagnóstico, sea clínico o paraclínico. El usuario es visto como enfermedad y como tal él y su enfermedad se convierten en un producto de intercambio y de manejo institucional. En el hacer institucional el usuario es descalificado frente a sus síntomas, miedos, conocimientos, ignorancias y sensaciones; con ello se limita su acceso al autocuidado. Ambos, el diagnóstico y el tratamiento se enuncian pero no se explican y es aquí cuando el usuario pierde.

Existen algunas características relacionadas con los entramados que tejen los funcionarios (dependiendo del servicio o programa) y que son percibidos por los usuarios. Las mismas aparentemente no son relevantes de manera aislada, pero al conjugarse terminan delimitando comportamientos y funciones que separan o acercan.

Los funcionarios constituyen, para el caso de la relación usuarios - institución médica, una dimensión de lo que Elías llama el grupo establecido.¹² Establecerse significa tener el control del territorio por un índice de mayor tiempo de permanencia y de cubrimiento del espacio. En esta relación el grupo establecido, bajo parámetros subjetivos de comparación que son validados por el paso del tiempo, ejerce un control a veces excesivo y verticalizado ante el o los sujetos que pertenecen al grupo de los marginales (usuarios), quienes como ya dijimos, no tienen una apropiación suficiente de poder para reconocer y reclamar la institución pública como un espacio de su pertenencia. Surge en los marginados la anomia, y esto permite al grupo establecido señalarlos como inseguros, indisciplinados y anárquicos. Es significativo, según el desarrollo teórico de Elías,¹³ que entre ambos grupos se mantenga una tensión muda a base de conflictos y de desigualdades que son evidentes cuando el marginal logra asumir posiciones de poder; en esta situación el establecido, léase el funcionario, activa y expone su mayor capacidad de aplicar poder explícito y aplastante que cubre una serie de esferas que van desde las fantasías colectivas a la radical diferenciación del nivel socioeconómico.

12 Elías, Norbert. "Ensayo teórico sobre las relaciones entre establecido y marginados". En: *La civilización de los padres y otros ensayos*. Norma. Santa Fe de Bogotá, 1998. p. 108.

13 Ibidem. Pp. 106-107

Con el ánimo de la eficiencia administrativa y de la calidad del servicio a los funcionarios se les miden sus acciones mediante el uso de cuadros cuantitativos donde se suman y restan los diferentes servicios que prestan (los mismos establecidos por el Ministerio Nacional de Salud); en ellos no se ingresan actividades que suplen las necesidades de información y orientación a enfermos y usuarios. Dichas actividades quedan en la dimensión del trabajo invisible, de la minusvaloración administrativa y de la reducción del tiempo para la información. En este modelo de oferta y demanda se asume la comunicación social como un elemento de un orden no significativo, no valorado y, por lo tanto, no considerado como actividad que se contabiliza en los formularios referidos. Lo comunicativo asume, entonces, un carácter invisible y por ello no cobra valor como servicio; al no ser servicio no amerita inversión y fortalecimiento. En este modelo de prestación de servicios el funcionario asume compromisos contractuales que invisibilizan en el hacer todas las dificultades propias de los ajustes institucionales muy de moda en los años noventa y a la fecha. El funcionario pierde porque el sistema de salud tiene intermediarios financieros que son los que toman las decisiones y son los que imponen las reglas de juego, pierde porque siente disminuida su calidad de vida en comparación con otros momentos históricos (en comparación con la intensidad de trabajo), pierde porque la cotidianidad de la institución médica es el déficit y la escasez de recursos, pierde porque el objeto de la institución médica es el rendimiento económico y no la salud como capital social, pierde porque su posibilidad diagnóstica y terapéutica obedece a las restricciones impuestas por los agentes financieros... pierde porque ya no puede ofertar servicios acorde con la necesidad del enfermo sino con la necesidad económica institucional.

Las escuelas de formación médica y paramédica no cuentan con planes de estudio que incluyan la comunicación como un tema fundamental para la formación del personal de salud. Por ello, a comunicar se aprende en la práctica de todos los días, de acuerdo con los patrones comunicativos que impone el espacio institucional. El funcionario replica contenidos estructurales, funcionales y jerárquicos que asumen al terapeuta y sus colaboradores como los dueños del saber. En el últi-

mo decenio al interior del sector salud se han hecho propuestas de comunicación que básicamente le han apostado a las campañas de salud pública y no a una evaluación del modelo mismo de comunicación. Las publicaciones hechas por los organismos internacionales son decálogos de herramientas, metodologías, procedimientos y ejercicios didácticos para tener efectividad en la transmisión de información, pero no un ejercicio de comprensión sobre las dinámicas, intercambios y mediaciones que se dan en los espacios institucionales y no institucionales donde se le está apostando a la atención de la enfermedad o a la educación morbicéntrica de la salud.

Las tendencias de falla en la relación comunicación salud

Es importante reconocer que la reflexión de la comunicación para la salud es un hecho reciente en el mundo, es una construcción que no ha cumplido 25 años. Las universidades norteamericanas apenas empiezan a crear planes de estudio para la especialización en el tema.¹⁴ Por lo tanto es comprensible encontrar muchos profesionales de la salud que tienen grandes conocimientos sobre prevención de la enfermedad y promoción de la salud pero que poseen poca información y escasa reflexión práctica al respecto de la comunicación y su impacto en las diferentes áreas de la salud. Precisamente el resultado de este acercamiento muestra las grandes falencias en la práctica por parte de los funcionarios de salud, en cuanto a un bajo desarrollo académico y práctico de sus capacidades, conocimientos y habilidades comunicativas. No se reflexiona en el hacer institucional el impacto y el alcance que tiene la comunicación vista más allá del desarrollo de estrategias comunicativas para llegar a la población con temas específicos.

Esto significa para el personal de salud, para la salud, trabajar en siete campos básico que deben ser suficientemente desarrollados para asegurar que la población está siendo impactada de forma efectiva por las propuestas del sector; dichos campos

14 Alcalay, Rina. "La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses". En: *Revista Panamericana de la salud*. Vol. 5, # 3, Marzo de 1999. p. 192

son: 1) la calidad de la comunicación interpersonal en locales de salud; 2) la comunicación entre miembros de la organización; 3) el alcance de los medios de comunicación masiva; 4) el diseño, la ejecución y evaluación de campañas de comunicación (Alcalay, 1999); 5) la relación del lenguaje con los ritos de curación y sanación; 6) las carac-

terísticas comunicativas y culturales del contexto donde se encuentra ubicada especialmente la institución médica y 7) los puntos nodales donde la comunicación vulnera la salud de los pueblos.¹⁵

15 Quintero, Héctor Hernando. Op. Cit. pp. 104-116.



Bibliografía

- Aguado José y Portal María.** *Identidad, ideología y ritual: un análisis antropológico en los campos de educación y salud.* Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1992. p. 75. ISBN 968-840-920-0.
- Alcalay, Rina.** *La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses.* En: *Revista Panamericana de la salud.* Vol. 5, # 3, Marzo de 1999. P. 192
- Alsina, Miguel Rodrigo.** *Comunicación intercultural-inter subjetiva.* En: *Teoría de la comunicación intercultural.* Barcelona: Editorial Anthropos, 1999. ISBN 847658-572-1.
- Alzate, Castaño y Espinel.** *Encuentros comunicacionales en un ser quirúrgico.* Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública, Medellín, 1999.
- Barquín, Manuel.** *Del Óptimo Médico.* En: *Revista médica del instituto mexicano del seguro social.* Vol. 38. #1. enero - febrero de 2000.
- Coe, Gloria .** *Comunicación y promoción de la salud.* Revista *Chasqui*, No 63, sept 98. Quito (Ecuador). 1998.
- De Andrade, C. y Pedrosa, J.** *Comunicación, salud y poder.* Revista *Chasqui*, No 63, sept 98. Quito (Ecuador). 1998.
- Elias, Norbert.** *Ensayo teórico sobre las relaciones entre establecido y marginados.* En : *La civilización de los padres y otros ensayos.* Norma. Santa Fe de Bogotá, 1998. pp. 79-138. ISBN 958-04-3885-4.
- Epstein, Isaac.** *Comunicación y Salud Pública.* Revista *Chasqui*, No 63, sept 98. Quito (Ecuador). 1998.
- Focault, Michael.** *El sujeto y el poder.* Material fotocopiado. 1982. pp. 68-72.
- Gadamer, Hans Georg.** *Mito y razón.* Barcelona-Buenos Aires- México: Editorial Paidós estudios, 1997
- Henriquez, José.** *La comunicación para el cuidado de la salud.* OPS, 1999.
- Kucinski, Bernardo.** *Información, Salud y Ciudadanía.* Revista *Chasqui*, No 63, sept 98. Quito (Ecuador). 1998.
- Morales y Álvarez.** *Perfil epidemiológico de Pereira.* Pereira, 2001, 112 p.
- OPS** (Organización Panamericana de la Salud). *Municipios Saludables.* En: *Comunicación para la Salud*, número 11. Editorial Cargraphics, Washington D.C. 1997.
- OPS.** *Manual de comunicación social para programas de salud.* Washington D.C. Mayo de 1992.
- Orozco Gómez, Guillermo.** *La investigación de la comunicación dentro y fuera de América Latina.* México: Conferencia, 1997.
- Pedraza G., Zandra.** *En cuerpo y alma: visiones del progreso y de la felicidad.* Universidad de los Andes, Santafé de Bogotá, 1999. ISBN 958-695-013-1.
- Quintero, Héctor Hernando.** *La institución de salud: una realidad comunicativa.* En: *Comunicación y salud en la reconstrucción.* Fundación Vida y Futuro. Serie salud, comunicación y riesgo. Edición JMCalle, Pereira, 2002.
- Restrepo, Luis Carlos et al.** *Semiología de la salud.* Universidad Javariana. Bogotá, 1995.
- Williams, Glen.** *Todos por la salud: guía de comunicación para la vida.* UNICEF, New York. 1989.