



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA

Universidad Nacional de La Plata  
Facultad de Ciencias Médicas  
Unidad de Promoción e Investigación en Salud Pública  
Maestría en Salud Pública

Tesis de Maestría

Título: *La comunicación en la gestión hospitalaria*

Tesista: María Teresa Poccioni

Dirección: Dra. Adriana Moiso

Co dirección: Dra. Daniela Bruno

Octubre 2021

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi Directora de Tesis, Dra. Adriana Moiso, por su enorme generosidad, por su cariño y amistad, y por la confianza depositada en mí no sólo en esta tesis sino en distintos momentos en los que la vida nos cruzó en el campo de la salud pública. Su lectura atenta y su acompañamiento hicieron más fácil el camino transitado en la elaboración de este trabajo. A mi Codirectora, Dra. Daniela Bruno, a quien también admiro y respeto por toda su labor en el campo de la comunicación, por haberme desafiado con sus aportes y comentarios a trabajar para lograr mejores resultados. No podía haber estado mejor acompañada, de la mano de estas dos enormes mujeres, estaré eternamente agradecida por todo lo que me brindaron en este proceso.

A mis compañeras y compañeros de la Maestría en Salud Pública, fue maravilloso transitar los dos años de cursada con este grupo tan heterogéneo en cuanto a profesiones, ideologías, historias de vida, y tan compacto en los vínculos construidos, en el cariño, la camaradería, el sostenernos entre todos y todas para avanzar en la cursada. Nos divertimos, discutimos, comimos, aprendimos de cada una y de cada uno, hicieron que tantas horas de cursada pasaran rápidamente y que cada encuentro fuera una verdadera fiesta.

A la Dra. Diana Fryd, alma mater de la Maestría, por su paciencia, por haber estado en los momentos más difíciles, sosteniéndonos ante la incertidumbre.

A quienes integraron el equipo docente de la Maestría, que con sus aportes enriquecieron mi mirada en torno a la salud pública, muchos de los cuales están plasmados en esta tesis.

A directores de hospitales y personas entrevistadas porque accedieron gentil y generosamente a contar sus experiencias y brindaron su tiempo para que pudiera realizar esta investigación.

A quienes integran el equipo docente de la asignatura Comunicación en Salud en la Universidad Nacional Arturo Jauretche, con quienes compartimos el entusiasmo y la energía en analizar y comprender los procesos de comunicación en el campo de la salud.

A mi amigo Arnaldo Medina porque confió en mi para diseñar y coordinar la ejecución del Programa de Mejora de la Atención a la Comunidad en Hospitales, cuando era Subsecretario de Planificación del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, el cual fue el germen de este trabajo de investigación.

A mis hermosas amigas, de los diferentes grupos, que están siempre acompañando amorosamente. No sé qué haría sin ellas.

Y por sobre todas las cosas, gracias a mis hijas, Anaclara e Irene, que son el motor que me impulsa para todo lo que hago.

**Tabla de Contenido:**

<b>1. RESUMEN.....</b>	<b>6</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
<b>4. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO .....</b>	<b>10</b>
4.1. Comunicación en la Gestión Hospitalaria. La Comunicación Interna como dimensión estratégica.....	11
4.2. Comunicación al interior de los equipos de salud.....	15
4.3. Creación de áreas de comunicación en hospitales.....	18
4.4. Comunicación externa en las organizaciones de salud.....	20
4.5. Comunicación con los pacientes y calidad de atención.....	21
4.6. Uso de las redes sociales en la comunicación hospitalaria.....	22
<b>5. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>24</b>
5.1. Comunicación y salud pública.....	24
5.2. Los estudios clásicos sobre organizaciones desde las ciencias sociales ..	30
5.3 La comunicación en las organizaciones.....	37
5.4. Organizaciones de salud y procesos de comunicación.....	43
<b>6. MATERIAL Y METODOS.....</b>	<b>47</b>
6.1. Técnicas utilizadas.....	48
6.2. Unidades de análisis.....	50
6.3. Procesamiento del material.....	54
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
7.1. Historia de las áreas de comunicación en cada hospital.....	58

<b>7.2. Relación de dependencia y ubicación física .....</b>	<b>65</b>
<b>7.3. Relación con otras áreas y servicios .....</b>	<b>75</b>
<b>7.4. Estructura del área y recursos materiales.....</b>	<b>79</b>
<b>7.5. Funciones del área.....</b>	<b>85</b>
<b>7.6 Acciones de comunicación externa (prensa y difusión, actividades hacia la comunidad, utilización de redes sociales, relaciones interinstitucionales).....</b>	<b>91</b>
<b>7.7. Acciones de comunicación interna (acciones de comunicación dirigidas a trabajadores del hospital, comunicación en los equipos de salud).....</b>	<b>99</b>
<b>7.8. Señalética.....</b>	<b>107</b>
<b>7.9. Relación con los medios masivos.....</b>	<b>110</b>
<b>8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>118</b>
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>127</b>

## 1. RESUMEN

El tema central de esta investigación es la comunicación en las organizaciones de salud, específicamente en hospitales públicos. En los últimos años se ha ido incorporando, con distintos grados de desarrollo según los ámbitos, la mirada comunicacional en la gestión hospitalaria. Ya sea por la incorporación de profesionales de la comunicación que llevan a cabo determinadas tareas desde distintas áreas o servicios, o por la creación de áreas específicas, la dimensión comunicacional ha ido cobrando fuerza, por lo cual en esta tesis se analizarán cómo se han ido configurando estos procesos, a qué objetivos responden, qué lugar ocupan en la gestión hospitalaria y qué resultados se esperan de la puesta en juego de estrategias comunicacionales hacia adentro y hacia afuera de la institución.

La investigación está planteada desde un enfoque cualitativo, con un diseño flexible basado en la Teoría Fundamentada, surgida a partir de los desarrollos de dos sociólogos, Barney Glaser y Anselm Strauss (Strauss y Corbin, 2002). Se llevará a cabo la tarea de interpretación a partir de una ida y vuelta sistemática entre los datos y la teoría, tratándose de una investigación de carácter exploratorio y descriptivo, orientada a la construcción de un marco teórico que permita comprender la situación analizada y proponer líneas de acción futura. Se trabajará sobre cinco instituciones hospitalarias, tres de alta complejidad (una pediátrica y dos generales) y dos de mediana complejidad, cuatro de los cuales se encuentran ubicados en la provincia de Buenos Aires y uno en la provincia de Santa Cruz, a través de entrevistas semiestructuradas a los actores sociales con responsabilidad en las tareas de comunicación.

El abordaje teórico está orientado a pensar la comunicación en los servicios de salud a partir de conceptualizaciones que trasciendan la mirada clásica de la comunicación organizacional, para lo cual se considera necesario abordar el tema a partir de otros paradigmas tales como el de la complejidad, el paradigma relacional, semiótico, entre otros.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tanto desde el campo académico como el profesional en el ámbito de salud es posible constatar la importancia creciente de la dimensión comunicacional como un aspecto vinculado a la gestión hospitalaria, considerando que la misma es una herramienta fundamental para generar mejores condiciones de trabajo y mejores resultados hacia sus usuarios/as, así como también contribuye a la imagen de la organización.

En nuestro país (Argentina) en los últimos años comenzaron a surgir áreas de comunicación en hospitales públicos, particularmente en los entes descentralizados y los hospitales SAMIC (Servicio de Atención Médica Integral a la Comunidad, ley 17.102). Hospitales como el Presidente Perón, de Formosa creado en el año 2001; o el Hospital Néstor Kirchner, El Cruce, de Florencio Varela en la provincia de Buenos Aires, en el 2007, contaron con un Área de Comunicación desde su origen. El Hospital Garrahan, de Ciudad de Buenos Aires, si bien no fue creado con un área específica, en el año 2015 se dispuso la creación del Departamento de Comunicación y Prensa, por resolución 911/2015 y en el año 2016 se concursó la jefatura de departamento. Prácticamente todos los últimos hospitales descentralizados y SAMIC que se crearon, cuentan con áreas similares o bien implementan acciones de comunicación, así como también estos espacios comienzan a surgir en hospitales provinciales y nacionales con otro tipo de gestión.

Esta importancia creciente de contar con un ámbito institucionalizado para gestionar la comunicación en las organizaciones de salud, como surge tanto en la bibliografía analizada como en el análisis realizado, no siempre está acompañada de una reflexión acerca de cuál es el alcance real y las potencialidades de dichas áreas. En algunas oportunidades, incluso, si bien a nivel discursivo se resalta la importancia estratégica de la comunicación para la gestión hospitalaria, según los resultados obtenidos pareciera que aún no se ha logrado delimitar qué aspectos tienen que ver con una estrategia comunicacional, ni trascender la concepción instrumental e informacional de la comunicación.

Más allá de la declamación en torno a la importancia de la comunicación, en muchas organizaciones de salud no se ha comprendido aún el carácter transversal e integrador de la misma en relación al conjunto de las políticas institucionales. Suele predominar una mirada que hace hincapié en la necesidad de transmisión de información, ya sea a través de medios masivos, redes sociales o hacia los/las usuarios/as de dichos servicios. Si bien incipientemente comienzan a aparecer las áreas mencionadas, o personas que se ocupan de la comunicación institucional, la misma aparece en forma dispersa y con poca planificación (Poccioni, 2019).

La consideración de la comunicación como una dimensión estratégica, concebida como producción de sentido de lo que es la institución, interpelando las relaciones interpersonales, la cultura institucional, las acciones, así como la imagen y la identidad de las organizaciones de salud, no es lo habitual en este campo de acción.

De allí que en esta investigación se profundizará en torno a esta forma de entender y gestionar la comunicación en hospitales, a partir de experiencias concretas de puesta en marcha de áreas específicas, incluyendo perspectivas teóricas que pongan en el centro de la cuestión el tema de las relaciones entre las personas, donde la comunicación se concibe entonces como proceso de construcción conjunta entre sujetos a partir de discursos que se producen en una situación y un contexto determinado. Las organizaciones existen a través de las personas y de sus acciones en relación a objetivos determinados, y estas personas establecen relaciones entre sí que están mediadas por y construidas en los discursos que se producen, circulan y resignifican permanentemente al interior de dichas organizaciones.

Con esta investigación aspiramos a contribuir a generar mayor conocimiento sobre la comunicación en los procesos de atención de la salud, para establecer líneas de trabajo a futuro en pos de mejorar los procesos de comunicación, entendiendo que es fundamental la formación de profesionales de salud en este campo y es necesaria su propia comprensión de este aspecto de la atención como un problema a resolver.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivos Generales.**

1. Caracterizar las lógicas de trabajo y modelos de comunicación puestos en práctica en las áreas de comunicación de cinco hospitales públicos (tres SAMIC, uno nacional y uno dependiente de la provincia de Buenos Aires).
2. Comprender el valor que adquiere la comunicación en la gestión hospitalaria de ambos niveles.

#### **3.2. Objetivos Específicos.**

- Identificar las características de las distintas áreas de comunicación existentes en hospitales públicos, así como sus tareas y responsabilidades.
- Analizar los canales, soportes, lenguajes de comunicación interna y externa que utilizan las áreas de comunicación.
- Analizar las estrategias de comunicación para reconocer las distintas relaciones entre los actores que intervienen.
- Identificar similitudes y diferencias entre las producciones a nivel de contenido y las actividades realizadas por las áreas de los distintos hospitales según su nivel de complejidad.

#### 4. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Si bien la pregunta que motiva esta tesis gira en torno al lugar que ocupa la comunicación en la gestión hospitalaria, particularmente en el ámbito público, la exploración en torno al estado actual de conocimiento sobre el tema intentó en un principio dar cuenta de lo que se investiga actualmente en el cruce entre procesos de comunicación y organizaciones de salud. Para este fin, se llevó cabo una búsqueda de artículos desde el año 2000 en adelante, publicados en América del Sur y España, en distintos repositorios y bibliotecas electrónicas, tales como SEDICI (repositorio de la Universidad Nacional de La Plata), Scielo (Biblioteca Electrónica Científica en Línea), BVS (Biblioteca Virtual de Salud), Research Gate, entre otros sitios académicos de búsqueda bibliográfica.

Entre los criterios utilizados, además del temporal y de ubicación geográfica, se tuvo en cuenta que se tratara de investigaciones de corte empírico, indagaciones concretas o artículos que dieran cuenta de líneas de investigación en el campo.

Los trabajos relevados giran en torno a distintas dimensiones tales (entre otras) como:

- a) la comunicación en la *gestión hospitalaria*;
- b) la *comunicación interna* (al interior de los equipos, entre directivos y trabajadores - profesionales y no profesionales-;
- c) la gestión de la comunicación mediante la *creación de áreas específicas*;
- d) la *comunicación externa* en las organizaciones de salud (imagen del hospital; difusión de servicios que se brindan);
- e) la relación entre comunicación y *calidad de atención* en general;
- f) la comunicación en la *relación médico-paciente* o profesional de la salud-paciente; (como herramienta de gestión);
- g) la comunicación médico-paciente y la comunicación de malas noticias.

Este último tema, si bien es sumamente interesante y existe una gran cantidad de estudios que indagan en esa perspectiva, no será profundizado en este trabajo.

Por otra parte, es necesario aclarar que en muchos de estos trabajos se trata de instituciones con realidades diferentes a las de los hospitales públicos argentinos, aunque las cuestiones conceptuales y metodológicas pueden ser revisadas y utilizadas como marco para pensar la comunicación en todo tipo de organizaciones de salud.

#### **4.1. Comunicación en la Gestión Hospitalaria. La Comunicación Interna como dimensión estratégica.**

Son escasos los trabajos destinados a indagar en torno a los procesos de comunicación que se producen al interior de las organizaciones sanitarias, y el impacto que estos procesos tienen en la atención de pacientes/usuarios/usuarios de dichas organizaciones. En algunos casos se trata de investigaciones concretas y en otros se proponen indagaciones teóricas en torno al tema, encontrando en algunas oportunidades que se abordan las dos formas de comunicación, interna y externa, en un mismo trabajo.

Sin embargo, algunos trabajos giran en torno a establecer la necesidad de incorporar la dimensión comunicacional en la gestión hospitalaria, valorándola ya sea como una herramienta o como un “valor agregado” que permite optimizar los objetivos de las organizaciones de salud y lograr una mejor calidad de atención.

Se considera que los directivos de las organizaciones hospitalarias deberían integrarla debido a “la necesidad de un perfil del directivo del futuro donde la comunicación sea uno de los valores más importantes que tiene que tener en cuenta para la mejora de la gestión. Parece evidente que la optimización de la gestión empresarial requiere que desde la dirección se sintonice con el profesional, y esto sólo es posible si se hace uso de una adecuada comunicación.” (March et al, 2009). Esta mirada está en línea con una perspectiva empresarial, que es la que predomina en gran parte de los trabajos que circulan en torno a la comunicación organizacional.

En March et al. (2009) los autores presentan una investigación cuyo objetivo era conocer la “percepción de los directivos de los hospitales españoles sobre el desarrollo de la comunicación interna en sus centros”. Dicho estudio se realizó a través de un cuestionario autoadministrado, de respuestas escala de tipo Likert y respuestas múltiples, enviado por correo electrónico a directivos de hospitales españoles, y de la totalidad de los mismos se logró obtener 135 entrevistas con dicha modalidad. Más allá de las consideraciones que se pudiera hacer en torno a la metodología utilizada para la recolección de la opinión de los directivos en torno a la comunicación, es interesante que como punto de partida se haya tenido en cuenta la percepción de los responsables de la organización hospitalaria, ya que la gestión está teñida fundamentalmente de las características de sus gestores, además de las condiciones políticas, económicas y sociales que atraviesan toda institución de esta índole. En este trabajo, se define a la comunicación como lo que permite lograr un lenguaje común en “la empresa” (u organización), con una orientación hacia la idea de transmisión de información en tanto su cometido es “contar a la organización lo que la propia organización está haciendo, es decir, transmite la cultura de la empresa, su misión, su visión, sus valores, sus mensajes, sus objetivos generales, sus principales noticias” (March et al. 2009). Según los investigadores, de este modo se logra una mejor cohesión entre trabajadores, lo cual redundaría en eficacia y competitividad, propias de las empresas modernas. Además del enfoque empresarial, podríamos decir que predomina una concepción informacional de la comunicación, basada en la transmisión óptima de mensajes: como conclusión de su trabajo de investigación, los autores resaltan la importancia “de desarrollar canales formales bien establecidos en los planes de comunicación para que la información llegue a los públicos definidos y lo haga de la forma más clara posible”.

Entre los trabajos que destacan el valor estratégico de la comunicación interna en los hospitales, se encuentran los producidos por Medina-Aguerreberre (Medina-Aguerreberre, 2012 y Medina-Aguerreberre y Del Río Pérez, 2015; Medina Aguerreberre; González Pacanowski, 2018), quien se pregunta si la comunicación interna hospitalaria puede ser considerada una herramienta estratégica de gestión, y busca la respuesta

analizando el contexto hospitalario, el rol de la comunicación institucional en los hospitales, y el carácter estratégico de la comunicación interna. En relación al contexto hospitalario, establece que los hospitales son instituciones con una misión social que es mejorar la salud de las personas, y su característica principal es la de ser sistemas complejos formados a su vez por distintos subsistemas que deben articularse entre sí para lograr cumplir con su misión. A su vez estos subsistemas están conformados por personas, provenientes de distintas profesiones y contextos experienciales y a su vez, su tarea se desarrolla en presencia de quienes acuden a resolver su problema de salud, los “pacientes”, lo cual según el autor genera dificultades para la gestión de los procesos de atención.

Es justamente en esos procesos, tanto en la interrelación entre los subsistemas o servicios del hospital, como en la relación con sus pacientes, que Medina- Aguerrebere establece la importancia de la comunicación, tanto interna como externa, como una dimensión donde se ponen en juego las distintas concepciones, experiencias y características de los actores de dichos procesos. Podría decirse, como espacio de mediación de las prácticas y de los sentidos que las mismas generan.

Con respecto al rol de la comunicación institucional, al igual que March (2009) parte de una concepción corporativa, que se adecua mejor a los hospitales privados. La vincula con la idea de “marca” o identidad, abarcando bajo ese nombre los valores, misión, visión, cultura e imagen de la institución. “La organización hospitalaria puede y debe apostar por el desarrollo de una arquitectura de marca que sienta las bases de su política de comunicación institucional” (Medina-Aguerebere, 2012). Sin embargo, es consciente de las dificultades propias del ámbito hospitalario, aunque insiste en la necesidad de imponer de algún modo a la comunicación institucional interna y externa como actividad estratégica, ya que la misma genera desde su perspectiva varios beneficios para la organización, uno de los cuales constituye la satisfacción de los propios pacientes. “La comunicación es un proceso relacional global que va más allá del mero intercambio de elementos informativos (Condit, 2005, como se citó en Medina-Aguerebere, 2012) y que influye positivamente en el funcionamiento de las instituciones”. Aquí podemos ver una conceptualización más amplia de la comunicación, no sólo como transmisión de información sino también como proceso

relacional que influye directamente en los procesos, más en línea con una perspectiva sistémica de la comunicación.

El autor identifica lo que denomina “intangibles” del proceso hospitalario, refiriéndose de este modo a las características sociales, culturales, emocionales que atraviesan tanto el acto médico como la atención hospitalaria en general. Afirma que dichos intangibles, como así también la gran cantidad de personas que intervienen en la actividad hospitalaria y su diversidad en cuanto a roles y funciones, y por lo tanto la necesidad de una buena coordinación entre ellos, son algunas de las razones para considerar a la comunicación interna como fundamental para el hospital, dentro del campo de la comunicación institucional.

Toma la siguiente definición de comunicación institucional de La Porte: “Tipo de comunicación que favorece o promueve relaciones eficientes entre las personas que configuran los públicos internos de una organización, y que genera la confianza necesaria para coordinar adecuada y responsablemente todos los recursos disponibles en la consecución de la misión compartida. Su objetivo es mejorar la calidad del trabajo de la organización y llevar a cabo con mayor perfección la realización de su misión” (LaPorte, 2001).

La comunicación adquiere valor estratégico en el ámbito hospitalario porque influye positivamente en empleados, pacientes y la institución en su conjunto. Cuando describe en qué aspectos se daría esa influencia positiva, se refiere a la información que circula al interior del hospital, necesaria para poder llevar adelante la tarea y para generar condiciones favorables de trabajo. A su vez, la información se refiere a varios temas: lo que llama la “arquitectura de la marca” o identidad, las estrategias y objetivos, las opciones de capacitación para el personal. Al existir un flujo informativo de estas características, según el autor, se mejora el trabajo en equipo y la coordinación de tareas, bajando así el nivel de estrés y generando mayor confianza entre los trabajadores. Es decir que, para Medina Aguerrebere, la información crea lazos sociales, lo cual es importante fundamentalmente en situaciones de cambio o crisis en la institución, ya que la comunicación interna podría ayudar a empleados y a la organización a adaptarse a las nuevas situaciones. “La verdadera utilidad de la

comunicación interna reside en su capacidad para ayudar a los empleados a convertir la estrategia en acción” (Quirke, 2000, como se citó en Medina-Aguerreberre, 2012).

Asimismo, el autor afirma que la comunicación interna influye positivamente en el funcionamiento organizacional del hospital, sobre todo en relación a la gestión de procesos internos, la optimización de los costes y la atención al paciente.

El autor concluye entonces que la comunicación interna debe considerarse una herramienta de gestión, ya que persigue distintos objetivos, recurre a diferentes estrategias y soportes de comunicación, influye en varios aspectos de la organización y concierne a todos los empleados, de allí que requiera de una gestión estratégica desde la dirección para orientar dicha actividad a la consecución de las metas del hospital. Además, es una herramienta estratégica de dirección porque muchas de las iniciativas que se llevan a cabo influyen en la calidad del servicio que se ofrece a los pacientes y por lo tanto, a la satisfacción del paciente y la marca de la institución. Finalmente sostiene que debe haber un departamento de comunicación interna que “asuma esta actividad de una forma autónoma y protocolizada (creación de protocolos y de un plan oficial de comunicación interna) en la que la colaboración con los demás departamentos de la institución, por un lado, y la formación del profesional de la salud en el ámbito de la comunicación interna, por otro, constituyan sus dos principales áreas de actividad”. Más adelante nos referiremos a los trabajos identificados en torno a esta idea.

#### **4.2. Comunicación al interior de los equipos de salud**

Otra forma de referirse a la comunicación interna en las organizaciones de salud es a través del análisis de lo que sucede al interior de los equipos de salud, sean de una misma profesión (entre médicos/as, enfermeros/as) o cumplan diferentes roles y funciones. En esta línea, es interesante el cruce que se realiza en algunos trabajos entre comunicación y seguridad del paciente, siendo este último un tema de mucha actualidad en el campo de los estudios sobre calidad de atención. Una de las bases de los desarrollos en torno a seguridad del paciente es el aforismo hipocrático *Primum*

*non nocere* (definido como “antes que todo no dañar”), y que apuntaba a que el médico no estaba obligado a curar a su paciente pero sí a no dañarlo, o perjudicarlo en el proceso de atención. Actualmente existe una percepción extendida de que la comunicación es uno de los factores que influye en la generación de errores o “eventos adversos” en el proceso de atención de la salud, y que pueden tener consecuencias terribles para la vida del paciente. De allí que comience a ponerse en foco este tema, al igual que hace unos años se hizo en el ámbito industrial para evitar accidentes de trabajo. Con esa misma lógica, existen algunos trabajos orientados a reconocer que una “apropiada comunicación” es “uno de los factores centrales que sustentan la seguridad y calidad del trabajo en equipos que desempeñan actividades complejas” (Ceriani Cernadas, 2014). Sin embargo lo que parece predominar en los equipos médicos es más bien una “comunicación ineficiente entre los profesionales y con el personal administrativo” (Ceriani Cernadas, 2014), lo que no permite mejorar la seguridad del paciente sino más bien perjudicarlo. Según este autor, una revisión de eventos que han provocado muerte o daño grave, denominados eventos centinela, (más de 3500) realizados por la Joint Commission de EEUU “determinó que el 60% de las muertes y 50% de los daños graves se debieron a un fracaso en la comunicación del trabajo en equipo” (Ceriani Cernadas, 2014).

Por otra parte, existen trabajos que se interesan en analizar qué sucede en la comunicación entre profesionales de salud en un momento específico de la tarea hospitalaria como es el “pase de guardia”. Evidentemente existe la percepción de que hay allí un problema, ya que es un tema que comienza a surgir mayoritariamente en el área de enfermería, ya que en el campo médico no suele existir bibliografía al respecto.

El objetivo que orienta estos estudios está vinculado al que señalábamos en relación a seguridad del paciente, de evitar complicaciones innecesarias que redunden en un perjuicio para el paciente. Un ejemplo es el trabajo realizado en el Comité de Investigación en Educación Médica del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires, de alto prestigio en nuestro país. Eymann y otros autores (2014) llevan a cabo un estudio de percepción de la calidad de la comunicación en el pase de guardia en las áreas de cuidados intensivos de dicho hospital, observando la información sobre los pacientes que reciben los médicos al realizar el



pase y la posibilidad de confundir la información de un paciente con la de otro. Si bien no expondremos aquí los resultados, nos interesa señalar que en este trabajo se entiende el pase de guardia como un “proceso interactivo de comunicación de datos específicos del paciente y de transferencia de responsabilidades con el propósito de mantener la continuidad de la atención en forma segura” (Eynmann et al., 2014). En la medida que se omitan o distorsionen datos en ese proceso de comunicación, pueden llegar a producirse errores médicos y repercutir en los cuidados que debe recibir el paciente. Un aspecto interesante de este estudio es que se busca identificar cuáles son las causas que llevan a que se generen dificultades en el intercambio de información en el pase de guardia, para poder intervenir para realizar mejoras.

Si bien en este caso se refiere fundamentalmente a la comunicación entre médicos, como hemos señalado la misma preocupación aparece entre los enfermeros/as de los hospitales. Dan cuenta de ello estudios como los de Rivero Rosales et al, (2016); Guevara Lozano y Arroyo Marles (2015), donde se insiste en la idea de “fallas” en la comunicación en el pase de guardia e impacto negativo para la seguridad del paciente.

Otra mirada sobre la comunicación en los equipos de salud hace foco en la eficacia para el cumplimiento de las tareas, como por ejemplo el trabajo de Alonso et al. (2011). Este estudio se concentra en la comparación entre el clima emocional, la calidad de la comunicación, la valoración de responsables y dirección, la relación entre compañeros y los indicadores de resultados obtenidos en dos servicios tradicionales y una unidad de gestión clínica.

Los investigadores concluyen que la modalidad organizativa de unidad de gestión clínica favorece una mejor comunicación interna ya que el contexto hospitalario es un espacio “con interacciones y relaciones dinámicas, cuya complejidad favorece la existencia de mayor egoísmo y competitividad”. En la Unidad de Gestión Clínica las relaciones resultaban ser comparativamente mejores y caracterizadas por darse en forma óptima entre mujeres, de allí que concluyen que “un modelo organizativo basado en la participación activa de los profesionales, en una comunicación positiva y en el compromiso profesional lleva a mejores resultados de trabajo y al establecimiento de relaciones interpersonales más positivas”. También señalan el lugar central que

ocupan en estas prácticas los responsables de estas áreas y marcan como una cuestión importante a tener en cuenta que las características de la organización condicionan el modo de comunicación al interior de los equipos hospitalarios, siendo necesario indagar sobre dichas características y sobre dichos procesos de comunicación a la hora de diseñar medidas de mejora para el hospital.

### **4.3. Creación de áreas de comunicación en hospitales.**

En línea con lo planteado por Medina Aguerrebere en relación al valor estratégico de la comunicación interna para la gestión hospitalaria, varios trabajos remiten al análisis y propuestas en torno a la creación de áreas específicas, o departamentos, o lo que en España se conoce como Gabinetes de Comunicación en los hospitales. En ese sentido, Costa Sánchez (2011) analiza dichos departamentos o gabinetes en los hospitales públicos de Galicia asumiendo la importancia de la comunicación como “herramienta imprescindible para conseguir una imagen positiva interna-externa y en relación con los usuarios”.

A través de un estudio cuali-cuantitativo, da cuenta del relevamiento de 15 hospitales españoles encontrando que en 6 de ellos existía un gabinete de comunicación. Dichos hospitales compartían características similares, ya que se trataba de complejos hospitalarios (es decir, que agrupan varios hospitales y especialidades, generalmente de alta complejidad), de más de 250 camas y con una gran cantidad de empleados.

Para Costa Sánchez (2011), “la comunicación constituye el elemento que aporta valor añadido al servicio hospitalario, pues a través de la comunicación puede adaptarse el servicio (hospitalario) a la idiosincrasia y necesidades de cada paciente”. Y esto produce usuarios satisfechos o con una buena valoración de la calidad de atención recibida.

Para esta autora, al ser la comunicación parte de los servicios que se les brindan a los usuarios, es fundamental que exista un área que pueda gestionarla, tanto en relación a necesidades internas como externas. Esta área, denominada gabinete o

departamento, “debe encargarse de “diseñar, planificar, ejecutar, evaluar y coordinar la estrategia comunicativa – hacia adentro y hacia afuera- que desea llevarse a cabo.”

Si bien en España desde hace unos veinte años cobró impulso la importancia de la comunicación hospitalaria y la necesidad de contar con un área de estas características, tanto en el ámbito público como en el privado, comparten con nuestras escasas áreas de comunicación en hospitales el problema de que las mismas quedan relegadas la mayoría de las veces a funciones vinculadas únicamente a los medios masivos de comunicación.

En la misma línea, Medina-Aguerreberre y Del Río Perez (2015) avanzan en la propuesta de cómo deberían estar organizadas estas áreas o Departamentos de Comunicación Institucional, cuyas funciones abarcarían la comunicación interna, externa, las relaciones con los medios, la organización de eventos, entre otras. Entre todas ellas, destaca lo que denomina la definición de la arquitectura de marca del hospital, es decir, su identidad, valores, misión, visión, cultura e imagen. El modelo de organización en el que están pensando, obedece a la lógica de los hospitales privados, para los cuales la imagen es muy importante en tanto deben “captar” a sus pacientes, entendidos como “clientes”, que tienen distintas opciones de servicios de salud y por lo tanto hay que convencerlo de que va a cubrir su expectativa en cuanto a atención de la salud. Parte de la idea de que “cuando un cliente entra en contacto con una marca, éste juzga si la imagen que él tiene de la misma es coherente con la realidad que se vive en ella (Quirke, 2000). Por eso, el Departamento de Comunicación Institucional, antes de implantar ninguna iniciativa concreta de comunicación, define la arquitectura de marca para, de este modo, cohesionar dichas iniciativas e influir positivamente en las percepciones de los *stakeholders* del hospital: pacientes, periodistas, autoridades públicas, etc”. (Medina-Aguerreberre y Del Río Perez, 2015).

Un trabajo interesante es el realizado por Bustos Salinas (2017) quien realiza un análisis comparativo de los departamentos de comunicación en el ámbito sanitario en dos comunidades autónomas de España, Castilla y León, y Galicia, con el objetivo de analizar el rol de dichos departamentos y analizar el tipo de noticias y de información sanitaria que circula en torno en estas comunidades. Plantea que si bien la información

sobre salud ha tenido un crecimiento importante y se han multiplicado los departamentos de comunicación en los hospitales españoles, generando un mayor caudal de información a través de los medios masivos, esto no necesariamente ha implicado una mejor calidad de dicha información. A su vez, frente al aumento del interés de la población en relación a los temas de salud, es necesario que las organizaciones sanitarias incorporen esta tarea dentro de sus funciones habituales. Para la autora, este interés creciente que tiene la población pone de manifiesto la necesidad de contar en las organizaciones de salud con departamentos de comunicación “con funciones de relaciones públicas en su actividad diaria; es decir, formar parte o tener acceso a la dirección del centro, planificar y evaluar adecuadamente las labores de comunicación, segmentar y comunicarse con los diferentes públicos, mantener planes de actuación para posibles conflictos y fomentar las relaciones sociales” (Bustos Salinas, 2017).

#### **4.4. Comunicación externa en las organizaciones de salud.**

Los trabajos que giran en torno a las estrategias de comunicación externa suelen estar orientados por el marco conceptual del marketing o “mercadeo”, sobre todo si tenemos en cuenta que se trata de hospitales privados que, como ya dijimos, necesitan proyectar hacia la población una imagen de calidad, eficiencia y eficacia en la búsqueda de resultados a los problemas de salud que allí se traten (Sanguino Galván y Arroyo Mena, 1999). Los trabajos relevados son en general tesis de grado y posgrado, o proyectos de investigación, en los cuales o bien se realiza una descripción de los medios y estrategias que utilizan los hospitales para difundir sus servicios (Pelitti, 2016) o bien se realizan propuestas de planes de comunicación en ese sentido. Existen incluso planes y manuales de comunicación en algunos hospitales donde se detallan las actividades propuestas para cada uno de los públicos del hospital. Algunos ejemplos de estos manuales son:

- Manual de Comunicación del Hospital El Buen Samaritano (2017), de Colombia, donde se plantea que “la comunicación permite a la entidad pública interrelación

con sus grupos de interés externos e internos, facilitando sus objetivos institucionales y sociales. Garantizar la circulación suficiente y transparente de la información hacia las diferentes partes interesadas, promover la participación ciudadana, en el control de la gestión, la rendición de cuentas a la ciudadanía, son todas las acciones que reorientan el quehacer institucional hacia la transparencia, eficiencia, eficacia y efectividad de la administración pública”.

- Plan de comunicación y mapa de relaciones 2017-2021, Unidad de Comunicación OSI Donostialdea, Hospital Donostia del País Vasco, que se enmarca en el Plan Estratégico y plantea que los esfuerzos del área de Comunicación deben estar orientados a “apoyar y desarrollar las líneas estratégicas del Plan, utilizando nuestros soportes y herramientas habituales y buscando otras nuevas”. A su vez orientan las acciones a la gestión del conocimiento, a “pensar en los usuarios/as –pacientes escuchando sus necesidades, participando y definiendo el nuevo modelo de Servicio de Atención al paciente”, entre otras acciones dando cuenta de una visión integral de la atención de la salud y una preocupación en torno a mejorar la comunicación tanto hacia afuera como hacia adentro de la institución.

#### **4.5. Comunicación con los pacientes y calidad de atención.**

Si bien no vamos a profundizar en esta línea de trabajo, por demás interesante, que es la comunicación médico(a)/paciente, o entre profesionales de la salud/pacientes, hemos encontrado algunos trabajos que incluyen esta temática dentro de lo que es necesario estudiar al interior de los hospitales en relación a la comunicación. Se incluye esta dimensión para identificar indicadores de satisfacción de usuarios/as o pacientes de los servicios de salud, indicando que a mejor calidad de comunicación/información, mayor satisfacción por parte de los usuarios. Existen estudios que toman situaciones particulares, como el estudio de la comunicación que reciben las mujeres primíparas en un servicio de salud (Díaz-Sáez et al., 2011); con pacientes oncológicos (Rennó y Campos, 2014; Domínguez Nogueira et al 2007) así

como artículos que analizan a la comunicación interpersonal como factor de satisfacción (Dierssen Sotos et al 2009; Dios Guerra et al 2013) y el *counseling* o consejería como herramienta para mejorar la comunicación con el paciente (Martí-Gil et al. 2013). En general estos trabajos se enmarcan en el campo de estudios sobre calidad de atención en salud, e incluso pueden vincularse a otra línea de investigación en torno a lo que se denomina “humanización” de la atención (Gonçalves de Oliveira, et al 2006). Se trata de trabajos que incluyen a la comunicación como un indicador para medir la calidad de las organizaciones de salud (Poccioni, 2015).

#### **4.6. Uso de las redes sociales en la comunicación hospitalaria**

Otra línea de trabajos que ha surgido en estos últimos años se relaciona con el uso cada vez más frecuente que tienen las organizaciones de salud de los recursos que permite internet, ya sea a través de las páginas web, o por medio de distintas redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, YouTube). González Pacanowski y Medina Aguerrebere (2018) analizaron a partir de la información disponible en el Catálogo Nacional de Hospitales publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España en 2017, la situación de hospitales públicos y privados en relación al manejo de redes sociales, página web y blog. A partir del análisis de cuántos de estos hospitales hacían uso de dichas herramientas, los autores reafirman la importancia que tienen las mismas para la identidad corporativa considerando que “la gestión de la identidad digital constituye una prioridad estratégica para todos los hospitales” (González Pacanowski y Medina Aguerrebere, 2018). Señalan la necesidad de contar con personal adecuado para el manejo de estos dispositivos, siendo fundamental definir previamente qué es lo que el hospital quiere transmitir de su identidad, y establecer una estrategia de comunicación en ese sentido. Por supuesto que esto plantea cuestiones como las referidas a privacidad, seguridad, gestión de la identidad, sobre las cuales es preciso reflexionar y formar a profesionales de la salud “en habilidades de comunicación online para que logren transmitir correctamente la identidad del hospital a los distintos públicos con los que interactúan,

especialmente con los pacientes” (González Pacanowski y Medina Aguerrebere, 2018).

Por su parte, Bustos Salinas (2021) realiza un estudio comparativo entre hospitales de Colombia y de España en relación al uso de las redes sociales, y parte de la hipótesis según la cual “cuantos más recursos sanitarios tenga un país, mayores cifras de actividad comunicativa en redes sociales tendrán los hospitales” a través de las redes. Analiza la presencia en Facebook, Twitter, YouTube e Instagram de los hospitales más reputados de Colombia y España, que si bien tienen cifras de población similares, poseen diferentes características económicas y sanitarias. Analiza 165 perfiles y concluye que no hay una relación directa entre nivel de prestaciones sanitarias y actividad en redes sociales e interacción con los “internautas” (las personas que utilizan o “navegan” en las redes sociales): “que un país tenga más recursos sanitarios no implica que tenga una mayor presencia y actividad en redes sociales por parte de sus hospitales ni que el público interactúe más con ellos” (Bustos Salinas, 2021).

No vamos a referirnos aquí a los trabajos sobre uso de redes en pandemia, quedará para un futuro trabajo de investigación.

## **5. MARCO CONCEPTUAL**

### **5.1. Comunicación y salud pública**

En los últimos años hemos presenciado un importante desarrollo del campo denominado “comunicación y salud” tanto en ámbitos académicos como en el campo de las políticas públicas de salud. Desde la comunicación, se va incorporando el ámbito de la salud como un espacio para la intervención y para la investigación, y desde la salud, se consolida la idea de la centralidad de la dimensión comunicacional para comprender las prácticas de salud a nivel individual y colectivo, para llevar a cabo estrategias de promoción y prevención, para pensar las organizaciones y servicios de salud, para la implementación de políticas de salud, entre otros aspectos.

Pero también el campo de la salud ha estado sujeto a distintas concepciones y posturas, y aún lo sigue estando, a distintos paradigmas o modelos que han ido transformándose a lo largo del tiempo. El propio concepto de salud ha sido construido social, cultural e históricamente, y ha ido adquiriendo distintas significaciones según los grupos sociales y contextos de utilización. Para pensar cómo ha ido incorporándose la necesidad de trabajar desde la comunicación en el campo de la salud pública, podríamos ubicarnos en esta idea de paradigmas y concepciones en pugna, y partir del paradigma que ha sido hegemónico, y aún lo es en cierto sentido, el modelo biomédico, para analizar cómo las distintas críticas y concepciones contrahegemónicas han ido dando paso a la consideración de la comunicación.

El modelo biomédico se constituyó bajo el amparo del positivismo durante el siglo XIX, con el concepto de salud en tanto una cuestión individual, biológica, con una mirada hacia las personas a partir de una fuerte separación de mente y cuerpo, como ausencia de enfermedad, entendida la enfermedad fundamentalmente como de origen infeccioso, como resultado de una única causa. Sin embargo, durante el siglo XX, distintos descubrimientos científicos, la aparición de nuevas enfermedades, como así también la discusión más política en torno a la salud pública, fueron dando paso a nuevos modelos o paradigmas desde los cuales pensar la salud.



Un momento de quiebre en este sentido surgió a partir del Informe Lalonde, en los años 70 y puso de relieve el concepto de “campo de la salud”. Marc Lalonde, a cargo del Ministerio de Salud Pública de Canadá, en 1974 encargó un estudio a un grupo de epidemiólogos para que investigaran las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses. Este estudio, conocido como Informe Lalonde, denominado *New perspectives on the Health of Canadians*, es considerado un hito en el campo de la Salud Pública. Para entender el contexto, cabe señalar que en la década del 70 en Canadá, luego de la expansión de los servicios de salud, había comenzado un período de consolidación de la atención en salud, marcado por el contexto general de los países desarrollados en cuanto a la disminución significativa de la mortalidad, en gran medida debido a mejoras en el nivel de vida de la población. Comenzaron a surgir nuevos enfoques de promoción de la salud con gran impacto tanto en territorio canadiense como fuera del país. Problemas como las enfermedades crónicas, los accidentes automovilísticos, la contaminación, el consumo de tabaco, hicieron que la atención se enfocara en cómo modificar esas conductas, por medio de la prevención y la promoción de la salud, para lo cual se tomaban como modelo algunas de las estrategias del marketing para el armado y transmisión de los mensajes.

Esta preocupación estaba unida al alto costo de la asistencia médica en los servicios de salud, cuya proyección daba cifras altísimas, lo cual dio lugar a estudios sobre cómo organizar la atención de la salud de manera más eficiente, en términos económicos. En este contexto, Lalonde introdujo el concepto de campo de la salud como un modelo de análisis que permitió comprender cómo es que la salud de una población depende de un conjunto de componentes, y que la biología y la atención médica no alcanzan para comprenderla. Es necesario trascender el modelo biomédico para poder establecer las causas por las cuales las personas se enferman, y es por esto que los componentes del campo de la salud que identificó fueron: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de la atención de la salud. Estos componentes fueron puestos en un mismo plano, lo cual constituyó un cambio importante con respecto al modelo biomédico, considerado una bisagra entre el predominio de la mirada biomédica, biologicista, centrada en la atención, y las perspectivas que pusieron en juego la idea de los determinantes de la salud, y que

fueron complejizándose cada vez más. El informe generó polémica en la medida en que señaló que el sistema sanitario por sí solo no podía garantizar la salud de la población, siendo incongruente que, a pesar de eso, se destinara gran parte del presupuesto a los servicios de salud y no a acciones destinadas a la modificación de estilos de vida, o a acciones destinadas a la protección del medio ambiente. A partir de este enfoque, que si bien no fue el único tuvo una gran repercusión, comenzó a pensarse fuertemente en la necesidad de realizar promoción de la salud, aunque desde un lugar vinculado a la responsabilidad individual, dejando de lado los contextos políticos, económicos y sociales que determinan los comportamientos humanos.

Si bien el campo de la comunicación en salud comenzó a desarrollarse a partir de los años 80, es decir unos años después de la publicación del Informe Lalonde, estuvo muy emparentado con el enfoque de “promoción de la salud” al que dicho informe dio lugar. La declaración de Alma Ata en 1976 recogió dos grandes objetivos del informe, la prevención y la promoción, estableciendo que la clave para desarrollar estos objetivos es la “atención primaria integral”, es decir la prestación a toda la población de un conjunto de servicios indispensables para su salud, con la participación de la comunidad y la vinculación intersectorial.

En el año 1986, nuevamente en Canadá, en la ciudad de Ottawa, se reunió la Primera Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y con la participación de 112 delegados de 38 países, y como resultado surgió la Carta de Ottawa, donde la promoción de la salud consistió en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

Para esto, se proponían diversas estrategias, tales como creación de una política pública saludable, creación de entornos que apoyaran la salud, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales, la reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud, además de la prestación de servicios asistenciales, y en cada una de estas estrategias es factible incorporar la dimensión comunicacional

Esta ampliación de la mirada, gracias a lo señalado en el Informe Lalonde y profundizada en la Carta de Ottawa, se suponía que permitiría a los gobiernos saber hacia dónde dirigir sus políticas y programas de salud con el objetivo de generar las condiciones para que los ciudadanos adoptaran una conducta saludable. Sin embargo, a pesar de la claridad del diagnóstico, era evidente que no se lograban los resultados esperados. Fue allí donde se abrió la puerta al trabajo interdisciplinario, al diálogo de los profesionales de la salud con otras disciplinas con desarrollo en el campo de lo social y lo individual, y en un principio, la comunicación fue incorporada con una perspectiva fuertemente instrumental: si los medios de comunicación tenían tanto éxito para imponer que los individuos compraran determinado producto o votaran por cierto candidato, entonces debían utilizarse las técnicas de la propaganda y los medios de comunicación para generar el mismo resultado en el campo de los comportamientos humanos, para que fueran en línea con lo considerado “saludable” o esperado para mantener la salud.

A partir de los 80 se fue instalando la comunicación como un componente más de los sistemas de salud y como parte indispensable de las acciones de prevención y promoción de la salud. Para la Organización Mundial de la Salud (1998) la comunicación es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener los temas importantes en la agenda pública. Poco a poco se la fue incorporando en los planes y programas de salud, ya sea a partir del uso de los medios tecnológicos como a través de estrategias no tecnológicas, para distintos propósitos y en diferentes formas. Fundamentalmente se propició la búsqueda de mensajes que tuvieran impacto en la población para dejar conductas tales como fumar o tomar alcohol, así como para adoptar otras como comer en forma saludable, practicar ejercicios, etc. Hay autores que designan este tipo de comunicación orientado al cambio de conductas como *Health Communication*, por su mayor éxito en EEUU, con una orientación fuertemente hacia los efectos. Existen diversas definiciones de *Health Communication* que van en línea con lo manifestado anteriormente. Según la OPS, "es un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos" (Coe, 1998). Otros estudios también resaltan la idea de

que el uso de tecnologías de comunicación puede influenciar positivamente las decisiones individuales y colectivas que afectan la salud. Al hablar de “cambio de conducta” se refieren a acciones muy distintas tales como el incremento del uso de los servicios de salud, la aceptación y seguimiento de tratamientos o la participación social en programas de detección precoz; también se refieren a modificar la forma en la que las personas viven su vida cotidiana, particularmente al integrar el concepto de estilos de vida saludable, como se planteaba en el Informe Lalonde. Dan cuenta de estas distintas perspectivas para el abordaje de la relación entre comunicación y salud trabajos como los de Cuberli (2008); Cuberli et al (2004) entre muchos otros.

Al estar los estilos de vida por fuera del control de los servicios sanitarios ya que dependen de decisiones individuales, la comunicación en salud apareció con fuerza como la posibilidad de “influir” de algún modo en esas decisiones. Esta idea tuvo un fuerte respaldo de instituciones como el Banco Mundial, la OPS, la OMS, aunque en América Latina, ya en 1921 en México y en 1923 en Brasil habían surgido estructuras institucionales vinculadas a la idea de “educación y propaganda” (Araújo y Cuberli, 2015).

Distintos documentos de la Organización Mundial de la Salud así como de otros organismos internacionales, han sido claves en la incorporación de la dimensión comunicacional al diseño e implementación de políticas de salud: la ya mencionada carta de Ottawa (1986), la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), la Declaración de Yakarta (1997), son hitos fundamentales en este sentido.

Podríamos decir entonces que el interés y la necesidad de incluir a la comunicación en las políticas de salud estuvieron en su origen vinculado un modelo fuertemente orientado al diseño de estrategias para el cambio de conducta o para la adquisición de hábitos saludables en la población. Con la aparición de perspectivas como la de salud colectiva, así como la profundización de la discusión en torno a la Atención Primaria de la Salud, se fue dando paso a enfoques más complejos y con una fuerte mirada sobre los procesos colectivos y la participación social.

Si bien en el campo de la salud es más frecuente la visión instrumental de la comunicación, en tanto uso de herramientas, generalmente tecnológicas, para la

consecución de determinados fines, desde el espacio académico una visión más estratégica de la comunicación fue ganando terreno en Argentina. En este sentido, algunas perspectivas son las desarrolladas por Uranga (2001), Bruno y ot. (2013); Casas, Cuberli, Demonte (2004); Massoni (2004, 2007a, 2007b).

En los últimos años se ha desarrollado con fuerza un campo de estudios e intervenciones en el cruce de comunicación y salud, siendo en Argentina un antecedente importante en los años 90 investigaciones como las llevadas adelante por Petracci, et al (1998) quienes investigaron sobre las representaciones en torno al sida y al papel de los medios de comunicación en ellas, así como sobre los modelos político-comunicativos del sida y el cólera en la Argentina. En sus trabajos, señalaban la importancia de considerar a la comunicación en la implementación de programas asistenciales y el lugar de los medios masivos, asumiendo que políticas de salud y sistema de medios “se han cruzado –exceptuando algunos casos– de un modo errático, discontinuo y, muchas veces, contradictorio (Petracci et al, 1998).

Para Petracci, et al. (1998), “el componente comunicativo de una política social es un elemento fundamental para garantizar el acceso de la población a los bienes públicos”. En igual sentido, Araujo y Cuberli (2015 p. 56) señalan “las políticas se tornan públicas cuando contemplan intereses públicos y cuando dejan de ser tan solo documentos, al circular y ser apropiadas por la población”. Es decir, no se trata de pensar en la comunicación como mera posibilidad de difusión o información publicitaria de una política; la comunicación “debe ser siempre un componente interno de la política social, desde su gestación y diagnóstico hasta la evaluación de sus efectos, una vez llevada a cabo” (Petracci et al, 1998). Años después, seguimos pensando en esta tensión permanente entre la visión instrumental/informacional y una visión relacional de la comunicación, la cual sigue siendo fuertemente tematizada, investigada y reflexionada en distintas publicaciones (Bruno y Demonte, 2015; Regis, 2007; Lois, 2013; Cuberli, 2008).

A su vez, Massoni (2007a) considera la comunicación como “espacio de encuentro de las alteridades socioculturales” y propone pensarla como “fenómeno situacional,

complejo y fluido”. La dimensión comunicativa “implica, ante todo, una mirada que rebasa la hegemonía de la emisión para centrarse en el otro (...). Reconocer que estos mundos de vida permanentemente interactúan y que al hacerlo construyen la dinámica social” (Massoni 2007a).

Es en esta tensión en donde se van llevando a cabo distintas reflexiones a partir de investigaciones y análisis que tratan de incorporar miradas más innovadoras desde la perspectiva de la comunicación social, evitando caer en los reduccionismos que impiden pensar los procesos de comunicación en toda su complejidad.

## **5.2. Los estudios clásicos sobre organizaciones desde las ciencias sociales**

El estudio de la comunicación en las organizaciones de salud no puede prescindir de un análisis más amplio acerca del funcionamiento organizacional en general. El estudio de las “instituciones” tiene una larga historia en las ciencias sociales, desde la escuela sociológica francesa –cuyo principal referente fue Emile Durkheim- hasta el funcionalismo británico en la figura del etnógrafo Bronislaw Malinowski. Mientras que la escuela francesa postula a la sociología como la ciencia de las instituciones, y a estas últimas como sistemas mediante los cuales es plausible aprehender las categorías inconscientes que utilizan los grupos humanos para organizar sus modos de vida; Malinowski propone a la etnografía como el estudio de las funciones de las instituciones para la satisfacción de distintas necesidades biológicas y sociales.

En las Reglas del Método sociológico Durkheim llama institución a todas las creencias y a todas las formas de conductas instituidas por la colectividad. Considera que “las maneras colectivas de obrar o de pensar tienen una realidad independiente de la de los individuos, la cual se conforma a aquella en todos los momentos. Son cosas que tienen su existencia propia, el individuo las encuentra completamente formadas, y no puede hacer que sean o que no sean de otra manera de lo que son: está pues, obligado a tenerlas en cuenta y le es tanto más difícil (no decimos imposible) modificarlas, en cuanto, en grados diversos, participan de la supremacía material y moral que la sociedad tiene sobre sus miembros” (Durkheim, 1994). Para este autor

un elemento vital para comprender las instituciones es considerarlas como el resultado de la vida en común.

Por su parte, Malinowski plantea que “una institución es un sistema especializado de actividades comunes, pautadas, orientado a la satisfacción de una determinada necesidad humana” (Malinowski 1966). “Es una unidad funcional concreta es decir puede ser observada como un agrupamiento social definido cuya función social es siempre la satisfacción de una necesidad...existen objetos que pueden pertenecer a diferentes instituciones y desempeñar papeles diferentes en cada una de ellas. Una institución resulta ser un modo de reproducción humana legalizada y sometido a normas. El estatuto normativo responde siempre a un deseo o a una serie de motivos, a un propósito común. Está incorporado a la tradición o respaldado por la autoridad tradicional” (Malinowski, 1966). Es notoria la consideración del carácter material de una institución en esta postura y la importancia de las normas como reguladoras de esa materialidad. Aquí es posible aprehender las normas y la institución es solo la manifestación material de las mismas.

En otra obra clásica, el antropólogo M. Herskovitz (1968) destaca la importancia de las instituciones en el proceso endoculturación: “sin las instituciones sociales que suministran los mecanismos para la regulación de la conducta, la integración del individuo a la sociedad no sería posible...”. En el proceso de endoculturación un individuo aprende las formas de conducta que acepta su grupo. Lo hace tan bien que raramente sus pensamientos, sus valores, sus actos entran en conflicto con los de sus compañeros de sociedad. Por consiguiente la vida del grupo puede ser “cosificada”, “reificada” en una serie de instituciones capaces de ser descritas objetivamente como si existieran con independencia de la gente que vive de acuerdo a ella. Este es el modo como se nos presenta la mayor parte de los estudios etnográficos de la cultura.” (Herskovitz, 1968).

En otra línea teórica si bien dentro del estructural-funcionalismo, encontramos la Teoría de la Acción Social de Talcott Parsons. Este sociólogo entiende por institución al “complejo de integraciones de rol institucionalizadas que tiene significación estructural en el sistema social en cuestión”. Hay que considerar que la institución es

una unidad del sistema social de orden más alto que el rol, ciertamente se constituye por una pluralidad de pautas de rol interdependientes o componentes de ellas” (Parsons, 1981). Las reglas definen las pautas de rol que estructuran un determinado sistema: “En la medida en que un conjunto de estos roles posee un significado estratégico para el sistema social, puede llamarse institución al complejo de reglas que define su comportamiento esperado”.

Hasta aquí se evidencia un predominio de una visión colectivista de la acción humana. La tensión individualismo/colectivismo ha caracterizado las formulaciones teóricas en torno al valor de las instituciones para la vida social.

Berger y Thomas Luckmann (2003) en “La construcción social de la realidad” intentan superar la dicotomía individual/colectivo a través de un modelo dialéctico de la relación entre los individuos y las instituciones de la sociedad. Proponen la habituación como el proceso mediante el cual se erigen las instituciones. Todo acto que se repite con frecuencia, crea una pauta que puede reproducirse con economía de esfuerzo esto se llama habituación. “La habituación comporta la gran ventaja psicológica de restringir las opciones” (Berger y Luckmann, 2003). Para estos autores, si bien la habituación también se da en un individuo aislado, lo que les interesa es ver el papel que juega la habituación en el origen de las instituciones. Plantean que la institucionalización surge al haber una “tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores” (Berger y Luckmann, 2003). Esta tipificación se comparte en un determinado grupo social, y es la propia institución la que tipifica a actores individuales así como a sus acciones.

“Las instituciones implican historicidad y control. Las tipificaciones recíprocas de acciones se construyen en el curso de una historia compartida. Es imposible comprender qué es una institución, si no se comprende el proceso histórico en que se produjo. Por el hecho de existir también controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada en oposición a las muchas otras que podrían darse teóricamente” (Berger y Luckmann, 2003).



Según los autores las instituciones han sido concebidas para liberar a los individuos de la necesidad de reinventar el mundo y reorientarse diariamente en él. Es decir, las instituciones generan lo que denominan “programas” que permiten llevar a cabo la interacción social, de tal modo que las personas obtienen modelos de conducta que responde a las expectativas asociadas al cumplimiento de ciertos roles en la vida social.

Mary Douglas, antropóloga con profundo compromiso hacia los postulados de la escuela durkheimiana, propone considerar en sus diversos trabajos, al pensamiento humano como originariamente social y desarrolla una teoría de la cultura que dé cuenta del origen social de las categorías cognitivas. Analiza los elementos culturales más observables de la vida cotidiana- los bienes que circulan, las formas de tratar el cuerpo, las formas de clasificar las cosas en limpias o sucias, arriesgadas o seguras- como lenguajes sociales a través de los cuales se crean las líneas de demarcación externas e internas de los grupos sociales. La cultura es precisamente este esquema de clasificación que da significado a los símbolos concretos reafirmados en el ritual y en el discurso.

En su obra *¿Cómo piensan las instituciones?* (Douglas, 1996) hace compatible un análisis sociológico de las instituciones con un análisis filosófico de las categorías científicas. Según la autora “las categorías no son cosas son posiciones”. El uso que hace el individuo de los sistemas de clasificación de que dispone depende de su posición en un determinado ordenamiento social.

Desde su perspectiva considerará que las instituciones son “reglas de juego” que se actualizan e integran en prácticas; involucran un cuerpo de conocimiento que provee pautas que canalizan el comportamiento humano en una dirección determinada. Según Douglas (1996) “cualquier institución reducida a su mínima expresión es una convención” En este sentido son “organizaciones sociales legitimadas”. Sus miembros construyen “un conjunto de analogías con que explorar el mundo y justificar la índole natural y razonable de las normas instituidas, y así conseguir el mantenimiento de una forma institucional identificable y perdurable”. Esto es lo que Berger y Luckman (1969) denominan el proceso de “reificación”, en tanto aprehensión de los productos de la

actividad humana como si fueran algo distinto de los productos humanos, como hechos de la naturaleza, resultado de leyes cósmicas o manifestaciones de la voluntad divina”.

De esta manera, y retomando lo expresado en el párrafo inicial, las instituciones pasan de ser “frágiles convenciones” a normas o pautas que adquieren tal grado de legitimación que su fundamento último remite a las leyes de la naturaleza. Para dar cuenta de esta situación suele utilizarse la expresión “naturalización”.

*“El gran triunfo del pensamiento institucional es el de conseguir que las instituciones sean completamente invisibles.” (Douglas, 1996)*

Como resultado de las interacciones y procesos que se dan al interior de las instituciones se define un “estilo de pensamiento” que ejerce coerción sobre el pensamiento individual (Douglas, 1996). Ello imprime identidad a las instituciones y a sus miembros. En forma sintética, podemos decir que las instituciones “realizan” las siguientes acciones:

- codifican las experiencias pasadas: al hacer esto, ejercen control sobre la “incertidumbre”
- proveen constantes a pesar del cambio: es lo que se denomina “inercia” de lo institucional, ello significa que se consigue un grado de fijeza necesaria para que sea posible la comunicación entre sus miembros
- sacralizan las reglas
- controlan la “memoria” y el “olvido”: los actos de recordar y olvidar también están institucionalizados, la memoria se sustenta en estructuras institucionales
- clasifican y otorgan identidad a sus componentes

En los años 60, 70 surge en Francia un movimiento teórico- práctico denominado Análisis Institucional, llevado adelante por pedagogos, sociólogos y psicoterapeutas, siendo sus referentes más destacados René Lourau, George Lapassade y Felix Guattari. Estaba fuertemente orientado a la intervención institucional, en tanto metodología basada en indagar en torno a las contradicciones entre lo instituido y lo

instituyente, es decir entre lo formal, normativo y las reacciones o propuestas de cambio de lo normativo.

Para Lourau (2001) el concepto de institución es amplio y plantea algunas dificultades, ya que institución puede ser tanto una norma general (el matrimonio), como una acción o el hecho de fundar una familia, por ejemplo, así como una organización específica (un hospital, por ejemplo), con una organización jurídica y material. Para él, la institución no tiene que ver con objetos reales sino con procesos, con la acción social: “Mientras que el etnólogo y el sociólogo generalizan una serie de observaciones para inducir la existencia de tal o cual institución (por ejemplo, la prohibición del incesto, o el kula, o el potlach), el análisis institucional debe captar la acción social en su dinamismo y, sin prejuizar acerca del sistema institucional existente, tratar de poner en evidencia dónde está la institución, es decir, las relaciones entre la racionalidad establecida (reglas, formas sociales, códigos) y los acontecimientos, desarrollos, movimientos sociales que se apoyan implícita o explícitamente en la racionalidad establecida y/o la cuestionan.”

Esta visión dinámica de la institución es muy interesante para analizar las organizaciones de salud, ya que más allá de pensar en las cuestiones estructurales, como organigramas, tecnologías, división en servicios, etc, permite pensar los procesos que se dan entre los distintos actores (trabajadores –tanto profesionales como no profesionales -, pacientes y sus familiares, instituciones gubernamentales y no gubernamentales) y las tensiones entre lo instituido o lo establecido como norma y lo que desde los diversos actores se trata de modificar, lo instituyente.

Esta idea de la institución como restricción podría relacionarse con el planteo de Foucault para quien es claro el carácter disciplinador y de reproducción social de las instituciones, en tanto a través de las distintas instituciones que atraviesan nuestra sociedad vamos moldeando nuestro modo de hacer y pensar en la sociedad. Las instituciones según la perspectiva foucaultiana, tienen el rol de controlar la producción y circulación de discursos en la sociedad, son las encargadas de poner en juego procedimientos (que la mayoría de las veces no se dan en forma explícita) para evitar lo que denomina la peligrosidad del discurso, ya que el mismo, en tanto práctica,

provoca acciones y genera consecuencias que no podemos prever ni esquivar. Las instituciones son para él los ámbitos donde se dan las condiciones de posibilidad para que surjan ciertos discursos y no otros, entendiendo que los discursos son prácticas sociales, es decir se producen a partir de una cierta materialidad, y provocan ideas, acciones, reacciones en el contexto de su surgimiento.

Por otra parte, desde una perspectiva económica, (North 1993, como se citó en Rodríguez Castillo, 2008) ve en las instituciones un rol restrictivo de la libertad individual. Las instituciones “son restricciones que surgen de la inventiva humana para limitar las interacciones políticas, económicas y sociales. Incluyen restricciones informales, como las sanciones, los tabúes, las costumbres, las tradiciones, y los —códigos de conducta, como así también reglas formales (constituciones, leyes, derechos de propiedad)”. O también “son las reglas del juego en una sociedad o, más formalmente son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana” (North 1993, como se citó en Rodríguez Castillo, 2008). El objetivo del análisis en esta perspectiva es estudiar esas reglas para explicar cómo se da la cooperación en algunos lugares y no en otros, referida fundamentalmente a los intercambios económicos. Forma parte de lo que se conoce como “neoinstitucionalismo” o nuevo institucionalismo, considerado en cierta medida como una respuesta a visiones más conductistas o atomistas por cómo consideran la acción en tanto producto de individuos racionales guiados por metas, sin tener en cuenta los contextos o las interacciones entre los individuos (Powell; Di Maggio, 1999).

Cabe señalar que en el campo sociológico, un trabajo clásico para el análisis de las instituciones de salud fue el estudio sobre la institución mental de Erving Goffman en 1970 que sentó las bases para investigaciones en torno al papel de las rutinas institucionales en la configuración de determinadas patologías. En general estos aportes han contribuido al estudio de las llamadas “instituciones totales”, es decir las que atienden a pacientes crónicos o que suponen una internación prolongada, siendo más escasos los estudios sobre instituciones de atención ambulatoria.

### 5.3 La comunicación en las organizaciones

El estudio de la comunicación organizacional ha recorrido un largo camino, y según Kaplun (2012) constituye un campo que en América Latina se encuentra en expansión y transformación. “Expansión, porque amplía su mirada y su intervención en las organizaciones. Transformación, porque su intervención está cambiando de foco y perspectiva” (Kaplún, 2012).

Su origen puede situarse en los EEUU en épocas de posguerra, al igual que el conjunto de estudios conocidos como “communication research” (conjunto de teorías que intentan explicar la relación entre sociedad y medios masivos de comunicación), cuando se consideraba necesario moldear los pensamientos y actitudes de las personas en relación a un objetivo “nacional” y “empresarial”. Al finalizar la segunda guerra mundial, las empresas norteamericanas comenzaron a preocuparse crecientemente por aumentar los niveles de producción (con el menor gasto posible) y fue entonces que surgió la comunicación como un aspecto a investigar para generar estrategias que logran incentivar a los trabajadores, hacerlos cooperar y trabajar más, y por lo tanto, hacerlos más productivos. Los orígenes de este campo de estudios han estado fuertemente influenciados por el pensamiento gerencial, y por la búsqueda de herramientas que permitieran afrontar los desafíos de la administración en un mundo cada vez más competitivo y cambiante. En este sentido, Bouzon (2011) plantea que se suponía que, si los empleados contaban con información suficiente acerca de las cuestiones vinculadas a la gestión empresarial, se volvería más colaborativos y, por lo tanto, más productivos. Como señala Bouzon (2011), en 1947, Herbert A. Simon - quien obtuvo el Premio Nobel de economía en 1978 en reconocimiento a sus aportes en el abordaje interdisciplinario de la toma de decisiones en las organizaciones - afirmaba que *communication is the essence of organization* (la comunicación es la esencia de la organización). Esta percepción en torno al lugar fundamental de la comunicación para las organizaciones continuó avanzando a través de diversas publicaciones, como puede identificarse en 1951 en el artículo de Bavelas y Barrett (1951) donde se mencionaba a la “comunicación organizacional” para referirse no sólo

a los contenidos de los mensajes sino también a las formas o técnicas de comunicación y sus canales o redes de transmisión.

Bouzon (2011) hace un recorrido por los distintos trabajos que surgieron para dar cuenta de este aspecto de las organizaciones, e identificar cómo se fue constituyendo el campo, y establece que los años sesenta como punto de partida para la construcción de la comunicación organizacional como campo de conocimiento científico. Desarrollos posteriores subrayan la importancia de la comunicación en las organizaciones, estableciendo que éstas no pueden existir sin la comunicación. A su vez los estudios en torno a la comunicación organizacional se fueron nutriendo de distintos aportes, entre los cuales se destacan los siguientes:

- Muriel y Rota (1980), para quienes la Comunicación Institucional es un sistema que coordina las partes constituyentes de la institución, y a ésta con sus públicos. La comunicación en su enfoque “social” de relaciones públicas, facilita la consecución de objetivos específicos de la organización y de sus públicos. Al igual que un sistema, entendido como un conjunto de elementos interrelacionados que actúan para lograr un objetivo común, una institución es un sistema organizacional creado y legitimado por la satisfacción de las necesidades de los grupos sociales con los que se relaciona. A su vez, toda institución forma parte de un sistema mayor o supra-sistema, el cual constituye su medio ambiente político, económico y social específico. La comunicación institucional entonces consistiría en un sistema coordinador que tiene como objetivo “armonizar” los intereses de la institución con los de sus públicos.
- Para Annie Bartoli (1992) la comunicación en las organizaciones “es un conjunto de actos más o menos estructurados; también es un objeto, incluso un ‘recurso’ fundamental de la empresa si se considera la comunicación como fruto de informaciones, en especial operativas”. Para ella, comunicación y organización están profundamente entrelazados en la búsqueda de resultados, y ese vínculo tiene un carácter tanto político como sociocultural. La organización debe ser comunicante, y la comunicación debe ser organizada, existe una relación dialéctica entre ambos. “La empresa actual no puede pretender ser eficiente (...) sin promover modos comunicantes de organización y formas organizadas

de comunicación que contradicen esquemas tradicionales de funcionamiento, en particular porque integran las dimensiones informales y psicosociológicas en el marco gerencial” (Bartoli, 1992).

- Amado Suarez y Castro Zuñeda (1999), a su vez, plantean la persistencia de modelos mecanicistas y del esquema informacional de la comunicación en los estudios sobre comunicación institucional u organizacional. De allí que proponen complejizar los elementos que intervienen, considerando que la comunicación es un fenómeno complejo que depende de una multiplicidad de factores. Consideran que el campo de la comunicación organizacional ha abarcado una gran cantidad de aspectos y de saberes conocidos comúnmente como marketing, publicidad, relaciones públicas. Pero, aunque sean distintos nombres y abarquen distintas funciones, tradicionalmente han tenido como punto en común el carácter persuasivo como marca distintiva de su visión de la comunicación.
- Mariluz Restrepo (1995) entiende a la comunicación como un aspecto que cruza la organización, un entramado que la define en lo que es. No puede ser prescripta porque se corresponde a la forma de ser de la institución. Identifica cuatro dimensiones: como **in-formación** (lo que da forma, sus principios, valores, normas); como **divulgación** (dar a conocer a otros, hacer público algo); como **generador de relaciones** encaminadas a la formación, la socialización y/o el refuerzo de procesos culturales y finalmente como **participación**, como acción de comunicación del “otro” (acción de dar la palabra, escucha y reconocimiento).

En los últimos años han surgido otras perspectivas desde las cuales pensar la comunicación en las organizaciones. Existe un conjunto emergente de trabajos e investigaciones que, a partir de un análisis crítico de lo que ha sido el campo de la comunicación organizacional comienzan a incorporar otros marcos teóricos o “paradigmas”, los cuales si bien aportan una mirada más integral del objeto, nos

plantean algunas dificultades para su abordaje metodológico que es preciso superar. Como afirma Kaplun (2012), “todo el tiempo encontramos signos que muestran la sólida persistencia de ciertas formas de entender y hacer comunicación organizacional, asentadas en concepciones dominantes sobre las organizaciones y la comunicación, frente a las cuales los cambios emergentes pugnan por nacer”. Para este investigador, es necesario repensar a la comunicación organizacional, que siempre ha estado orientada a analizar medios y mensajes, cuando lo que debería indagar e intervenir sobre procesos y estructuras, además de los medios y los mensajes. En este sentido se refiere a la mirada emergente sobre la comunicación organizacional, que trata de superar la visión hegemónica centrada en los medios, la cual tiene mucha fuerza tanto a nivel social como en el campo profesional de la comunicación. Por esto, propone redefinir el rol profesional de los comunicadores en el campo de la organización, hacia una mirada integral y que opere un descentramiento de los flujos comunicativos que han estado siempre pensados desde la configuración jerárquica de la organización. Esto ha llevado a pensar en la existencia de “fronteras nítidas entre el adentro y el afuera”, por lo tanto, entre comunicación interna y externa, o entre comunicación formal e informal, cuando en realidad se trata de dimensiones apenas divididas por bordes “porosos”, en absoluto nítidos o definidos, ya que toda organización se vincula y convive con múltiples organizaciones y múltiples actores.

En un sentido similar, Baldissera (2010), se sitúa dentro del paradigma de la complejidad y señala que la comunicación organizacional tiene que ver con procesos de construcción y disputa de sentidos en las relaciones que se generan en el contexto de una organización. Esta definición trasciende la idea de que la comunicación se encuentra en un ámbito delimitado (como, por ejemplo, las áreas de comunicación de las que damos cuenta en esta tesis).

“Significa decir que la comunicación organizacional no se limita a formalismos, no se reduce a planos, a reglas organizacionales, a campañas desenvueltas cuidadosamente, a deseos de imagen-concepto. Como flujo relacional y multidireccional, la comunicación se da a conocer en los hechos cuando las materializaciones relacionales, a pesar de la posibilidad de planear un



fragmento de lo considerado como comunicación organizacional, escapan a cualquier tentativa/mecanismo de control” (Baldissera, 2010).

Se refiere a las distintas formas en que circula el sentido en una organización, en tanto flujos multidireccionales de significación/comunicación. Estos flujos tienen diferentes intencionalidades y características, o cualidades, que se observan en cuanto ocurren efectivamente. Al concebir a la comunicación como un “proceso de construcción y disputa de sentidos”, Baldissera distingue tres dimensiones “tensionadas e interdependientes”:

- La dimensión de la **organización comunicada**, que tiene que ver con los procesos definidos como formales de la organización, que tienen que ver con el discurso autorizado, así como la comunicación planificada en sus diversas posibilidades (medios, lenguajes, comportamientos, acciones, estructuras físicas, etcétera). “Lo que la organización afirma ser...”.
- La dimensión de la **organización comunicante**, que comprende todo el proceso comunicacional que se actualiza cuando algún sujeto (persona, público) se sitúa en algún tipo de relación con la organización.
- La dimensión de la **organización hablada** que comprende los procesos de construcción y disputa de sentidos en el ámbito de las relaciones indirectas (de acuerdo con lo que se dice), es decir, “las relaciones de comunicación que se materializan fuera del ámbito de la organización, pero que se refieren a ella” (Baldissera, 2010).

Siempre en esta línea, son interesantes los aportes desde un enfoque interpretativo que plantea que las organizaciones son las relaciones, y donde se define a la comunicación como construcción social en la que los sujetos que interactúan construyen y comparten realidades organizacionales (Andrade Scroferneker et al, 2015).

#### **5.4. Organizaciones de salud y procesos de comunicación**

Tal como se ha venido señalando precedentemente, tanto el análisis de las organizaciones como el de la comunicación organizacional han tenido un amplio desarrollo y se han ido configurando a partir de diferentes paradigmas o perspectivas teóricas. En este apartado, se presentan las líneas conceptuales orientadoras de esta investigación, con la percepción de que al analizar la comunicación al interior de las organizaciones sanitarias es preciso repensar y reconsiderar gran parte de los conceptos y entramados teóricos en tanto estas organizaciones adquieren un matiz particular. Esto se debe a que su objetivo principal es ni más ni menos que la salud de la población, y gran parte de sus tareas gira en torno a decisiones que muchas veces tienen que ver con cuestiones de vida o de muerte, lo cual las reviste de una complejidad diferente a la de otro tipo de organizaciones sociales.

Una perspectiva desde la cual se puede pensar la relación entre procesos de comunicación y organizaciones de salud consiste en su relación con los modelos de gestión vigentes en las mismas, que dan lugar a un determinado modelo de atención que a su vez se vincula con un modelo de comunicación. Los modelos de atención pueden definirse de distintas maneras. Algunas definiciones apuntan al modo en que se organizan los recursos en el sistema de salud y la forma de relación que surge entre usuarios/as y prestadores de salud según cómo se llevan a cabo la prestación de servicios. Para de Sousa Campos (2006) los modelos serían “una especie de síntesis concreta entre directrices de la política sanitaria con determinado saber técnico”. O bien, desde una perspectiva más amplia, que mira este proceso desde las redes de salud, como la mirada de Vilaza Mendes (2011) “el modelo de atención de salud es un sistema lógico que organiza el funcionamiento de las redes de atención de salud, articulando de forma singular las relaciones entre la población y sus subpoblaciones estratificadas por riesgos, los focos de las intervenciones del sistema de atención de salud y los diferentes tipos de intervenciones sanitarias, definido en función de la visión predominante de salud, de la situación demográfica y epidemiológica y de los determinantes sociales de la salud, vigentes en determinado tiempo y en determinada sociedad”.

Cada una de estas definiciones pone énfasis en aspectos diferentes del proceso de atención de la salud, ya sea en esta suerte de encuentro entre aspectos vinculados a la gestión con los conocimientos requeridos para afrontar dicho proceso, en la idea de sistema más amplio donde queda claro que lo que prevalece es qué concepción de la salud es la que se pone en juego, una mirada biomédica acusada de reduccionismo biológico, o una en la cual la persona sea considerada como un todo integral, que tiene un cuerpo que además tiene una historia, una cultura, y que está inserto en una estructura social.

Ha sido frecuente la discusión en los últimos años en torno a la necesidad de modificar los modelos de atención vigentes en los hospitales, pensados desde la lógica de los propios servicios de salud y sus profesionales, y no desde las necesidades y posibilidades de la población que asiste a atenderse. En ese sentido, se habla de la existencia de un modelo centrado en la enfermedad, en el servicio, en la atención médica, y otro modelo centrado en las personas, y en ambos casos, la gestión adquiere características particulares.

En el primer caso, las características son una atención a demanda, asociada a episodios o complicaciones de enfermedades crónicas, organizada en torno a la oferta de servicios, en torno a la lógica de la institución (los horarios de atención, la entrega de turnos, que no suelen coincidir con las necesidades de los usuarios), y centrada en gran medida a la atención especializada. En el segundo caso, donde el modelo está centrado en los usuarios, las características son una visión integral de la salud, una atención programada y planificada, organizada según las necesidades de la población, y en la cual se busca el empoderamiento del usuario, pensado como una persona activa, informada, involucrada en su propio proceso de salud-enfermedad-atención.

A su vez, se habla de la necesidad de cambiar del modelo tradicional de gestión hospitalaria a un modelo de gestión por procesos, la cual “responde a una visión integradora y horizontal de la organización que jerarquiza al paciente” (Rodríguez et al 2014). El modelo de gestión por procesos supone no sólo una mayor participación de los integrantes de los equipos de salud, sino la existencia de un “paciente” informado y exigente, en relación a la atención que percibe.

*“La gestión por procesos tiene como centro al paciente y su familia, y se basa en un sistema integrado de procesos, que prioriza la calidad y la seguridad en la atención, sostenido por la optimización de la comunicación, el cuidado y la promoción del equipo de salud, la interdisciplina, el apoyo en guías de práctica clínica, la historia clínica única y la evaluación permanente de los resultados, con el objetivo de mejora continua”, plantea Rodriguez (2014)*

Cada uno de los modelos de atención da cuenta de un modelo o una forma de pensar la comunicación, tanto a nivel de la relación médico/paciente, entre los profesionales de salud, de la organización con sus otros públicos, con los medios de comunicación, en todos los niveles posibles. El modelo “hospitalocéntrico” tiene mayor relación con la mirada informacional de la comunicación, de transmisión lineal de la información, mientras que el modelo de gestión por procesos integrados permite una perspectiva más amplia vinculada a la concepción de la comunicación como proceso de producción de sentidos. Las relaciones que se establecen entre los “actores” que entran en juego no sólo están orientadas al cumplimiento de un objetivo específico, sino que el propio proceso en el cual se desarrollan es fundamental, incluso para la propia realización de los trabajadores de salud. En vez de una razón instrumental, se retoma aquí una idea habermasiana que distingue entre la “acción racional de acuerdo a fines” o acción orientada al éxito y la “acción comunicativa” o acción orientada al entendimiento.

Además de la consideración de los modelos puestos en juego, tanto de atención como de comunicación, es interesante analizar estos procesos con la mirada puesta en el concepto de redes. Las organizaciones de salud pueden pensarse como redes comunicacionales, o desde algunas lecturas, redes conversacionales. Hablar de redes, hoy en día, requiere una aclaración ya que las propias tecnologías de información y comunicación han hecho que se las piense en el terreno digital cuando en realidad el concepto de red, y de redes sociales, se ha utilizado y se utiliza en las ciencias sociales desde hace mucho tiempo, incluso antes de la aparición de internet.

Según Elina Dabas las redes sociales son “un sistema abierto, multicéntrico, que, a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con los de otros sistemas organizados, posibilitan la potenciación de los recursos y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas y satisfacción de necesidades”. En esta misma línea avanzaba Róvere (1999), en su conocido trabajo sobre “Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad”, imposible no mencionar cuando uno se interna en estos campos de estudio.

Incorporar la perspectiva de redes en el análisis de la comunicación organizacional implica romper con algunos planteos tradicionales que expusimos más arriba, ya que frente a los esquemas piramidales, centralizados, con los cuales muchas veces se trata de explicar algunos aspectos de la comunicación organizacional, se propone una mirada que dé cuenta de la multicentralidad de la conformación de redes. Las organizaciones se piensan entonces atravesadas por distintas redes, redes de todo tipo, donde lo que las identifica y caracteriza es la intensidad de los intercambios que se producen en ellas, y lo que generan entre sus partes integrantes, o podríamos decir, entre los nodos de esas redes.

Ya acercándonos al objeto de análisis que nos ocupa en esta investigación, el desafío es cómo gestionar la comunicación en las organizaciones de salud, con la convicción de que la comunicación existe incluso aunque no haya una mirada puesta en gestionarla, y que el solo hecho de que existan áreas o departamentos de comunicación no es suficiente para concluir que estamos ante una organización comunicante o una comunicación organizada, en palabras de Bartoli (1992), como vimos con anterioridad.

Es en este sentido en el que se llevará a cabo el abordaje teórico en esta tesis, asumiendo que se trata de un campo en construcción, y con la expectativa de poder aportar no sólo desde la indagación empírica sino también en la propia discusión conceptual.

## 5. MATERIAL Y MÉTODOS.

El abordaje metodológico asumido en esta tesis coincide con una **perspectiva cualitativa**, la cual alude en sentido amplio a aquellas estrategias de investigación que producen datos descriptivos, esto es, “las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1984). La aplicación de este tipo de metodología permite la aproximación a un problema poniendo el énfasis en cómo es percibido por quienes están involucrados en él. En este sentido, su valor heurístico reside en su potencial para ampliar el universo de hechos a considerar y, a través de ello, formular hipótesis y revisar conceptos y enfoques teóricos.

Al hablar de metodología cualitativa, se hace referencia a una gran cantidad de enfoques y perspectivas que han surgido en el campo de las ciencias sociales y que lejos de tener un conjunto de métodos específicos, recurre a “narrativas, contenidos, discursos, a la semiótica, a etnografías y, con frecuencia, al diálogo con métodos cuantitativos” (Ferreira Deslandes y Gomes, 2007).

En el campo de la salud, constituye una modalidad de investigación que, según Mercado y Magalhaes Bosi (2007) es cada vez más utilizada y aceptada, aunque también ha sido en oportunidades criticada o sometida a escrutinio por parte de algún sector de la comunidad científica más apegado a metodologías cuantitativas y estudios de carácter estadístico. Sin embargo, está cada vez más difundido su uso lo cual para dichos autores puede interpretarse como una “respuesta a los desafíos contemporáneos en todas las áreas del saber, en particular el de la salud que por su complejidad y multidimensionalidad puede lograr simultáneamente, al lado de avances de los conocimientos y soluciones técnicas, un desarrollo más intenso del componente humano, campo de los estudios cualitativos” (Mercado y Magalhaes Bosi, 2007). Sin intenciones de profundizar en la discusión entre métodos cualitativos y cuantitativos, se asume que, más allá de las técnicas empleadas en una investigación, lo que hay que tener en cuenta, como plantean los autores mencionados, es tanto la pregunta u

objeto a investigar, la postura teórica o epistemológica, así como la estrategia para la obtención de datos y su análisis.

Lo que aporta la perspectiva cualitativa a los estudios vinculados a salud es, entre otros aspectos, el reconocimiento del punto de vista de los otros, “se trata de estudios interesados en las experiencias y procesos de significación, pero también en acciones observables y objeto de medición” (Mercado y Magalhaes Bosi, 2007).

Una de las perspectivas más importantes, junto a la etnografía, la etnometodología, el análisis del discurso entre otras, es la teoría fundamentada o “grounded theory”, propuesta por Anselm Strauss y Barney Glaser en 1967.

Como sus propios autores señalan, el valor de la teoría fundamentada “radica en su capacidad, no sólo de generar teoría, sino también de fundamentarla en los datos” (Strauss y Corbin, 2002). Esto implica una importante tarea de interpretación basada en una ida y vuelta sistemática entre los datos y la teoría, y es de particular interés en investigaciones como la que se propone en este proyecto en tanto su carácter principal es el de ser *exploratoria y descriptiva, orientada a la construcción de un marco teórico que permita comprender la situación analizada y proponer líneas de acción futura*.

Las dos estrategias que plantea esta metodología son la comparación constante y el muestreo teórico. En el primer caso, se trata de la recolección y análisis, previa codificación, de los datos que el investigador realiza, construyendo categorías que surgirán a partir de los datos, es decir, no están establecidas previamente como otro tipo de metodologías. Este es un aspecto que hace atractiva esta perspectiva en cuanto apela a una interpretación más cercana a los datos y no a los modelos o esquemas estructurados previamente.

El muestreo teórico se aplica al corpus de la investigación como forma de ir identificando y proponiendo categorías y sus propiedades, y estableciendo relaciones entre ellas, a diferencia del muestreo estadístico que busca realizar generalizaciones a partir de una parte de la población estudiada. En el muestreo teórico “el investigador selecciona casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos o teorías ya desarrollados” (Soneira, 2009). El límite de los casos se

establece por “saturación teórica”, lo que significa que ya no se espera que surjan nuevas categorías o conceptos a partir del relevamiento de datos.

Es importante destacar que, como plantea Maxwell (1996) una investigación no sigue un recorrido fijo, sino que, si bien existe una estructura, en cuanto a pasos a seguir, la misma es “interconectada y flexible”.

### **6.1. Técnicas utilizadas**

Una vez definido el abordaje metodológico desde una perspectiva cualitativa, el desafío consistió en el diseño operativo, el cual según Ynoub (2014) consiste el “el conjunto de decisiones a partir de las cuales se implementa la recolección o el relevamiento de los datos”.

Las técnicas utilizadas consistieron en:

- la entrevista semi estructurada,
- el análisis de documentación institucional (organigramas, resoluciones, memorias, informes) y
- la observación de material proveniente de redes sociales y medios masivos que brindaran información ampliatoria a lo recogido a través de las entrevistas y los documentos.

Se definió como herramienta principal de recolección de datos la entrevista, optando por el tipo de entrevistas denominadas semi estructuradas, es decir, aquellas que utilizan un protocolo como guía, permiten al entrevistado expresarse de un modo más libre e incorporar temas o aspectos no preestablecidos por el entrevistador, posibilita indagar en profundidad en aquellos temas que "emergen" como relevantes para los sujetos y que pueden ampliar y/o complejizar las problemáticas estudiadas. Es importante tener en cuenta que a través de la entrevista no es posible acceder a la conducta "real" de las personas, sino a la referencia verbal a conductas, a las maneras en que los actores sintetizan y organizan perspectivas y experiencias para responder a las preguntas del entrevistador. Es por esto que las perspectivas cualitativas deben



ser consideradas como "situadas" temporal, espacial y socioculturalmente, ni verdaderas ni falsas en sí.

A su vez, es importante señalar que se entiende aquí a la entrevista en un sentido similar al antropológico. Guber (2005) afirma que la entrevista antropológica permite poner en juego una relación social que involucra a dos actores, entrevistador y entrevistado. Se distingue de la mera recolección de datos ya que implica reconocer e identificar el universo simbólico de las personas entrevistadas. Esta técnica de recolección de datos permite acceder a la perspectiva de los actores para conocer cómo interpretan sus propias experiencias y las expresan a partir de su discurso.

Como señala Piovani (2018) la entrevista tiene como ventajas el permitir obtener información rica y en profundidad desde la perspectiva de los sujetos involucrados en la experiencia o situación a analizar, permite un mayor acercamiento que una encuesta o entrevista estructurada dando un marco de mayor espontaneidad y dinamismo en las respuestas. Además permite conocer situaciones que no pueden observarse directamente por quien investiga, y al realizarse en forma individual, generan un contexto de mayor intimidad y apertura por parte de la persona entrevistada.

Por otra parte, Piovani (2018) identifica también algunas limitaciones que han sido señaladas en torno al uso de este instrumento: "menor capacidad para captar fenómenos con gran dispersión territorial y/o tipológica, menor capacidad para generalizar sus resultados, mayor complejidad en el registro, procesamiento y análisis", entre otras desventajas.

El análisis de documentación institucional permitió a su vez contextualizar y complementar los datos recogidos a través de las entrevistas. Se revisaron organigramas institucionales, resoluciones de las direcciones ejecutivas, planes estratégicos y memorias para identificar el modo en que las organizaciones sanitarias identifican, expresan y normatizan funciones, acciones, y toda otra caracterización de las áreas de comunicación en cada hospital. En el campo de la metodología cualitativa, el análisis de documentación o investigación basada en fuentes secundarias se utiliza generalmente para conocer aspectos históricos, normativos, institucionales, en relación con el tema de investigación.

También se apeló a otro tipo de fuentes secundarias como las redes sociales y los medios masivos, a través de la búsqueda de publicaciones que brindaran información ampliadora o complementaria a los datos recogidos a través de las entrevistas y los documentos.

Para el análisis también se tuvieron en cuenta datos surgidos a través de un relevamiento realizado en el marco de un proyecto de investigación de la convocatoria UNAJ Investiga 2017, en la Universidad Nacional Arturo Jauretche, dirigido por quien escribe, en el cual se abarcaba un conjunto más amplio de hospitales.

## **6.2. Unidades de análisis.**

Las unidades de análisis fueron las áreas de comunicación existentes en un conjunto de hospitales que contaban con ámbitos institucionalizados para la gestión de la comunicación:

- Hospital de Alta Complejidad en Red Dr. Néstor Carlos Kirchner - El Cruce (Florencio Varela)
- Hospital de Alta Complejidad El Calafate (Santa Cruz)
- Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan Garrahan (Ciudad de Buenos Aires)
- Hospital Nacional Baldomero Sommer (General Rodriguez)
- Hospital San Roque de Gonnet (La Plata)

La selección de dichos hospitales estuvo orientada por un lado a la búsqueda de diversidad de experiencias de incorporación de la comunicación en la gestión hospitalaria, en tanto se trata de hospitales públicos de distintas localidades del país, distinto nivel de complejidad y distintas formas de gestión, como forma de enriquecer el análisis. A su vez, se tuvo en cuenta la posibilidad de acceso a dichos hospitales en función a la aceptación por parte de directivos e integrantes de las áreas, en gran medida facilitada por la experiencia previa de esta investigadora de trabajo en el

campo<sup>1</sup>. La metodología cualitativa elegida para el abordaje de esta investigación parte de la idea de que la misma es en parte producto de los valores del investigador y no puede ser independiente de ellos. El conocimiento se construye en la interacción con las personas que participan de la investigación y el/la investigador/a tiene como cometido indagar en el modo de construir la significación del fenómeno estudiado a partir del punto de vista de quienes experimentan dicho fenómeno. A su vez, la diversidad de experiencias permite observar las distintas categorías de análisis que surgen de los datos, y se van articulando con los conceptos para la mejor comprensión del fenómeno estudiado.

Los tres primeros hospitales mencionados responden al modelo SAMIC (Servicio de Atención Médica Integral a la Comunidad), el cual surge a partir de la ley 17.102. Las características de estos hospitales tienen que ver con la innovación en la práctica y los cuidados médicos, como también la capacidad de formación de los recursos humanos. La forma SAMIC permite tener facultades para la planificación, administración, asignación de recursos. El Hospital modelo SAMIC es administrado y gobernado por un Consejo de Administración que tiene a su cargo la designación del director médico, ejecutivo y de su consejo técnico asesor, así como la redacción y aprobación de los regímenes de personal, de becas, de investigación y la coordinación y aprobación de los planes operativos anuales. “Puede tener una asignación presupuestaria de las jurisdicciones, pero también puede trabajar y ofrecer sus servicios como si fuese un establecimiento privado, con un buen sistema de cobro a quienes tienen cobertura, pero abierto a toda la ciudadanía con independencia de su condición económica y social. Esto permite la posibilidad de un sistema de abastecimiento de insumos muy ágil, pero siempre bajo el control y fiscalización de la Sindicatura General de la Nación” (Medina y Narodowski 2015).

---

<sup>1</sup> Cabe aclarar que si bien participé en el armado del área de comunicación del Hospital El Cruce en sus inicios, año 2007, desde el año 2012 estoy desvinculada de dicha actividad. No obstante, continúo en contacto con una de las personas que integran el área por su actividad docente en la Universidad Nacional Arturo Jauretche el cual es mi ámbito laboral actualmente, aunque considero que esto no compromete el desarrollo de la investigación sino por el contrario, constituyó un facilitador para la realización de entrevistas y la orientación de las preguntas.

En cuanto al Hospital de Alta Complejidad en Red “Néstor Carlos Kirchner”, El Cruce, de Florencio Varela (en adelante Hospital El Cruce), el mismo fue inaugurado en el año 2007. Su creación estuvo vinculada a una concepción de modelo de organización con capacidad de gestión descentralizada, fuertemente articulado en la red asistencial que ya existía, y con un financiamiento sustentable. Entre los ejemplos de la historia sanitaria de nuestro país, se tomó como modelo la figura técnico-sanitaria del Hospital Garrahan, cuyo sustento legal le ha permitido consolidarse como una de las instituciones de referencia por su excelencia, tanto desde el punto de vista técnico científico, como de organización y gestión. El Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan Garrahan (en adelante, Hospital Garrahan) fue fundado en el año 1987 con el propósito de brindar atención médica integral a la población infantil de su área de influencia, como así también funcionar como hospital de referencia para todo el ámbito nacional. Se planteaba también “desarrollar una programación de docencia e investigación acordes con su nivel de complejidad, en el área de atención médica y administrativa sanitaria” (<https://www.garrahan.gov.ar/historia/contenidos/historia>)

El Hospital de Alta Complejidad de El Calafate (en adelante, Hospital El Calafate), inaugurado en el año 2015, surgió con una fuerte impronta comunitaria, con la misión de brindar excelencia en atención médica a toda la población de la ciudad de El Calafate y alrededores y cuenta con tecnología de alta complejidad para la atención de la salud en todas las especialidades.

En cuanto al Hospital Nacional Baldomero Sommer (en adelante, Hospital Sommer), de General Rodríguez, fue inaugurado en el año 1941 como Sanatorio Colonia Buenos Aires y se denominó Baldomero Sommer en honor al dermatólogo y leprologo argentino que se dedicó al estudio y difusión de conocimiento sobre la lepra. El hospital constituye una de las cinco instituciones construidas a partir de la sanción de la Ley Nacional de Profilaxis y Tratamiento de la Lepra, que entre otras medidas establecía el aislamiento del hospital y la creación de sanatorios-colonia en zonas alejadas de las zonas urbanas. En la actualidad es un hospital de dependencia nacional, de mediana-alta complejidad, que atiende distintas patologías y trabaja en red, si bien continúa siendo referente nacional en Lepra (<https://www.argentina.gob.ar/hospital-sommer/acerca-del-hospital>).

Finalmente, el Hospital San Roque, de Gonnet, es un hospital Interzonal General de Agudos y depende del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Su origen se ubica en el año 1960, cuando se sanciona la Ley 6.462 de reforma hospitalaria.

La elección de estos hospitales estuvo orientada por la existencia en cada uno de ellos de áreas de comunicación delimitadas, en distintos niveles de organización, algunas con equipos más grandes como en el caso de los hospitales SAMIC, otras con menor cantidad de personas, y con distintos recursos y posibilidades de acción.

Al momento del trabajo de campo, a partir de las elecciones nacionales de octubre 2019, hubo un cambio de gestión, y la mayoría de los entrevistados continuaron en el área, con una nueva incorporación como fue el caso del Hospital El Cruce y con un cambio de referente de comunicación como en el caso del Garrahan, siendo entrevistados ambos para esta investigación. En el Hospital San Roque no existía en la gestión anterior un área de comunicación por lo cual consiste en una experiencia nueva dentro del hospital.

Se realizaron en total 9 entrevistas, entre los años 2019 y 2020, para las cuales se contó con el permiso de las direcciones de los hospitales y la firma de un consentimiento informado por cada uno de los entrevistados.

Entrevistas realizadas:

Entrevistas	Hospital	Formación de grado	de	Género	Fecha desde la que se encuentra en el área	CODIGO
-------------	----------	--------------------	----	--------	--	--------

ENTREVISTA 1	Hospital Cruce (HEC)	El	Lic. en Relaciones Públicas (UNLZ)	Mujer	2007 y continúa	HEC 1
ENTREVISTA 2	Hospital Cruce (HEC)	El	Lic. en Comercialización y Marketing (Instituto Universitario Escuela Argentina de Negocios)	Mujer	2019 y continúa	HEC 2
ENTREVISTA 3	Hospital Cruce (HEC)	El	Lic. en Comunicación Visual (UNLP)	Hombre	2007 y continúa	HEC 3
ENTREVISTA 4	Hospital Calafate	El	Lic. en Comunicación social	Mujer	2015 y continúa	HECA
ENTREVISTA 5	Hospital Garrahan		Lic. en Comunicación social (UNLP)	Mujer	Dos períodos: 2009-2016 y 2019-2020	HG 1
ENTREVISTA 6	Hospital Garrahan		Periodista	Hombre	2016-2019	HG 2
ENTREVISTA 7	Hospital Sommer		Lic. en Comunicación social (UBA)	Mujer	2015 y continúa	HBS
ENTREVISTA 8	Hospital San Roque-		Lic. en Comunicación social (UNLP)	Hombre	2019 y continúa	HSR 1

ENTREVISTA 9	Hospital San Roque-	Lic. en Comunicación social (UNLP)	Hombre	2019 y continúa	HSR 2
-----------------	------------------------	--	--------	--------------------	-------

Documentos utilizados para ampliar y contextualizar los datos obtenidos por las entrevistas:

- Resolución 911/2015: Resolución de creación del Departamento Comunicación y Prensa y el cargo jerárquico de Jefe de Departamento – Hospital de Pediatría Garrahan.
- Disposición Hospital San Roque – Gonnet: Creación de la oficina de comunicaciones.
- Plan Estratégico – Resumen Ejecutivo 2018-202, Hospital El Cruce.
- Memoria de Gestión 2009 – Hospital El Cruce
- Organigrama Hospital SAMIC – El Calafate
- Organigramas Hospital SAMIC – El Cruce

### **6.3. Procesamiento del material**

El procesamiento analítico del material obtenido a través de las entrevistas se orientó a reconocer recurrencias y diferencias en sus apreciaciones y opiniones sobre el rol de la comunicación en el hospital, las características y funciones del área, y la experiencia de trabajo en el hospital. Para ello, se analizó cada entrevista individual, utilizando toda la información contextual relevada mediante observaciones y luego se compararon los relatos de todos los entrevistados, buscando similitudes y diferencias, que permitieran dar cuenta del rol de las áreas de comunicación en cada hospital.

Para el análisis de las entrevistas se procedió a la fragmentación de las mismas, con un criterio flexible que permitiera tener diferentes aproximaciones al corpus estudiado. Como plantea Ynoub (2014), “la fragmentación implica reconocer unidades o niveles en que se focalizará el análisis”. Según esta autora, el criterio de fragmentación no

necesariamente debe ser único para todo el material, “la fragmentación puede ser en un primer momento algo arbitraria, para los fines de una primera aproximación exploratoria, y luego dar paso a una fragmentación bien fundamentada” (Ynoub, 2014). En esta investigación se optó por el criterio de fragmentar las entrevistas por núcleo temático, identificando las dimensiones que iban surgiendo y organizando dichos fragmentos en una matriz que permitiera organizar y sistematizar la información.

Una vez identificados los fragmentos se procedió a la codificación de los mismos, proceso fundamental en el análisis de datos cualitativos. “En un sentido muy general, con la codificación se inicia la tarea de construcción de teoría a partir del material analizado” (Ynoub, 2014), lo cual constituye un aspecto central de la “grounded theory” o teoría fundamentada expuesta anteriormente.

*“La codificación abierta en el método de la teoría fundamentada es el proceso analítico por el cual los conceptos se identifican y desarrollan desde el punto de vista de sus propiedades y dimensiones. Los procedimientos analíticos básicos por los que esto se logra son: el planteamiento de preguntas sobre los datos y la realización de comparaciones para las similitudes y las diferencias entre cada incidente, acontecimiento y otros ejemplares de fenómenos. Los acontecimientos e incidentes similares se etiquetan y agrupan para formar categorías” (Strauss y Corbin, 1990).*

La organización de los fragmentos en la matriz de datos permitió llevar a cabo el proceso de identificación de dimensiones en torno a las cuales realizar la comparación entre los/las entrevistados/as de los distintos hospitales y de este modo, “hacer hablar” a los datos y construir las categorías que dan cuenta de los objetivos de la investigación. Cabe aclarar que para la Grounded Theory, las categorías son conceptos derivados de los datos, y plantean que “es importante recordar que una vez que los conceptos comienzan a acumularse, el analista debe iniciar el proceso de agruparlos o categorizarlos bajo términos explicativos más abstractos, o sea, en



categorías” (Strauss y Corbin, 2002). Según Ynoub, la categoría es en esta metodología, similar a la “variable” en otro contexto metodológico.

Las categorías identificadas fueron las siguientes:

1. Historia de la creación del área
2. Relación de dependencia y ubicación física
3. Estructura del área y recursos
4. Funciones del área
5. Relación con otras áreas y servicios
6. Acciones de comunicación interna (acciones de comunicación dirigidas a trabajadores del hospital, comunicación en los equipos de salud)
7. Acciones de comunicación externa (prensa y difusión, actividades hacia la comunidad, utilización de redes sociales, relaciones interinstitucionales)
8. Señalética o “comunicación visual del entorno”
9. Relación con los medios masivos

Con relación a los documentos y otras fuentes de información analizadas, fueron identificados textos, artículos, o gráficos que pudieran ampliar, complementar o bien dar cuenta de aspectos no surgidos en las entrevistas.

## 6. RESULTADOS.

A continuación, se presentan los resultados del análisis de las entrevistas realizadas, junto con las fuentes secundarias de información ya señaladas, tomando cada una de las categorías señaladas precedentemente.

### 7.1. Historia de las áreas de comunicación en cada hospital

En esta dimensión, se identificaron aquellas referencias tanto a la trayectoria individual de cada entrevistado/a en relación a su inserción en el hospital desde el campo de la comunicación, como al surgimiento de un ámbito específico dedicado a generar estrategias comunicacionales dentro de la organización hospitalaria.

En cuanto a la historia individual de cómo las personas entrevistadas llegaron al hospital y su trayectoria de formación, se pudo observar que la forma de inserción en el contexto laboral hospitalario es muy diferente en cada uno de los entrevistados. Por un lado, no existe un sistema de ingreso por selección general o por concurso (en un único caso la persona entrevistada concursó el cargo luego de estar trabajando durante unos años). El modo de ingreso está relacionado a trabajos anteriores en otras áreas del hospital o en otras dependencias de ministerios de salud, o por contactos o recomendaciones.

*“Yo venía de ejercer el periodismo y me convocaron cuando se crea el hospital”  
(HECA)*

*“Yo ya había estado en el área de gestión de pacientes” (HEC 2)*

*“Yo venía de trabajar en el Ministerio de Salud de la provincia” (HEC 3)*

*“Yo venía trabajando hacia unos años ya en la coordinación de información pública y comunicación del ministerio de salud de la nación y por la distribución de temas que se había hecho hacia dentro del equipo a mí me tocaban los efectores y a partir de eso, cuando surgían temas comunicacionales, del Garrahan, del Posadas, o de algún organismo descentralizado, me ocupaba yo. Y así fui estableciendo un vínculo bastante cercano con las autoridades del hospital, con el Consejo de Administración” (HG1)*

En tres de las entrevistas se menciona que la incorporación de la persona entrevistada fue desde el inicio de la existencia del hospital y del área de comunicación (en los Hospitales El Cruce y el Hospital de El Calafate, ambos SAMIC). En el resto de los casos, se fueron incorporando en diferentes momentos, cuando ya había algún tipo de acciones de comunicación puestas en marcha en el hospital.

Las experiencias previas provienen tanto del sector público como del privado, del ejercicio del periodismo o de la realización de tareas de planificación institucional, también son distintos los contextos de formación.

*“Yo creo que mi experiencia me permitió manejarme con los medios, más que la formación académica, no sé qué herramientas tendrá un planificador, pero claramente lo que me ayudó mucho fue haber transitado en otras áreas de comunicación, y también la intuición. Por supuesto que uno tiene un reservorio de la formación que uno ya lo naturalizó, pero más (proviene) de la experiencia”.*

(HBS)

*“Para mí era todo un hallazgo porque mi formación siempre fue más hacia lo privado, entonces fue todo un aprendizaje comenzar a ver cómo se manejaba el tema público. También era mi primera experiencia, no venía preformateada con otra cosa, entonces estaba ávida por aprender un montón de cosas” (HEC 1).*

*“Yo no tenía muy en claro como era mi inserción en el área”.*

(HEC 3)

Junto a esta historia personal, se configura en los relatos el origen de las áreas de comunicación en cada uno de los hospitales analizados. En este sentido, es preciso distinguir aquellos hospitales que tuvieron en cuenta e incorporaron a la comunicación como parte de la gestión desde su origen, como los Hospitales El Cruce y el Hospital El Calafate, en los que con el correr del tiempo se fue armando un área a partir de necesidades que fueron surgiendo por parte de la gestión. Es interesante el caso del Hospital Garrahan, en el cual las dos personas entrevistadas a pesar de no haber coexistido en el área y pertenecer a gestiones distintas, referencian del mismo modo el origen de la actividad vinculada a la producción de información en el hospital y su circulación en los medios masivos:

*“El departamento de comunicación es reciente, de los últimos 6, 7 años, antes existía la idea de alguien que se encargaba de la prensa, era una sola persona, la que dio origen fue Ana Paunero, que falleció, es un ícono en el hospital, la querían mucho, y en los medios, logró generar el vínculo prensa hospital Garrahan y llevarlo al lugar donde lo dejó”. (HG 2)*

*“Antes la comunicación estaba en manos de una periodista, en la jerga nuestra, una prensa de la vieja escuela, con una relación con los medios a demanda, una mujer muy querida en el hospital, (...) no estaba en el staff pero era del hospital, había una simbiosis muy grande. Ella estaba muy vinculada a la fundación y a la vez a los distintos consejos de administración que fueron sucediendo, después ella muere. Ella hizo un trabajo pionero, después yo lo recuperé, super minucioso, tanto que encontré cajas y cajas de monitoreo de medios de cuando se registraba en centímetros.” (HG 1).*

Más allá de la referencia a esta persona que se identifica como la pionera en el campo comunicacional en el Hospital, hay también por parte de una de las entrevistadas el señalamiento de un hecho puntual que determina que se vuelva a pensar en la

necesidad de cubrir ese espacio, luego de su fallecimiento. El hecho fue un caso de gran resonancia en el año 2013, a partir de un niño que estaba esperando un trasplante cardíaco que su abuelo, periodista de Corrientes, hace público a través de distintos medios (poner noticias de la época <https://www.ellitoral.com.ar/corrientes/2013-6-9-1-0-0-el-corazon-de-renzo-no-responde-y-ahora-necesita-un-nuevo-trasplante>)

*“El abuelo de Renzo, periodista de Corrientes, con un manejo de las relaciones con los medios muy importante, hace como un vivo de todo el proceso de búsqueda del órgano y el proceso de la cirugía, el trasplante, al punto que se hace viral una foto de Renzo con los papás entrando al quirófano. No había memoria de una cosa así. **El hospital había perdido el control de la comunicación...**” (HG 1).*

Es interesante esta idea que manifiesta la entrevistada de pérdida del control de la comunicación por parte del hospital, en tanto significó desde la gestión un rechazo muy fuerte hacia los medios de comunicación tal como cuenta en su relato, rechazo que implicó en gran medida cierto temor ante la divulgación sin control de información que vulneraba la privacidad del paciente.

Una situación similar aparece en la entrevista a referentes de comunicación del Hospital San Roque, donde ya en tiempos de pandemia, una información que se “filtra” en los medios genera un impacto tan fuerte que desde la dirección del hospital consideran la necesidad de generar estrategias de comunicación que contengan y “controlen” la circulación de información.

*“Cuando yo arranqué me comentaron en la dirección que había medios de comunicación o periodistas muy interesados en buscar historias sobre covid, porque la cuestión de covid era muy emergente, yo empecé en mayo y en abril empezó el hospital a recibir casos de covid, y había mucho miedo de la estigmatización que podía haber del hospital en función del tratamiento bien o mal de los protocolos y toda esta cuestión.” (HSR 1)*

En este caso, la información aparecida en los medios tuvo que ver con una paciente del hospital que había fallecido por Covid 19, con lo cual fue necesario aislar a una cierta cantidad de trabajadores por haber sido contacto estrecho, y esto generó una serie de notas periodísticas (<https://www.infoplatense.com.ar/nota/2020-6-8-0-33-0-coronavirus-aislaron-preventivamente-a-17-trabajadores-del-hospital-san-roque>; <https://www.infoplatense.com.ar/nota/2020-6-8-0-33-0-coronavirus-aislaron-preventivamente-a-17-trabajadores-del-hospital-san-roque>, <https://www.infoblancosobrenegro.com/detectaron-que-una-fallecida-en-el-hospital-de-gonnet-tenia-coronavirus-y-aislaron-a-17-trabajadores> /, <https://www.perfil.com/noticias/coronavirus/coronavirus-aislan-a-17-trabajadores-de-un-hospital-de-la-plata-y-temen-por-un-brote.phtml> )

Volveremos sobre este tema al abordar la relación del hospital con los medios masivos.

En el caso del Hospital Sommer, la necesidad de incorporar la dimensión comunicacional estuvo vinculada, desde la perspectiva de la entrevistada, a la propia historia del hospital, de más de ochenta años de existencia, cuyo objetivo original fue el constituirse en un sanatorio colonia para enfermos de lepra, en cumplimiento de la ley de profilaxis de la lepra. Con los avances y los cambios logrados en relación a esta enfermedad, se reconvirtió a un hospital de régimen abierto. “En la década de 1980, luego de la aparición de la sulfonoresistencia, surgió el tratamiento combinado proporcionado por la OMS que es de elección hasta la actualidad. Las ventajas de la poliquimioterapia, la duración acotada de los esquemas terapéuticos y otros avances llevaron finalmente a la derogación de Ley Aberastury y su reemplazo por la Ley 22964, que suprime la internación compulsiva y establece la obligatoriedad de todo paciente a tratarse como cualquier otra enfermedad transmisible”.

(<http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen32/42-43.pdf>)

*“Cuando se empieza a pensar el proceso de reconversión hospitalaria, lo primero que se piensa es que el hospital necesitaba sacarse de encima esta cuestión de la lepra, de que era para leprosos, y en 2003, 2004, entra mi compañera a*

*trabajar a la dirección del hospital a empezar a pensar una imagen hospitalaria que represente al hospital como era en ese momento. Ese para mí fue como el primer punto o primer atisbo de comunicación dentro del hospital, aunque la formalización del área haya llegado después” (HBS)*

Esta necesidad de cambiar la imagen del hospital generó acciones orientadas a buscar un logotipo y una referencia orientada a identificarlo como Hospital Nacional, y de esta forma comenzó el camino hacia la actual formalización del área de comunicación del hospital, denominada Área de Comunicación Institucional,

*“En 2013 me incorporo yo al equipo, así que éramos dos comunicadoras más la diseñadora, y ahí se formaliza el área de comunicación institucional dentro del hospital. Antes éramos ‘las chicas de comunicación’. En 2013 conseguimos la formalización del área, se crea el área de comunicación institucional”. (HBS)*

Una situación diferente se da en los dos hospitales descentralizados, ambos SAMIC (aclarar), como el Hospital El Cruce y el Hospital El Calafate, que en su origen tuvieron prevista la existencia de un área de Comunicación, que fue cobrando forma e identificando sus funciones durante su puesta en funcionamiento, en un caso (HEC) con una fuerte impronta de la dirección ejecutiva, mientras que en el Hospital El Calafate fue más difuso el objetivo con el cual era creada el área.

*“No me dijeron mucho en principio, los dos primeros años estaba vista como área asistencial, como área de organización de eventos, no se comprendía desde la dirección qué era la comunicación institucional” (...) “No se comprendía la presencia de una comunicadora social en una reunión institucional. tenía que explicar por qué iba. El plantel médico se sentía amenazado porque había un “civil” o un no médico. Así estuvimos año y medio hasta que ingresa una persona al consejo de administración y ahí armamos dos programas de radio, la web y las redes. (HECA).*

En cuanto al Hospital El Cruce, había una definición política sobre la necesidad de contar con un área de estas características. En palabras de la entrevistada:

*“Era un hospital nuevo, por lo cual todo por hacer, en un contexto que era muy favorable, tanto laboral como políticamente, entonces había todo por implementar, y la realidad fue que estaba todo dado para que pudiéramos hacer un montón de cosas. Todo lo que uno quería o proponía hacer, se hacía, no había límites. La primera cuestión que teníamos como objetivo con el director era que el hospital se conociera, por su funcionamiento que era muy distinto, un modelo de gestión distinto al resto de los hospitales del país. El desafío mayor era que el área de comunicación comenzó a funcionar antes de que el hospital abriera sus puertas, había que hacer que la gente conociera el hospital y supieran que era por derivación, que no fueran apenas abriera el hospital en forma masiva a atenderse” (HEC 1).*

En resumen, la categoría “historia del área” se divide en dos subcategorías, una en relación a la forma de inserción de las personas entrevistadas, y otra referida al origen de las áreas de comunicación en el hospital.

En la primera, se identifica una mirada acerca del propio rol de la persona entrevistada en el hospital como algo a construir a partir de las herramientas provenientes tanto de la experiencia profesional previa como, en menor medida según sus palabras, de la formación de grado. En este sentido se plantea la escasez de herramientas a la hora de hacerse cargo del puesto y la poca claridad en cuanto a las funciones a desempeñar. Esto último podría atribuirse a la inserción relativamente reciente en el ámbito hospitalario de profesiones como las vinculadas a la comunicación social, con el consiguiente desconocimiento acerca de lo que dichas profesiones pueden aportar y a cuál es el alcance de su rol, tanto desde las propias personas que se desempeñan en estas áreas como en el propio ámbito hospitalario.



En cuanto al origen de las áreas de comunicación en los hospitales, por un lado, se observa un fuerte vínculo con situaciones generadas a través de medios masivos de comunicación, que han sido difíciles de controlar por parte de la gestión hospitalaria, demandando una atención especial y una estrategia para abordarlas. Por otra parte, hay una necesidad de incorporar estrategias de comunicación para dar cuenta de los modelos de atención en tanto significan un quiebre en relación a lo que la población espera (en el caso del Hospital El Cruce, un modelo de atención en red, por derivación, sin atención ambulatoria; y en el caso del Hospital Sommer, una reconversión hospitalaria al convertirse en polivalente).

## 7.2. Relación de dependencia y ubicación física

Tal como mencionamos en el punto anterior, los hospitales creados más recientemente tuvieron incorporada en su estructura original la existencia de un área de comunicación, mientras que los hospitales más antiguos fueron teniendo la necesidad de crearla a partir de diversas situaciones. A fin de identificar esta situación, además de los relatos obtenidos de las y los entrevistados, se obtuvo información institucional acerca del lugar ocupado en la estructura.

En cuanto al Hospital El Cruce, en sus orígenes, el área de comunicación formaba parte del organigrama en dependencia directa de la Dirección Ejecutiva del Hospital, al igual que otras áreas tales como: Área de Asesoría Legal, Área de Investigación, Área de Docencia, Área de Calidad, Área de Auditoría Institucional, Área de Gestión de Pacientes y Área de planificación y gestión estratégica (ver página 37 informe de gestión 2009-2012). Sin embargo, esto fue modificado en el año 2016, donde el área de comunicación pasó a depender del Consejo de Administración:

*“El área de comunicación, desde el inicio dependió directamente de la Dirección Ejecutiva. Con el cambio de gestión en el 2016 seguimos perteneciendo a la Dirección Ejecutiva, pero en febrero de 2018 cambió esa estructura y dependemos del Consejo de Administración...” (HEC 1)*

Este cambio en la forma de inclusión del área en la estructura, es visto como un factor que impacta fuertemente en las características y posibilidades de acción del área.

*“En algunos momentos el área necesita tener un vínculo muy fluido con las autoridades y actualmente, al depender del consejo directamente y trabajando con todos los directores, hoy no tenemos tanto vínculo con la dirección ejecutiva, es más difícil articular, son distintas personas, con distintas miradas”. (HEC 1)*

Esto repercute, entre otras cosas, en los tiempos en los cuales se deben tomar las decisiones acerca de las publicaciones a realizar, una cuestión que es importante desde la mirada comunicacional. El tener varios interlocutores o personas por las cuales deben circular primero la decisión, se percibe como una dificultad.

*“Antes había que consultar con uno solo y ahora hay que consensuar con el consejo y con todos los directores, y después se publica, y a veces esos tiempos no coinciden con los de la comunicación, a veces nos quedamos muy atrás o vemos que en ciertos momentos otras personas comunican antes que el área, hay algo que articular o aceptar mejor” (HEC 1).*

Con el cambio en la gestión, el área se reconfiguró, ya que si bien el sector de telemedicina había pasado a depender del área de comunicación, se percibía que había cuestiones que respondían a objetivos y acciones diferente:

*“Estuvimos hablando con la dirección y se va a cambiar esa estructura, porque había cuestiones en las que gestión de pacientes trabajaba como una isla, y telemedicina trabajaba como una isla, y estaban trabajando con las mismas personas, y eso genera algunas interrupciones en la atención”. (HEC 3)*

Estos cambios de ubicación del área dan cuenta, por un lado, de la percepción en torno a la importancia de la comunicación como factor de poder, en tanto entra en disputa en cuanto al lugar desde donde se debe “manejar” la producción y circulación de información. Pero a su vez, plantea diferencias en cuanto a qué abarca la comunicación en el ámbito hospitalario, ya que se plantea no sólo como actividades de prensa y difusión, sino que se incluye además el sector de telemedicina.

A continuación, presentamos la figura 1 que da cuenta de la estructura del hospital en el período 2009-2012, donde la denominación del área era “Comunicación”, y en la figura 2, del año 2018 con una gestión diferente, donde se denomina “Área de Relaciones Institucionales, Imagen y Comunicación”.

Figura 1: Organigrama Hospital El Cruce 2009-2012

## Organigrama

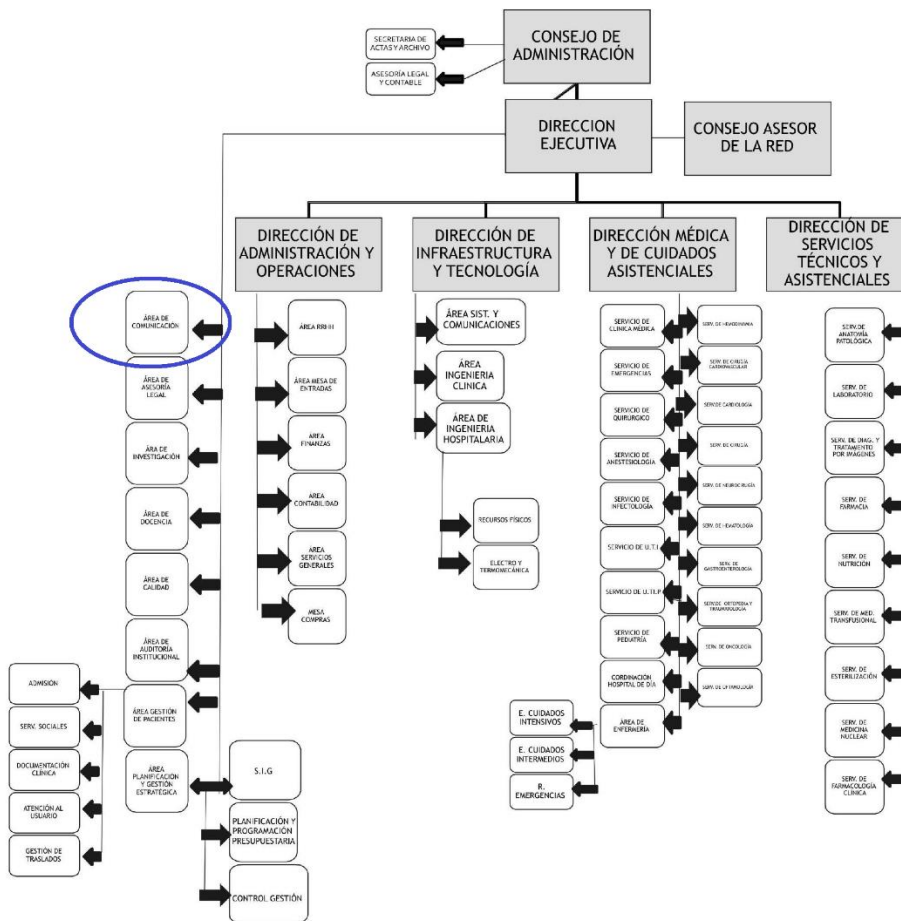
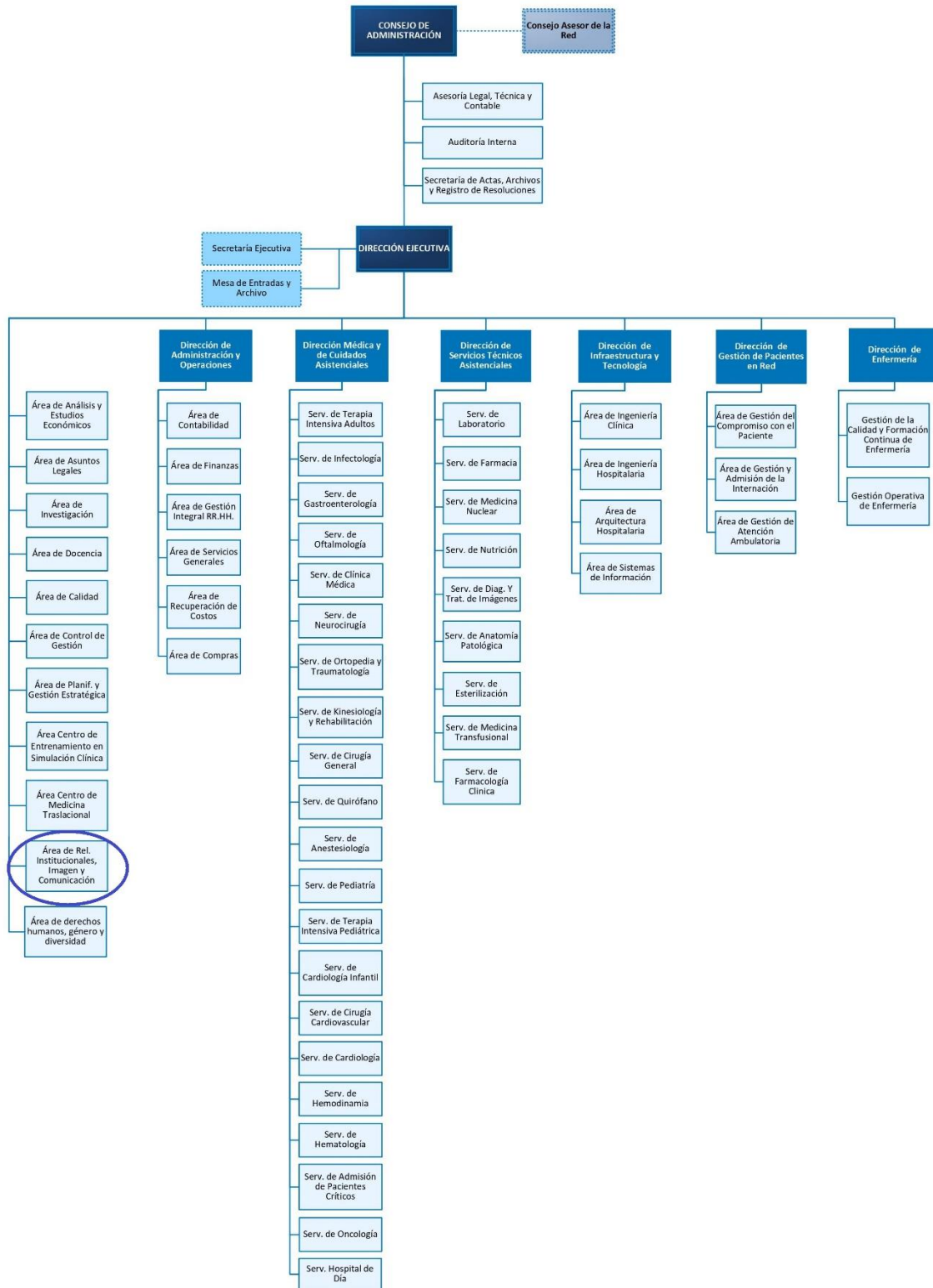


Figura 2: Organigrama Hospital El Cruce 2018



En el caso del Hospital Garrahan, las dos personas entrevistadas, quienes estuvieron a cargo del área cada una en diferentes gestiones, mencionaron la fuerte dependencia del área de comunicación del Consejo de Administración, identificado a su vez como el órgano más político del hospital.

*“En ese momento era un área que dependía del consejo de administración, área de comunicación y prensa, hoy es departamento de comunicación y prensa” (HG 1)*

*“Existe como departamento y depende directamente del consejo de administración. Yo tengo un cargo de asesor que tengo a cargo el departamento. Tenemos vínculo permanente con la dirección ejecutiva. Creo que depende directamente del consejo... no sé exactamente por qué fue de esa forma... pero tenemos vínculo directo con la dirección” (HG 2)*

Luego se transformó en Departamento de Comunicación y Prensa, con una jefatura, un área de producción de la información y un área de producción gráfica. Es interesante señalar aquí la resolución 911/2015 en la cual se crea dicha área en la estructura orgánica funcional del Hospital Garrahan, la cual en sus considerandos refiere la necesidad de jerarquizar el sector de Comunicación y Prensa “atento a que el mismo ha expandido sus tareas y campo de intervención, convirtiéndose en un espacio institucional de referencia en lo concerniente a la comunicación, difusión y desarrollo de las relaciones institucionales del hospital”.

En dicha resolución se señala que el campo de intervención tiene que ver con comunicación y protocolo, relación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, con organismos privados, “como así también la constitución de canales de comunicación fluida con los diferentes estamentos, su conducción y diversas áreas, a fin de promover la comunicación interna y externa”. (Resolución 911/2015 Hospital Garrahan).

A su vez en el primer artículo se establece que el Departamento Comunicación y Prensa dependerá del Consejo de Administración, a los fines operativos y administrativos.

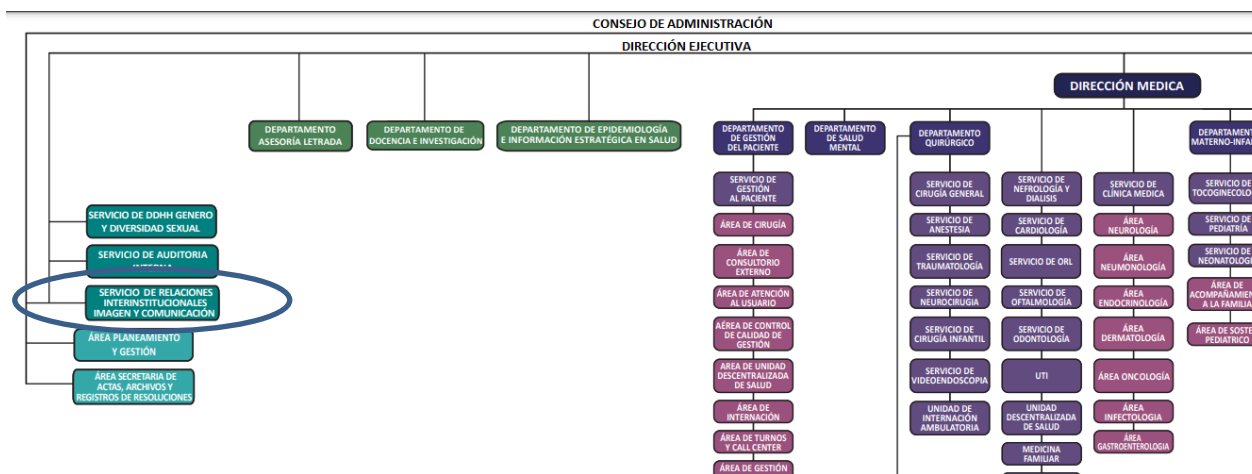
La asignación del espacio físico fue en un primer momento una cuestión problemática en este hospital:

*“El espacio físico era una oficina, primero en el tercer piso, una cueva inhallable, después fuimos mejorando, una cerca del consejo, que era muy necesario, después tuvimos un espacio más grande, incluso ahora está más jerarquizada el área”. (HG 1)*

Al momento de la segunda entrevista, la oficina del Departamento de Comunicación y Prensa del Hospital Garrahan contaba con un espacio físico ubicado estratégicamente en el piso de la Dirección con un área de computadoras para la producción de contenidos, y una oficina para el jefe o coordinador del área.

En cuanto al Hospital de El Calafate, el área depende de la Dirección Ejecutiva directamente.

Figura 3: Ubicación del área de comunicación en el organigrama del Hospital El Calafate



En relación al Hospital San Roque, es importante destacar la Disposición del 22 de mayo de 2020 (25/2020) cuyo artículo primero crea la Oficina de Comunicaciones del H.I.G.A “San Roque” M.B. Gonnet bajo la dependencia directa de la Dirección. Entre los considerandos, se establece que “asegurar la comunicación clara, precisa, completa y mancomunada dentro de la comunidad hospitalaria resulta fundamental en los tiempos que corren, que la comunicación abierta, fluida y permanente forma parte de toda estrategia de trabajo en equipo, para que el mismo resulte eficaz, que los equipos eficaces se construyen sobre una red de comunicaciones y conversaciones fluidas, puesto que la interacción aviva a la acción y que mantener canales abiertos de comunicación con la comunidad asegura que la calidad quede definida por la opinión de quienes asistimos” (Disposición 25/2020 Hospital San Roque, Gonnet).

En el relato de los entrevistados se manifiesta permanentemente el estrecho vínculo del área de comunicación institucional con la Dirección del Hospital, con la cual mantienen una reunión semanal e incluso integran un grupo de WhatsApp con ellos: según sus propias palabras, “tenemos una relación muy aceiteada con la dirección”. El tema del espacio físico es un aspecto muy importante para analizar el “lugar” (en términos de importancia, no sólo en términos físicos) que se le da a la comunicación.

*“Esta oficina, el espacio físico, es bastante reciente, arrancamos en una oficina que nos prestaban de uno de los directores asociados y acá funcionaba antes el registro civil, por varios motivos lo terminaron sacando y nos pasaron para acá, inauguraron la oficina de atención a la comunidad, que también es algo nuevo, viene a renovar la oficina de atención al usuario que estaba medio inactiva” (HSR 1)*

Los propios entrevistados manifiestan esta importancia de contar con un espacio físico y con una ubicación estratégica en el hospital:

*...hoy saben dónde encontrarnos, estamos a 10 metros de la dirección y a 10 metros de la entrada, es un lugar muy estratégico, y también compartir la oficina*



*con los chicos de atención a la comunidad, es algo super interesante para poder identificar las demandas de la comunidad, y cómo nosotros desde las estrategias de comunicación podemos abordar algunas, por lo menos tener una noción y así podemos generar políticas comunicacionales” (HSR 1)*

Si bien comparten espacio, perciben que esto genera algunas dificultades, más allá de la ventaja señalada de estar en contacto con las demandas de la comunidad.

*“también tiene sus complicaciones porque hay varias personas haciendo distintas cosas, compartimos el espacio también con la epidemióloga” (HSR 2).*

Finalmente, en cuanto a la relación de dependencia del área en el Hospital Sommer, denominada Área de Comunicación Institucional, podemos señalar que depende directamente, al igual que el Hospital San Roque, de la dirección ejecutiva del hospital.

*“Aunque todavía no estamos formalmente en la estructura del hospital, dentro de la dirección funciona como organismo independiente, aunque no se paga la jefatura. El hospital tiene cuatro coordinaciones, tres directores y un director ejecutivo, del que depende comunicación, el director que tenemos ahora está desde 2016 y la verdad es que con él todo es muy sencillo. Tuvimos muchos directores antes, muchos cambios de gestión, y por suerte este director no cambió y fue una alegría enorme” (HBS).*

Al igual que en otras situaciones, fue conflictiva la asignación de espacio físico:

*“Cuando yo entré trabajábamos en un pasillo... entre la dirección y la dirección administrativa, éramos tres que trabajábamos en un pasillo, en 2013, y en 2016 nos mudamos a la oficina que tenemos ahora, fue una enorme guerra... pasaba todo el hospital por ahí, y no podíamos hacer nada. Ahora nos dieron una oficina re linda pero lo único malo es que está lejos de la dirección, entonces tenemos que ir a la dirección, hay que ir porque si no se olvidan...” (HBS)*

En resumen, la categoría identificada como “relación de dependencia y ubicación física”, da cuenta de dos subcategorías que tienen que ver en definitiva con dónde están ubicadas las áreas de comunicación: ya sea en la estructura organizativa, como en el espacio físico del hospital.

En cuanto a la ubicación en el organigrama, si bien no todos los hospitales analizados han incluido aún al área en la estructura organizativa, puede observarse que salvo el Hospital Sommer, el resto tienen resoluciones o disposiciones donde se identifica claramente la existencia del área. Las áreas de comunicación analizadas dependen de la Dirección Ejecutiva, salvo en el caso del Hospital Garrahan en el cual depende del Consejo de Administración. En el caso del Hospital El Cruce, hubo un momento de la gestión en que pasó de depender de la Dirección Ejecutiva al Consejo de Administración pero luego volvió a la órbita de la Dirección. La dependencia de la Dirección Ejecutiva da cuenta de la importancia que se le asigna al área y del interés por tener una articulación directa, que no esté mediada por otras áreas o servicios.

Es interesante resaltar la forma de nombrar estas áreas o dependencias de comunicación. En el HEC, pasó de llamarse Área de Comunicación a llamarse “Área de Relaciones Institucionales, Imagen y Comunicación”. En el Hospital Garrahan, es un “Departamento de Comunicación y Prensa”. En el Hospital de El Calafate, se denomina “Servicio de relaciones interinstitucionales, imagen y comunicación”, mientras que en el Hospital San Roque, fue creado como “Oficina de comunicaciones”. En cuanto al Hospital Sommer, se denomina “Área de Comunicación Institucional”. Puede observarse la diversidad de formas de nombrar este sector, desde la definición misma en tanto Área, Departamento, Oficina o Servicio, como en relación a lo que abarca: comunicación, comunicación institucional, relaciones institucionales o interinstitucionales, imagen, prensa. Sin embargo, como se verá más adelante, no son muy distintas las funciones que cumplen y las acciones que llevan a cabo. Hay que señalar que la denominación “servicio” es la forma habitual de organización hospitalaria donde existen servicios de: cirugía general, de traumatología, neurocirugía, por nombrar algunos. Esto le da mayor jerarquía, al menos en el nombre, que área u oficina.

Por otro lado, la referencia a “imagen” en las denominaciones del Hospital El Calafate y el Hospital El Cruce, ambos de dependencia nacional, contiene una reminiscencia del ámbito empresarial. Cuando se habla de “imagen” en este contexto, se hace referencia al modo en que una organización, empresa, corporación, es vista por sus públicos, como si fuera un sujeto social, tiene que ver con la idea que tienen “sobre sus productos, sus actividades y su conducta” (Capriotti, 2013). Imagen e identidad son dos conceptos ampliamente tematizados en la literatura sobre comunicación institucional y marketing empresarial. Si bien apuntan a diferentes aspectos de la relación de las organizaciones con sus públicos, son dos aspectos interrelacionados: “la identidad es el ADN, el ser de la empresa, el ser única e irrepetible, para crecer, desarrollarse y durar (...) La imagen es la consideración, la evaluación que la empresa merece ante los diversos públicos más o menos implicados en ella, más o menos indiferentes” (palabras de Joan Costa en Carbone, 2006)

Otro aspecto vinculado a las denominaciones de las áreas es la identificación de la comunicación como ámbito de las relaciones (institucionales, interinstitucionales) y la identificación con las tareas de prensa, como aparece en uno de los casos señalados. En relación al lugar físico que ocupan dentro del edificio del hospital, es interesante analizar las distintas situaciones señaladas por las personas entrevistadas, siendo claro en todos los casos la importancia que le dan a este aspecto y la “lucha” que significa, de algún modo, encontrar un espacio propio que reúna las condiciones necesarias para funcionar de modo acorde a lo que se espera desde los organigramas y las disposiciones. Estos aspectos serán retomados en la discusión de los resultados ya que son importantes para evaluar el lugar que ocupa la comunicación en la gestión hospitalaria.

### 7.3. Relación con otras áreas y servicios

Uno de los aspectos que surgió recurrentemente en las entrevistas fue la percepción de haber tenido que abrirse camino dentro de cada hospital no sólo para poder llevar a cabo las tareas propias del área sino para ser aceptados por el resto de las áreas y servicios. Por tratarse de una incorporación reciente en el contexto asistencial, o por no entender la necesidad de contar con un área de esas características, lo cierto es que señalan que en muchas oportunidades se les hizo difícil la tarea, pero finalmente lograron ir ocupando un lugar.

En el caso del Hospital El Cruce, una de las entrevistadas plantea que, si bien el hospital era nuevo, su plantel se incorpora con toda una experiencia en otras instituciones, donde no era habitual tener un área o departamento de comunicación.

“Estaban acostumbrados a hacer lo que querían, y a comunicar lo que querían, en el tiempo que querían, era muy emblemático esto de que ellos iban y pegaban carteles por todos lados y después íbamos y los arrancábamos, porque la política era hospital sin papel...” (HEC 1)

Esto dificulta la tarea del área y hace necesario reafirmar la necesidad de contar con una comunicación institucional por donde canalizar las distintas necesidades. En el mismo hospital, otra entrevistada recientemente incorporada al área, aunque con experiencia de haber trabajado en otro servicio plantea que, al asumir la conducción del área, fue necesario acercarse a los servicios y ponerse a su disposición.

*“Había como una suerte de anarquía comunicacional, cada uno armaba su red, cada uno armaba su logo, desde la buena intención, pero lo que ocurría era que se devaluaban las redes institucionales” (HEC 2)*

En el Hospital El Calafate, al igual que lo planteado en el Hospital El Cruce, existe la idea de que otros servicios no comprenden la función del área de comunicación, incluso en algún momento hubo directores que, según la entrevistada, “no supieron aprovechar la potencialidad que tiene el área”.

*“Pero no hay concepción de que un comunicador puede ser útil, no se aprovecha al comunicador. No está usada el área de comunicación como una oportunidad de diálogo con el paciente.” (HECA)*

No obstante, se suele trabajar en conjunto con otros servicios, como por ejemplo con el área de Docencia e Investigación. Del mismo modo, en el Hospital San Roque la percepción es similar en cuanto a no comprender la función del área:

*“Vemos que hay una falta de comprensión a veces del aporte que pueden hacer los comunicadores al hospital” (HSR 1).*

En este sentido, mencionaron algunas situaciones en las cuales las propuestas de acciones de comunicación eran rechazadas o resistidas, muchas veces apelando a tener que dedicar su tiempo a cuestiones vinculadas a la atención directa, o a no querer participar de acciones que pudieran sentir que los comprometía de algún modo con la política institucional o de la gestión del hospital. O bien, por no estar de acuerdo y resistirse a las iniciativas:

*“... justo ahora estamos con distintivos para que la gente tenga la posibilidad de identificar quien lo está atendiendo, porque en la oficina de atención a la comunidad, por ahí vienen las personas y dicen me trato mal este médico, no sé cómo se llama, no sé quién es..., tiene que ver con eso, y entonces hay una resistencia...” (HSR 1)*

Por supuesto que no todos se resisten, sino que hay quienes son considerados “aliados” de la oficina:

*“...entienden el sentido, y nos acompañan, por ejemplo el servicio de residencia, docencia, nos vienen bancando. Pero se siente la resistencia, o quizás desconocimiento... Tal vez deba ser tarea nuestra, ser más pedagógicos...” (HSR 2)*

Al igual que en el Hospital El Calafate, hay mayor relación con el área de docencia y sobre todo con las residencias:

*“Les hemos aportado muchas herramientas para facilitar clases de cómo funcionan los servicios, a través de videos con los referentes de cada servicio, durante dos o tres semanas hicimos videos de las áreas que tienen que conocer del hospital, y eso lo coordinamos junto con docencia” (HSR 2).*

También la entrevistada del Hospital Sommer manifiesta, en forma entre irónica y risueña, la misma dificultad para que se comprenda el rol de la oficina de comunicación:

*“Lo que más hice estos ocho años desde que estoy ahí es tratar de explicar a la gente para qué estamos.” (HBS)*

Por el contrario, en el Hospital Garrahan, uno de los entrevistados planteó una situación de aceptación por parte de gran parte de los profesionales de salud de las iniciativas del área, quizás debido a que ya tenía una larga trayectoria de relación con los medios masivos.

*“Antes de trabajar en el Garrahan trabajé en otros hospitales y la verdad es que acá te encontrás con médicos que ya tienen más conocimiento de esto, muchos con más afinidad para comunicar y otros que no” (HG 2).*

Incluso, desde el área instrumentaron una encuesta para conocer el grado de satisfacción del personal médico en relación al Departamento de Comunicación y Prensa.

*“Se nos ocurrió para ver cómo podemos hacer para tener un feedback real de cómo estamos funcionando, porque nosotros sentimos muchas veces que estamos haciendo las cosas bien, pero no sabemos, las devoluciones llegan, pero queremos*

*saberlo. Tenemos un reporte anual 2018 sobre satisfacción, la idea es hacerlo todos los años". (HG 2)*

En esta categoría referida a la relación con otras áreas y servicios del hospital, surge la percepción de falta de comprensión, por parte de quienes integran los diferentes servicios del hospital, del rol de las y los comunicadores. Esto puede significar tanto el rechazo o la resistencia a las propuestas que se generan desde el área, como la ejecución de estrategias de comunicación desde los servicios sin pedir asesoramiento o apoyo del área de comunicación.

Es interesante observar aquí la percepción por parte de las personas entrevistadas de la resistencia, por parte de algunos sectores del hospital, a cambiar prácticas que se venían teniendo en relación a cómo comunicar antes de la existencia del área, teniendo que amoldarse a nuevas pautas o formas de proceder a partir de su incorporación. Esto en algunos casos fue vivido en forma conflictiva (la "lucha de los carteles", por ejemplo, cuando se relata cómo cada vez que aparecían carteles que no habían sido producidos por el área, se procedía a sacarlos). La idea de "anarquía comunicacional" pre existente y de la necesidad de poner un orden en esa anarquía es también un aspecto a resaltar en este apartado. La necesidad de considerar al área como una oportunidad y no como una amenaza, aparece también en estos fragmentos, siendo incluso autocrítico en el caso de uno de los entrevistados al plantear que el área debería explicar o enseñar al resto del hospital cuáles son sus funciones y las ventajas que conllevan para todas las áreas ("*Tal vez deba ser tarea nuestra, ser más pedagógicos*").

En cuanto a la interacción con otras áreas, aparece la mención específica al área de docencia, y la referencia a las áreas de gestión de pacientes o atención a usuarios, aunque pertenecen a diferentes sectores. No se menciona articulación, por ejemplo, con el área que generalmente se denomina de Recursos Humanos, siendo la comunicación institucional una cuestión que podría abordarse en forma conjunta.

#### 7.4. Estructura del área y recursos materiales

Dos aspectos centrales para analizar el lugar de las áreas de comunicación en la gestión hospitalaria son los denominados “recursos” humanos y los recursos materiales con los que cuentan para trabajar, así como recursos económicos para la producción de piezas y acciones de comunicación.

En cuanto a los perfiles profesionales, como se pudo observar anteriormente, es variable en cuanto a las experiencias previas de ejercicio profesional. Es importante señalar que las personas entrevistadas contaban con la siguiente formación académica: de las nueve personas entrevistadas, cinco estudiaron Licenciatura en Comunicación Social en universidades públicas (3 en la Universidad Nacional de La Plata y 2 en la Universidad de Buenos Aires); una de las entrevistadas es Licenciada en Relaciones Públicas de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora; otra entrevistada es Licenciada en Comercialización y Marketing (Instituto Universitario Escuela Argentina de Negocios) y un Licenciado en Comunicación Visual de la Universidad Nacional de La Plata. Uno de los entrevistados manifestó haber estudiado periodismo sin especificar qué tipo de estudios eran (terciarios o universitarios).

En el caso del Hospital El Cruce, la estructura del área fue ampliándose con el tiempo, como ha ido sucediendo en el resto de los hospitales:

*“Había una jefa, una persona de prensa, un diseñador y yo, al poco tiempo se incorporó una persona de sistemas y esa era la conformación del área, en el 2008. Hoy en día se amplió el grupo, se incorporaron dos licenciados en ciencias políticas (desarrollan herramientas de medición y estadísticas), y un comunicador con perfil más periodístico, y fotografía y video, filma y edita, y nos potencia el canal de YouTube”. (HEC 1)*

Esta incorporación de diferentes perfiles es interesante para analizar las acciones que se realizan desde estas áreas:



*“Con los licenciados en ciencias políticas pudimos incorporar al área de comunicación algo sobre satisfacción de usuarios, medirla, que antes se hacía desde gestión de pacientes”. (HEC 2)*

En cuanto al Hospital Garrahan, la estructura del área también fue ampliándose con el tiempo,

*“Yo había puesto como condición para ir, ir con una persona porque yo sabía, el Garrahan tiene 4000 empleados, tienen números enormes, gigantes, es un gigante, y yo sabía que era una picadora de carne entrar sola, llevé a una comunicadora social, periodista, con experiencia en comunicación y salud, y empezamos las dos. Después lo que hice fue incorporar un diseñador gráfico, que ya estaba en el hospital, que fue una buena incorporación”. (HG 1)*

La resolución 911/2015 mencionada en el punto anterior, establece incluso la estructura a adoptar: un/a Jefe/a de Departamento, un/a supervisor/a técnico/a para Gestión de Contenidos Gráficos y un/a supervisor/a técnico/a para Gestión de la Información, a los cuales se les suma un/a administrativo/a. Para cada uno se establecen la misión y las funciones específicas según el perfil de cada rol.

Desde la perspectiva de la entrevistada,

*“A fines de 2015 se hace una jerarquización del área, una resolución que lo transforma en departamento, incorporamos una asistente administrativa, dimos un saltito de calidad en cuanto a los recursos, nunca se tuvo caja, ni presupuesto, si teníamos algunos gastos podíamos solicitar” (HG 1)*

Esta cuestión de los recursos veremos que es recurrente en todas las áreas de comunicación hospitalaria. Al comenzar la nueva gestión en el año 2016, quien había concursado el cargo de Jefa de área de comunicación deja de cumplir con dicha

función y un asesor de la dirección ejecutiva pasa a ocuparse del equipo, el cual estaba conformado por dos diseñadores, un supervisor, una periodista, un administrativo y un publicista. Este cambio significó una fuerte impronta en cuanto a una visión más publicitaria de la comunicación:

*“Ganamos un premio en España por una campaña que hicimos para promover la donación interna de sangre. Nos dieron un premio, participaron los trabajadores del hospital. Hicimos una campaña con un video que hicieron los mismos trabajadores, con guiños hacia los problemas que tenemos, cuestiones que hicieron que fuera efectiva. Y llegamos a estar compitiendo en un concurso de publicidad, compitiendo con empresas como YPF, LÓREAL, con INCUCAI, que tienen presupuestos altísimos para publicidad” (HG 2).*

En el Hospital Sommer, la entrevistada hace un recorrido histórico en torno a cómo se fue estructurando el área de comunicación.

*“Cuando yo entré éramos tres, dos comunicadoras y una diseñadora y fotógrafa, la otra comunicadora se fue a los dos años, pasó a otro sector, porque tenía otros intereses, y quedamos dos, quisimos incorporar gente, pero tuvimos intentos fallidos, queríamos incorporar alguien que hiciera audiovisual, también lo que tiene la administración pública es esto de si lo podés hacer vos para qué vas a contratar a alguien...” (HBS)*

La cuestión de los recursos es planteada aquí como un tema complejo, que requiere que muchas veces los integrantes del equipo de comunicación trabajen con sus propias notebooks que deben llevar cotidianamente al hospital.

En el Hospital San Roque, la disposición de creación de la Oficina menciona directamente a las tres personas que la conformarán, tres personas con la Licenciatura en Comunicación Social completa, dos varones y una mujer. Con respecto a cómo se organizan, lo que plantearon fue:

*“Hoy, somos tres personas, una compañera y nosotros dos, nos distribuimos las tareas, según gustos personales o intuición de lo que cada uno tiene mayor capacidad, yo hice periodismo en la facultad, pero mis laburos tienen más que ver con planificación, Pablo en un medio de comunicación, prensa, pero ambos hacemos todos, no hay algo excluyente de cada uno pero en general, hacemos todo, ninguno es jefe.” (HSR 1)*

Al igual que el resto de las áreas analizadas, no se cuenta con un presupuesto asignado al área, si no que se solicita permiso a la dirección para los gastos según las necesidades.

*“Creo que tiene que ver con que la voluntad de la dirección existe, de otorgar recursos al área para desarrollar toda la dirección comunicacional e informativa y demás, hay una vocación de acompañar las iniciativas y de jerarquizar al área” (HSR 2).*

Lo mismo sucede en cuanto a los recursos con los que se cuenta en las áreas de comunicación, siendo nuevamente aquí fuerte la mención al apoyo que reciben de la dirección del hospital:

*“Tenemos una cámara fotográfica, prestada, por la dirección... es un gesto de la dirección. De las computadoras que había en la dirección, cuando trabajamos allá había un uso compartido pero cuando nos vinimos para acá nosotros usábamos nuestras computadoras. Pero ellos, adentro de la sala de reuniones tenían una de las computadoras más nuevas, bastante buena, les dijimos que un aporte importante sería que nos las dieran para prescindir de nuestras computadoras personales, así que la pudimos traer para acá. Hay una impresora doméstica, que nos permite hacer cosas pequeñas, en la secretaria de la dirección hay una impresora importante a la cual tenemos acceso, hay voluntad por entender que son cosas que necesitamos para el trabajo, y que, en función de las prioridades políticas contables, cuando exista la posibilidad se puede hacer una compra” (HSR 1).*

En cuanto al Hospital de El Calafate, el área depende de la Dirección Ejecutiva directamente, y cuenta con una estructura pequeña de dos personas, una orientada a la actividad periodística y la otra orientada a la actividad artística, aspecto que ha sido desarrollado en alguna oportunidad por el hospital en la forma de actividades artísticas para promoción de la salud hacia la comunidad y hacia el interior del hospital, dándole también una característica diferencial al área de comunicación en relación al resto de las áreas.

En resumen, se evidencia en esta doble categoría de estructura del área y recursos materiales, una búsqueda permanente por parte de quienes gestionan las áreas de comunicación de ir encontrando la forma más apropiada de organizarse y obtener los recursos necesarios para poder cumplir con su función, con mayor o menor acompañamiento por parte de las direcciones según los casos analizados. En la medida en que la dirección ejecutiva o los altos mandos de cada hospital asumen la importancia estratégica de contar con un área de comunicación, es más factible pensar en un desarrollo del área en términos de conformación de equipos y de acceso a recursos, aunque en este último caso es necesario señalar que por el momento no se ha identificado la existencia de áreas que tengan un presupuesto asignado para su funcionamiento.

En cuanto a la conformación de las áreas, hay una diversidad de perfiles profesionales puestos en relación además de los perfiles de las personas entrevistadas, donde predomina la formación académica en Comunicación Social y en menor medida otras profesiones como Relaciones Públicas, Comunicación Visual y formación en Marketing y Comercialización. En sólo uno de los casos se establece expresamente cómo debe ser la estructura del área y los perfiles. Se trata del Hospital Garrahan, que en la resolución 911/2015 describe la estructura, la misión y las funciones de: un/a Jefe/a de Departamento, un/a supervisor/a técnico/a para Gestión de Contenidos Gráficos y un/a supervisor/a técnico/a para Gestión de la Información, y un/a administrativo/a.

Otras profesiones y perfiles profesionales que se encuentran en las áreas de comunicación analizadas, además de los mencionados, son politólogos/as (se menciona su aporte para el trabajo en medición y estadísticas ) y perfiles vinculados a la producción de mensajes audiovisuales, particularmente fotografía y videos, que es como veremos algo que se ha impuesto bastante para la difusión de los hospitales a través de las redes sociales. En un solo caso, el Hospital El Calafate, se menciona un perfil vinculado a la actividad artística sin especificar más. En búsquedas realizadas en sus redes, se pudo identificar la existencia desde el año 2015 de un Programa de Arte y Salud, donde se define al arte en todas sus formas como un aporte para la salud integral en tanto manera de expresión, comunicación y encuentro con el otro. Esta actividad ha continuado en estos años teniendo un rol destacado durante la pandemia de COVID 19, sosteniendo y brindando un espacio de contención para el personal de salud por la labor realizada en ese contexto.

## 7.5 Funciones del área

En la revisión del estado del arte en torno al estudio de la comunicación hospitalaria, presentada en el capítulo 2, pudo observarse la variedad de expectativas puestas en juego al analizar la incorporación de áreas o gabinetes específicos para tal función. Con una fuerte influencia en la mirada vinculada al sector privado, se percibe que la comunicación está orientada en gran medida a la construcción de una imagen, vinculada a su vez a la idea de identidad institucional, además de tener un rol central en cuanto a la producción y circulación de información. En general, la idea que predomina es que la comunicación debería favorecer o promover relaciones más eficientes entre las personas que interactúan en la organización, con el objetivo de mejorar la calidad del trabajo en el cumplimiento de la misión del hospital. Esto se traduce en una serie de tareas específicas que suelen denominarse en la literatura corriente comunicación externa, comunicación interna, relaciones públicas, relación con los medios masivos, entre otras. Antes de analizar cómo se perciben esas acciones separadamente, se presenta aquí una mirada general en relación a la idea de cuáles son las funciones que tienen las áreas de comunicación en el contexto hospitalario, a partir de las entrevistas realizadas.

En cuanto al Hospital El Cruce, el área surge con un objetivo muy claro y definido en relación a la imagen que se debía construir de la organización y proyectar hacia la comunidad. Era necesario instalar la idea de “atención por derivación”, y para ello se llevaron a cabo una serie de acciones de comunicación orientadas a explicar el modo de funcionamiento del hospital. Al mismo tiempo, en el contexto político de la creación del Hospital (año 2008, presidencia de Cristina Fernández de Kirchner) los medios masivos habían iniciado una campaña de denuncia en torno a que se trataba de un hospital vacío, que no funcionaba, a pesar del presupuesto destinado para su creación, lo cual también definió el perfil inicial del área de comunicación.

*“Entonces ese fue el trabajo creo que el más importante que tuvo el área, trabajamos para eso, mucho al principio, haciendo charlas en los distintos barrios,*

*íbamos con el director y explicábamos esta nueva modalidad, y también venían muchos vecinos ... hacíamos reuniones y hacíamos toda una visita guiada por el hospital, para que vieran como estaba todo, porque en ese momento había una embestida desde los medios nacionales que hablaban de un hospital vacío, y había que hacer frente a esa campaña” (HEC 1).*

En palabras de una de las entrevistadas, esta fue la “misión principal”, generar estrategias de comunicación hacia la comunidad para que comprendieran cuáles eran los alcances y características del hospital.

Si bien en los primeros planes estratégicos del Hospital El Cruce (2009-2012 y 2013-2017) hay una mirada de la comunicación como dimensión transversal a las apuestas estratégicas y a los planes derivados de ellas, en el tercer plan (2018-2021) hay un desafío estratégico que menciona directamente a la comunicación: “Promover la gestión inteligente y la comunicación eficaz”. Allí se plantea el objetivo de “fortalecer la gestión interna de la administración y la comunicación con un modelo sostenible, eficiente y transparente, basado en la gestión por procesos y la mejora continua en un clima laboral saludable” (Plan Estratégico Hospital El Cruce, 2018-2021). Cabe consignar que fue el único Hospital en el cual se hizo referencia a la incorporación de la comunicación en el Plan Estratégico.

En cuanto al Hospital Garrahan, en la resolución 911 se especificaban claramente misión y funciones del Departamento Comunicación y Prensa, identificando también misiones y funciones de la supervisión técnica tanto de Gestión de la información como Gestión de contenido gráfico. En referencia a la misión, se señala que la misma consiste en “gestionar la política comunicacional de la institución, difundiendo las actividades asistenciales, educativas y de investigación, así como las acciones relacionadas con la comunidad, de acuerdo a los valores y objetivos del hospital”. A su vez da cuenta de doce funciones del área, entre las cuales están la relación con los medios masivos, el desarrollo de contenidos en distintos formatos destinados a los pacientes y sus familias, el mantenimiento de relaciones con otras instituciones, el desarrollo de síntesis de noticias y redacción de gacetillas, mantenimiento sitio web y

redes sociales, todas cuestiones esperables de un área de estas características, pero agrega algunas funciones que considero importante señalar:

- “Ejercer rectoría en lo concerniente a la comunicación de problemas de salud infantil, promoviendo el respeto por los derechos de los niños, niñas y adolescentes
- Asesorar a los equipos de salud que se desempeñan en la institución en temáticas vinculadas a la comunicación
- Transmitir partes médicos sobre pacientes si la institución lo define”

En palabras de uno de los entrevistados:

*“Las funciones del departamento son estimular el vínculo con los medios, armar comunicados, asesorar a los médicos para las entrevistas, acompañarlos. Tenemos un protocolo, dependiendo la temática el que tiene la voz es el jefe de servicio o quien él designe, a menos que una autoridad superior decida tomar la voz, cosa que no sucede”. (HG 2)*

En el Hospital San Roque, en la Disposición 25/20 de creación de la Oficina de Comunicación Institucional, de la Dirección Ejecutiva, se establece en el artículo 2, que la función de dicha oficina será llevar a cabo “la comunicación, interna y externamente, de todo aquello que el equipo de directivos apruebe previamente”. Es interesante observar aquí que en las entrevistas realizadas en dicho hospital se señala que existía anteriormente un área o una persona encargada de algunas tareas de comunicación. Sin embargo, no hubo contacto con esa persona y las funciones o tareas del área fueron surgiendo tanto desde las necesidades de la dirección como de la propia expectativa de los entrevistados en relación a su inserción en el hospital:



*“Cuando entramos fue como si no existiera nada, yo llegué y la primera tarea fue señalar con cartelería el circuito seguro de ingreso de pacientes COVID; lo segundo, el abordaje mediático de situaciones COVID del hospital, y una intención más personal de plantearle a la dirección el desarrollo de redes sociales con una plataforma de comunicación más cercana a la comunidad y a los mismos trabajadores del hospital, con la intención de fortalecer un sentido de pertenencia” (HSR 1).*

*“Nos montamos sobre una no regularidad, sobre una proyección difusa de la comunicación del hospital, o de las tareas de comunicación, como si no existiese nada antes, aunque no es real porque uno sabe que hay experiencias y demás, pero sabiendo que estaba todo por construir” (HSR 1).*

Si bien no todas las personas entrevistadas identificaron claramente las funciones del área, al preguntárseles en torno a las mismas, se refirieron directamente a las acciones y procesos de comunicación que forman parte de su tarea cotidiana.

Se presenta a continuación un cuadro con las funciones en los hospitales donde pueden encontrarse con un mayor nivel de formalización:

Hospital	Funciones del área/despartamento/oficina/servicio
HEC	Promover la gestión inteligente y la comunicación eficaz
HSR	Llevar a cabo la comunicación interna y externa de todo lo que el equipo directivo apruebe previamente
HG	Entender y gestionar los vínculos con los medios de comunicación
	Desarrollar contenidos en sus diferentes formatos para favorecer la accesibilidad a la información por parte de los pacientes y sus familias con el fin de optimizar la calidad de atención.
	Desarrollar las estrategias de comunicación de la institución, coordinar y proyectar la imagen institucional del hospital, difundir y promover sus proyectos a toda la sociedad.
	Ejercer rectoría en lo concerniente a la comunicación de problemas de salud infantil, promoviendo el respeto por los derechos de los niños, niñas y adolescentes
	Mantener relaciones con otras instituciones, hospitales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.
	Establecer canales de comunicación fluida con los distintos estamentos del hospital, su conducción y las distintas áreas a fin de promover la comunicación interna.
	Asesorar a los equipos de salud que se desempeñan en la institución en temáticas vinculadas a la comunicación.
	Mantener informada a la conducción del hospital sobre los temas de interés público que se relación con la institución.
	Desarrollar síntesis de noticias periodísticas que mencionen al hospital
	Redactar gacetillas, columnas de opinión, dossier y otros contenidos gráficos
	Producir y mantener actualizado el sitio web del hospital y sostener la presencia en las redes
Transmitir partes médicos sobre pacientes si la institución lo define	

En los dos primeros, son funciones generales, y en el caso del Hospital Garrahan, tienen un mayor nivel de detalle y especificación. En los otros dos hospitales analizados, las acciones y funciones se van definiendo a partir de las necesidades que surgen desde las distintas áreas pero fundamentalmente desde la dirección del hospital. Esto nos plantea la discusión que retomaremos al final, acerca de la necesidad y la posibilidad de planificar estratégicamente las acciones de comunicación, en contextos complejos y cambiantes, que se nutren de expectativas diversas, de la identificación de situaciones problemáticas que van surgiendo, y de necesidades propias de los distintos servicios y áreas del hospital.

Incluso cuando las funciones están detalladas y formalizadas como en el caso del Hospital Garrahan, las personas entrevistadas dan cuenta de acciones que fueron surgiendo en la práctica, y las cuales no siempre pueden ser evaluadas o analizadas para conocer su impacto y efectividad. A partir de la declaración de la pandemia de COVID 19, en marzo de 2020, las estrategias de comunicación tuvieron que reorientarse no sólo en cuanto a contenidos sino también en cuanto a las modalidades que hubo que adoptar frente a la situación de crisis que implicó un cambio en todos los procesos de atención hospitalaria.

Si bien la mayoría de las veces se llevan a cabo acciones aisladas, en algunas oportunidades se puede articular el trabajo con otras áreas, como se verá a continuación a partir de las experiencias en cada uno de los ejes en los cuales se resumen las funciones señaladas: comunicación interna, comunicación externa, relación con los medios masivos, relaciones institucionales.

## **7.6 Acciones de comunicación externa (prensa y difusión, actividades hacia la comunidad, utilización de redes sociales, relaciones interinstitucionales)**

En este apartado se analiza la percepción que tienen las y los entrevistadas/os en relación a lo que se denomina habitualmente “comunicación externa” en el campo de la comunicación organizacional, y que desde las perspectivas clásicas se refiere fundamentalmente a las estrategias que se dan las organizaciones para llegar a sus diferentes públicos (pacientes, familiares, población en general, otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, proveedores, medios masivos, por citar los públicos más comunes). Dejaremos las estrategias referidas a la prensa para un análisis particular y analizaremos qué consideran los referentes de áreas entrevistados como comunicación externa en su propio quehacer.

En cuanto al HEC, en todo momento los entrevistados dieron cuenta de la fuerte impronta del área desde la creación del hospital, en relación a la ejecución de estrategias destinadas a la comunidad. Tanto por lo narrado anteriormente, en cuanto a la necesidad de que se comprendieran las características de atención por derivación a un hospital de alta complejidad, como por convicción en cuanto a la necesidad de tener una relación con la población a pesar de ello. Se menciona que, en los primeros tiempos del hospital, desde la dirección ejecutiva esta era una línea específica de trabajo:

*“A pesar de ser de derivación, la dirección en ese momento quería que tuviéramos un rol activo en la comunidad, y que la comunidad pudiera venir al hospital, aunque fuera vinculándose de otra manera, no sólo para la atención”. (HEC 1)*

Para lograr ese acercamiento, desde el área de Comunicación comenzaron a desarrollarse una serie de eventos, culturales y deportivos, en conjunto con la municipalidad de Florencio Varela, tales como conciertos al aire libre en el estacionamiento del hospital, así como maratones con la participación de más de 1500 personas. Los conciertos también consistían en actividades con una amplia

convocatoria, con artistas como Darío Volonté, la Camerata Bariloche, la Sinfónica de Buenos Aires, del Teatro Colón, como también la Orquesta Escuela de Florencio Varela. Con el tiempo esos eventos dejaron de organizarse, por cuestiones presupuestarias y también por cambio de gestión y nuevas decisiones en cuanto al área.

*“Hoy en día veo en las distintas plazas a la gente corriendo con las remeras de los distintos años de las maratones del hospital, que eso tiene una promoción increíble del hospital. Y cuando no se hizo, la gente lo estaba esperando, mandaban mensajes por las redes sociales, preguntando.” (HEC 1)*

Estos eventos lograron darle una identidad muy fuerte al hospital, así como las exposiciones y muestras artísticas en su interior, en espacios como pasillos y salas de espera.

Un aspecto que está muy presente en todas las áreas de comunicación es el manejo de las páginas web, y en los últimos años la incorporación de las redes sociales como Facebook, Twitter, y más recientemente, Instagram. Los hospitales con página web propia son centralmente los hospitales SAMIC, ya que tanto en el caso del hospital de dependencia provincial como en el de dependencia nacional, están mediados por ambos ámbitos de dependencia.

En cuanto al sitio del Hospital el Cruce (<https://www2.hospitalelcruce.org/>) contó desde sus inicios con una página web que fue modificándose con el transcurso de los años, actualizando su estética y su organización de contenidos.

“Es nuestra principal herramienta de consultas, siempre nos estamos fijando en las noticias, cuál repercute más, cuántas visitas hay en la página...tenemos el portal que tiene una página principal y las cinco noticias más importantes, le damos mucha atención a las fotos que subimos y a la noticia que se pone, y más abajo noticias más de cursos, de eventos, y centralizado lo que el hospital tiene como eje, del centro de simulación, telemedicina, la revista del hospital, distintas

cuestiones que cuando las queremos destacar las ponemos en un botón aparte.”  
(HEC 2)

Se menciona también que durante los primeros años se llevaba adelante una Revista impresa para la comunidad, hasta el año 2017, con una tirada aproximada entre 5000 y 10000 revistas, la cual era distribuida en los hospitales de la región y tenía también la función de actuar como articuladora con ellos.

*“Siempre tuvo buena recepción. Teníamos dos vínculos concretos con los hospitales, la revista y la entrega de juguetes con el grupo del hospital que se llama Enredados, y esas dos acciones fueron siempre muy bien recibidas. Cuando no se hacía la revista nos preguntaban, pero bueno tiene un costo que no siempre se puede afrontar, y además de imprimirla la colgábamos en la página.” (HEC 3)*

Cabe destacar que, en el 2020, al incorporarse como jefa del área otra persona, también entrevistada para esta investigación, la pandemia de COVID 19 había obligado a replantear y repensar muchas de las estrategias que estaban en marcha.

*“Cuando me proponen este desafío, yo lo tomé como un desafío, me puse a pensar por mí misma, en un año tan particular por la pandemia y con el conocimiento previo que ya tenía de la organización, y la experiencia de trabajo en otras organizaciones, en un plan de comunicación acotado, a corto plazo, desde julio a diciembre, porque también estaba acordado plenamente a este contexto de pandemia para después en diciembre empezar a pensar algo de la desescalada.” (HEC 2)*

En este contexto, las acciones estuvieron destinadas a informar en torno a cómo continuar con la atención en el nuevo contexto COVID 19, brindando información segura para el cuidado y la prevención. A su vez, ante un cambio en la gestión a fines de 2019, también las estrategias estuvieron orientadas a posicionar a la nueva conducción del hospital.

*“Se generó un nuevo plan de comunicación donde los ejes fundamentales fueron posicionar nuevamente al hospital como una entidad cercana a la comunidad con este contexto de pandemia desde la colaboración, desde brindar información segura en este contexto de infodemia, y de abrir canales para evitar que la gente se movilizara desde su casa, pero a la vez sienta la contención necesaria que tiene que brindar una organización de salud. El otro eje fue, por cuestiones de gestión y de políticas anteriores, mostrar que el hospital está activo nuevamente, creciendo, como por ejemplo con el CEMET, con AMI, que se trabaja con los hospitales de la red y con los CAPS, y ahora con los hospitales modulares de emergencia”. (HEC 2)*

En cuanto al Hospital Garrahan, también podemos observar dos momentos según cada uno de los entrevistados. En relación a quien estuvo a cargo del área hasta 2017, plantea que a principios de ese año cambia la perspectiva que venía teniendo el hospital en torno a la comunicación y pasa de un enfoque de relación con la prensa a uno de marketing. Si bien se analizará la relación con la prensa más adelante, aquí interesa señalar que era una de las prioridades del área en cuanto a comunicación externa, por su calidad de hospital de complejidad pediátrica de referencia nacional y por el prestigio que tiene. A partir de 2018, con la introducción de los cambios señalados, según el entrevistado quien era el que estaba a cargo del área en ese momento, se trató de “poner en valor todo el trabajo que se hace” en el hospital a través de distintas estrategias comunicacionales.

*“...empieza a funcionar a nivel país el posicionamiento de la salud pública, cuando vos elevas eso, cuando le exigís desde este lugar, no levantás solo al resto de los hospitales sino exigís también a los hospitales privados estar a la altura, entonces nosotros empezamos a comunicar como comunicaban ellos, la diferencia es que nosotros hacemos en muchos casos cosas mucho más grandes, lo que les obliga a los demás a subir el nivel y yo creo que es muy importante” (HG 2)*

Aparece también una mirada crítica hacia la gestión comunicacional anterior, en relación al uso de las redes sociales:

*“Antes había redes, pero no se utilizaban como canales digitales, se usaban para gacetillas, había posteos, pero no había una decisión de tomarlo como los canales que son” (HG 2)*

En cuanto a producciones gráficas, si bien no cuentan con una revista como solía tener el Hospital El Cruce, tienen distintos tipos de publicaciones:

*“Hay folletería para los pacientes...hacemos producción gráfica para pacientes, hay un comité con directores de todas las áreas, se encargan de recibir los pedidos de los servicios, por ejemplo dicen necesitamos un folleto sobre raquitismo para los pacientes, hacen la justificación el comité evalúa si es necesario o no, si es necesario ellos nos mandan la información y nosotros trabajamos la parte gráfica, correcciones, para que sea fácil de entender, y demás, y después se manda a imprimir y se entrega al servicio para que lo repartan con ciertas instrucciones” (HG 2).*

El área de comunicación del Hospital Calafate, también entrevistada en un momento de quiebre por cambios en la gestión, daba cuenta de la realización de distintas jornadas y de salidas “extra muro”, comunitarias, como por ejemplo con carpas para la prevención en salud. También señala la relación con otras instituciones como actividades de comunicación externa, como organizaciones deportivas:

*“Por ejemplo hace unos días se inauguró un estadio, y se participó como hospital haciendo la medición de todos los jugadores, nutricional, traumatológica etc.” (HECA)*

Sin embargo, no aparecía la idea de una planificación sistemática en relación a estas actividades. También se tuvo la oportunidad de entrevistar a esta persona antes y durante la pandemia, con lo cual esta situación modificó las expectativas y posibilidades, siendo durante la pandemia lo más prioritario la relación con la prensa de la zona a través de los distintos medios masivos locales y de la provincia de Santa Cruz.



En cuanto al Hospital San Roque, como ya vimos, comenzó prácticamente a funcionar junto con la declaración de pandemia, a principios de 2020, teniendo en el inicio una fuerte indicación por parte de la conducción del hospital de manejar la información que salía hacia afuera ya que había habido una situación como ya mencionamos, que había originado la necesidad del área.

Una estrategia percibida por los entrevistados fue la que se hizo justamente en relación a la pandemia, ante las medidas de aislamiento social y distanciamiento después, más la necesidad de bajar al máximo la circulación de gente en todos los ámbitos, se implementaron los turnos telefónicos. Esta fue una iniciativa de la dirección en conjunto con las áreas correspondientes y el área de comunicación también formó parte de la implementación, a través de la difusión en redes sociales fundamentalmente.

Por otra parte, como planteamos al principio, existe una serie de acciones que, si bien se piensan como comunicación externa o hacia la comunidad, terminan teniendo impacto y siendo importantes para los propios trabajadores, profesionales y no profesionales, del hospital. Esto se dio mucho en el contexto de pandemia, no sólo en los hospitales analizados sino en otros hospitales que utilizan las redes sociales, que generaban contenido en torno a donación de plasma, o de pacientes recuperados de covid, los cuales generaban información desde el hospital hacia afuera pero también contribuían a consolidar la identidad de hospital y referenciar a sus trabajadores, a través de la red social Facebook del hospital.

*“Y por otro lado, otra serie de cuestiones que tienen que ver con la identidad del hospital, que generan mucha llegada de la gente, son cosas más emotivas, de sentido de pertenencia, a través de redes, en los medios. Pasó con un par de materiales audiovisuales que hicimos, uno la invitación a donar plasma a pacientes recuperados, como parte de la campaña nacional, y significó referenciar a una persona que trabajaba en hematología... fue una super herramienta de motivación y hacia afuera generó mucha información, y explotó. Otro material con una persona que estuvo internada dos meses y cuando se lo estaba por dar de alta vino la familia a recibirlo, registramos eso, y fue muy exitoso,*

*comunicacionalmente la familia aportó, trajeron un pasacalle, y estuvo bueno”  
(HSR 1)*

En el Hospital Sommer lo que surge es la dificultad para la planificación de las actividades de comunicación desde el área (“siempre quisimos tener una planificación anual pero nunca funcionó”). Esta mirada trasciende el contexto de pandemia, donde es esperable que se actúe más allá de lo que pueda estar planificado, ya que muchas de las situaciones van surgiendo sin posibilidad de ser previstas de antemano. Es interesante la mirada acerca de cómo se llevan a cabo las acciones por parte de la entrevistada:

*“somos muy permeables a lo que va pasando y terminamos modificando todo, sacando la pandemia, yo creo que hoy el área funciona un 70 % pedido y 30% de cosas que se nos ocurre a nosotras, lo hacemos bien igual, no es que lo hacemos con baches” (HBS)*

Surge algo similar en relación a lo planteado en el Hospital San Roque, si bien se percibe que las redes sociales son fundamentalmente para la comunicación externa, terminan teniendo un fuerte impacto hacia adentro, al punto de ir también generando contenido para el propio personal del hospital.

*“Supuestamente todas las redes sociales son para la comunidad, para los pacientes, sus familias y todas las personas interesadas en el hospital, pero casi siempre subimos cosas que son para el personal, porque tenemos mucha llegada, lo del día del trabajador lo mandamos por mail pero después dijimos subámoslo a Facebook también, igual después la comunidad se copa.” (HSR 1)*

A modo de síntesis de este eje de análisis, se puede observar que en los cinco hospitales analizados el denominador común es el uso de las redes sociales (Instagram, Twitter, Facebook), las cuales durante la pandemia de Covid 19 han tenido una mayor actividad, potenciando incluso las capacidades del área con la producción

de contenidos gráficos y audiovisuales, teniendo un impacto no sólo hacia pacientes sino también al interior de los equipos de salud. Se percibe una búsqueda constante por generar acciones hacia la comunidad, como la realización de actividades culturales y deportivas, en el caso del HEC; las carpas de prevención de la salud y participación en eventos deportivos en el caso del Hospital de El Calafate. Las personas entrevistadas del Departamento de Prensa del Hospital Garrahan no hicieron mención a actividades de estas características, pero sí se refirieron a la producción de contenidos gráficos sobre distintas temáticas referidas a los servicios para los y las pacientes del hospital.

En relación a las páginas web, los hospitales de dependencia SAMIC cuentan con un mayor margen de maniobra en relación a hospitales que dependen de los Ministerios de Salud tanto nacional como provincial, donde están sujetos muchas veces a las directivas de los ámbitos de comunicación propios de cada organismo. Parte de estas directivas tienen que ver con una centralización de la información desde los órganos de prensa de cada ministerio, aunque las redes sociales funcionan descentralizadamente.

En la mayor parte de los relatos puede inferirse la dificultad para la planificación de las acciones de comunicación, a veces manifestada explícitamente como en el caso del Hospital Sommer, donde se asume esa dificultad mencionando la “permeabilidad” del área para realizar acciones según “van surgiendo” en relación al contexto. Esta es una cuestión interesante a analizar, ya que si bien es fundamental contar una planificación para organizar y llevar a cabo los procesos de comunicación, hay una cantidad importante de acciones que ocurren por fuera de la planificación, a pedido de los distintos “públicos internos”.

## **7.7. Acciones de comunicación interna (acciones de comunicación dirigidas a trabajadores del hospital, comunicación en los equipos de salud)**

La comunicación interna en la bibliografía clásica suele definirse como el conjunto de acciones que se generan y ejecutan dentro de la organización, para la creación y mantenimiento de las óptimas relaciones con y entre los miembros de la misma, para la cual se deben emplear diferentes medios de comunicación, que los mantenga informados, motivados e integrados. Según Ritter, la comunicación interna “promueve la participación, integración y convivencia en el marco de la cultura organizacional, en donde cobra sentido el ejercicio de funciones y el reconocimiento de las capacidades individuales y grupales”. Según este autor, el problema es que se cree que “todos son los dueños” de las comunicaciones internas, y se torna “tierra de nadie”.

En el caso del Hospital El Cruce se percibe como una dimensión que fue un poco relegada frente a la necesidad de generar estrategias de comunicación hacia afuera del hospital, considerando fundamental el poder ocuparse también de este aspecto de la comunicación institucional. Es interesante el recorrido realizado en un hospital con tan pocos años desde su creación, que además en su origen se propuso eliminar la mayor cantidad de uso de papel posible, y de generar formas de comunicación que estuvieran basadas en el correo electrónico y luego, en la intranet (definir).

*“Tratamos de abrir algunos canales, formalizarla, siempre fue el mail y había quedado en desuso, uno abusaba de esos correos electrónicos y después nadie los abría cuando veía que eran de comunicación social, nadie los consultaba. Después se armó la intranet, se puso en marcha, al principio no todos la usaban, pero también hay que poner contenidos interesantes para incentivar su uso, y fuimos viendo que cosas poner para que la gente se interese. ¿Uno como trabajador qué busca? Planillas que tiene que presentar, un teléfono interno, cosas que obliguen a que uno tenga que entrar y la noticia que estaba la veías o la veías”.*  
(HEC 1)

Frente a las viejas carteleras, a las que muchos hospitales aún recurren, el hecho de contar con mayor presupuesto por parte del Hospital El Cruce permitió en su lugar poner televisores para información continua. Otro recurso, pero que no pudo sostenerse en el tiempo, fue la producción de una revista interna: “tuvo dos números, pero no se continuó, si bien fue bien recibida” (HEC 3).

Al igual que en otras experiencias, como la del Hospital San Roque, se destaca la participación del área en lo que se denomina proceso de inducción del personal, en lo cual se manifiesta haber trabajado en conjunto con el área de recursos humanos, con una impronta en relación a que se conozca el funcionamiento interno del hospital, pero también lo que se considera la “fidelización” de los trabajadores del hospital.

*“Queremos fortalecer la comunicación interna porque ha crecido el plantel del hospital. Se ha incorporado el manual de inducción y ahí trabajamos mucho con RRHH, tenemos que ver como reforzamos esto para fidelizar a los trabajadores del hospital” (HEC 1)*

En el caso del Hospital Garrahan, en los primeros años de la puesta en funcionamiento del Departamento de Comunicación y Prensa, se señala que solían hacerse carteleras para avisos en papel, y si bien se utilizaba el correo electrónico se apelaba con mayor fuerza, al igual que en el Hospital El Cruce, al uso de la intranet.

*“...en todo ese proceso de cuatro años, se hizo importante justificar la necesidad de la comunicación, esto si fue una batalla ganada, que lo que finalmente queda es que es necesaria la vía de comunicación, cada día más servicios necesitaban y recurrían al área para comunicarse.” (HG 1)*

En esta primera etapa, los servicios tenían desde la perspectiva de la entrevistada, una relación directa con el departamento de comunicación, y tuvieron que establecer un circuito para ordenar la demanda, sobre todo en relación al área de docencia por tener mucha actividad.

En los primeros años la página web del hospital prácticamente no existía como herramienta de comunicación y según el relato de la entrevistada, el área de docencia tenía un campus virtual que se fue transformando en lo que debería ser una página web, por lo cual era necesario ordenar de alguna forma todos esos dispositivos.

*“Yo hablaba de la confluencia digital, porque cuando llego estaba el campus, la intranet, la web, otro sistema, mil ventanas que compatibilizar desde el punto de vista gráfico y estético hasta contenidos, más la fundación” (HG 1).*

Otro actor clave en el Hospital Garrahan es la Fundación, como menciona la entrevistada, que a su vez tenía su propio equipo de comunicación:

*“Porque la fundación tenía un área de comunicación con más personas y recursos, y hacia lo que tenía que hacer el hospital, cuando el hospital dice nosotros vamos a tener nuestra área de comunicación hubo un ruido grande” (HG 2).*

En cuanto al entrevistado que gestionó el área desde 2018 a 2019, manifestó que el ámbito de la comunicación interna era un aspecto a mejorar:

*“Principalmente porque no tenemos canales sólidos de comunicación, tenemos la intranet, que es una especie de página WEB interna donde hay muchísima información que viene de parte de los servicios, mandan los servicios para que descarguen otros servicios, y tiene una sección de noticias, pero son generalmente bajadas de información pesada que nos transmite la gerencia, para los administrativos, reconocimientos, cuando el consejo o la dirección quiere comunicar algo en forma más masiva, la realidad es que no todo el mundo lo consume como medio de información entonces ...” (HG 2)*

En cuanto al uso del correo electrónico, al igual que en el Hospital El Cruce, se considera una herramienta que no se utiliza o al menos, que no tiene instantaneidad, sobre todo en sectores del hospital que no tienen dispositivos como celulares

inteligentes o la posibilidad de acceso a una computadora en el sector donde se desempeñan.

“Vamos a tener pantallas internas con cartelería digital, que nos permite a nosotros subir placas para que las vean los diferentes miembros del hospital, pero el problema que tenemos es que todos los medios no nos permiten llegar a un público específico, nos permiten a una totalidad, entonces hay comunicaciones que se hacen complejas. queremos por ejemplo que los médicos sepan que tienen que renovar su matrícula, ok, como hacemos para llegar sólo a los médicos, las listas de mails no están discriminadas, pero es cierto que tenemos la capacidad de que, si queremos que algo se sepa, se sabe, porque utilizamos todos los medios.” (HG 2)

En el Hospital de Calafate, durante los primeros años de la gestión del área se manifiestan ciertas dificultades en general, producto de la doble dependencia nacional y provincial, de gestiones pertenecientes a partidos políticos diferentes, y atravesando incluso un proceso de intervención durante los primeros años de su creación.

Esto se ve representado en dificultades para lograr la llegada del área de comunicación a algunos de los servicios o áreas del hospital, y al rol de ser “difusora de la gestión”, en vez de considerarse como del hospital en cuanto organización sanitaria. Esto incide también en cómo pensar la comunicación al interior del hospital:

*“Necesitamos generar una conciencia diferente en la dirección, no se comprende que establecer una directiva no es solo la ejecución de una tarea, sino que comprende una comunicación. Recursos humanos no comprende su tarea ligada a la comunicación sino a la administración. por eso las comunicaciones de recursos humanos salen a modo de circular por otra vía. Incluso hay comunicaciones que salen de la dirección a través de la secretaria y eso no se comprende que es un acto de comunicación. no pueden distinguir comunicación de administración” (HECA).*

Cabe destacar que, en el transcurso de esta investigación, ante el cambio de gobierno, cambió también la gestión del hospital y la misma entrevistada continuó en su cargo con una nueva dirección y un nuevo Consejo de Administración con una perspectiva diferente de la comunicación, con la intención de incorporar el área como un aspecto central de la gestión hospitalaria e incluso planteándose estrategias hacia adentro y hacia afuera, como veremos más adelante.

Un aspecto aún no mencionado surgió en la entrevista a los responsables del área de Comunicación Institucional del Hospital San Roque, referido a la utilización de carteles para comunicación interna. La señalización de las diversas áreas y servicios del hospital es un tema a tener en cuenta cuando se aborda la dimensión comunicación.

*“Nos encontramos con que hay un caos de información en las paredes y puertas del hospital que son destructivas, sin embargo, hay sectores como quirófanos que dicen que quieren estar señalizados, vamos recorreremos juntos, pensamos como señalizarlo” (HSR 2)*

Surge la dificultad de “erradicar” los modos propios de cada área o servicio de resolver la cuestión de la señalización cuando no hay una definición institucional al respecto, apelando a papeles, fibrones, pegados en puertas, ventanas o paredes.

*“...igualmente, se dio el caso de enfermería del área de terapia intensiva, lo cual estuvo buenísimo, ellos tenían unos carteles viejos de lavado de mano, pegados en los baños, y fue uno de los pocos carteles que nos vinieron a pedir acá, y la idea sería que eso se vaya instalando...” (HSR 2)*

Así como se identifica, como en otros casos, que el Facebook tiene un uso mayoritariamente para comunicación externa, aparece para la comunicación interna un recurso que no se había mencionado aún, que es el uso del WhatsApp. Si bien hay intranet, como en el HEC y el Garrahan, sucede algo parecido en cuanto al poco uso que el personal hace de esa herramienta.

*“Hay intranet pero usamos el canal que nos parece de más fácil acceso como el WhatsApp, desarrollamos una plataforma de contactos, con 1500 personas, con un número de la oficina desde el cual distribuimos información de carácter interno o a veces para reforzar algo externo. No sin que sea algo complejo, tenemos*



*algunas limitaciones materiales para llegar a todo el mundo, que tienen que ver con que la gente nos tiene que tener agendados para que les llegue la información. hay grupos de WhatsApp con los jefes para que ellos distribuyan a sus servicios. no tenemos quizás un ida y vuelta, cuando armamos este canal pensamos que lo bueno era tener un ida y vuelta, no solo como difusión, sin embargo, esto es algo que se construye.” (HSR 1)*

De todos modos, no deja de tener alguna dificultad la utilización de estas herramientas. Aunque sean de uso cotidiano para todas las personas, el uso en este contexto no siempre da los resultados esperados. Se menciona en ese sentido un cuestionario que desde el área lanzaron como formulario de Google y enviaron a 1300 personas, de los cuales volvieron apenas 300 respuestas.

En el Hospital Sommer si bien se plantea que tienen como práctica el uso del Outlook (gestor de correo electrónico de Microsoft) para enviar información a los trabajadores del hospital, esto les ha generado algunos problemas por lo cual no sería una herramienta eficaz para la comunicación interna.

*“Usamos el Outlook, tenemos un sistema de mails, tenemos una base de datos con los mails para la comunicación oficial y después tenemos un servicio de intranet pero solo se usa para recibos de sueldos y alguna cosa de recursos humanos muy puntual” (HBS).*

Una de las grandes dificultades que se plantea, desde el punto de vista de la entrevistada, es que no se cuenta con buena señal de telefonía móvil, ni tampoco con conexión inalámbrica (lo que habitualmente se denomina “wi fi”).

*“Un problema serio es que no tenemos señal, doblás en la rotonda donde termina la ruta para ir al hospital, ¡y no tenés más señal! No te va a caer un mensaje... Hay muchos sectores que tienen wifi y otros no, mandábamos un mail y no llegaba nunca”. (HBS)*

A su vez, hay un uso compartido de computadoras, por un gran número de personas, lo cual también dificulta el acceso al servidor de correo. Estas dificultades hicieron que desde el área se implementaran carteleras en los ficheros para ingreso y egreso del personal, lo cual fue un intento que no prosperó por ser un lugar por donde se pasa rápidamente, sin tiempo de detenerse para realizar la lectura.

En resumen, en la categoría comunicación interna, se pueden identificar dos subcategorías:

- Identificación del personal con el hospital: estrategias de comunicación tendientes a generar una mayor adhesión al hospital por parte de personal profesional y no profesional (fortalecimiento de la comunicación interna, inducción de personal recientemente incorporado, entre otros objetivos de la acción).
- Circulación de información entre el personal: tanto para dar a conocer las directivas, disposiciones, y todo tipo de información proveniente de los ámbitos de dirección, como para informar sobre actividades de capacitación, noticias propias del hospital, actividades llevadas a cabo por los servicios.

En cada una de estas áreas se señalan tanto dificultades como beneficios, y se observa la búsqueda constante de buscar el mejor canal: intranet, correo electrónico, mensajes de WhatsApp, redes sociales.

## 7.8 Señalética

Como ya se mencionó, la distinción clásica en comunicación institucional tiene que ver con identificar como dos ámbitos separados y distintos a la comunicación interna y la comunicación externa. Sin embargo, hay algunas zonas grises donde resulta difícil encasillar una acción en esa clasificación. Esto es lo que sucede con lo que se denomina habitualmente “señalética” y que desde el campo del diseño y la comunicación visual comienza a denominarse “comunicación visual del entorno” .

En este sentido, se trata de acciones de comunicación vinculadas a mejorar la circulación interna por el hospital es la utilización de cartelería de orientación y señalización de servicios y oficinas para mejorar la accesibilidad de usuarias y usuarios, lo que se denomina “señalética”. Para Costa (1987) la señalética es una “parte de la ciencia de la comunicación que estudia las relaciones funcionales entre los signos de orientación en el espacio y el comportamiento de los individuos”. Se refiere al modo en que las señales se utilizan en las organizaciones y que forman parte de la identidad corporativa. La señalética contribuye a garantizar el acceso a la atención de la salud, al hacer “inteligibles los espacios de acción de los individuos sobre todo en el mundo de los servicios y donde cada caso y cada espacio es diferente” (Costa 1987).

Los carteles que existen habitualmente o bien han sido producidos por distintos laboratorios (Roemmers ha sido el laboratorio que más llegada ha tenido en los hospitales públicos con este tema) o bien han podido realizarse a partir de otras donaciones o por gestiones de fundaciones o asociaciones de amigos de la institución

En muchos casos, viejos carteles conviven o son reemplazados por carteles “caseros”, hechos con materiales precarios, por los propios trabajadores del hospital – y a veces no sólo como forma de facilitar el tránsito a los usuarios sino también para evitar ser interpelados permanentemente para brindar la información necesaria. Es habitual observar la desactualización, inconsistencia en el contenido y superposición de carteles que indican los procedimientos y horarios para la atención. En palabras de una entrevistada:

*“Desastre total la señalética del hospital, encima es una estructura apabellonada, las cosas se conocen por pabellón 8, pabellón 2... siempre pensamos hacer señalética, nunca hubo recurso ni decisión política para hacerlo, porque no era una urgencia, hace cuatro años lo fui haciendo lento con caja chica porque me empezaron a pedir carteles, ..., pusimos carteles en PVC...llegó un momento que no se pudo hacer más, porque se iban a mudar unos sectores y me dijeron no hagas más por ahora...” (HBS)*

Más allá de las dificultades, se percibe la necesidad de implementar una señalética adecuada, en tanto la misma tiene un sentido comunicacional muy importante, ya que no sólo consiste en un conjunto de señales o signos que sirven para guiar, situar o proponer un recorrido a las personas en determinados lugares. Brinda también la posibilidad de constituirse en una herramienta para la accesibilidad, en la medida en que contribuye al encuentro entre equipo de salud y usuarios.

*“El proyecto quedó ahí, murió ahí, hay una mitad con cartelito y la otra mitad no. Sabemos que es algo que hay que hacer, el hospital tiene que contratar una empresa para hacerlo, y nosotras acompañar desde lo comunicacional. Tenemos un mapa de ubicación en el fondo que lo pusimos por la pandemia, Está señalizado el lugar de hisopados y guardia, algunos servicios de tomografía, urología, algunos servicios nuevos”. (HSR 2)*

Situación diferente plantean los Hospitales El Cruce y Garrahan, este último constituye una referencia importante tanto nacional como internacionalmente por su sistema de comunicación visual que merece un estudio más profundo y que excede el alcance de esta investigación.

En resumen, las características edilicias de los hospitales (apabellonado como en el caso de Hospital Sommer, estructuras nuevas como el Hospital El Cruce y el Hospital El Calafate, o edificios que han ido creciendo y expandiéndose a lo largo del tiempo como el Hospital Garrahn y el Hospital San Roque), o las modificaciones en cuanto a la organización del espacio, han obligado a pensar estrategias específicas para mejorar la circulación de pacientes y trabajadores/as que requieren de una mirada comunicacional, si bien involucra a otras áreas como por ejemplo, de infraestructura,

y requiere de un presupuesto importante para ser llevada a cabo, pero sin duda es un elemento a considerar cuando se piensa en accesibilidad y calidad de atención.

## 7.9. Relación con los medios masivos

Un aspecto importante de la comunicación hospitalaria consiste en la relación que establece cada establecimiento de salud con la prensa en sus distintas formas.

Por un lado, como se mencionó anteriormente, existen malas experiencias con los medios masivos en el modo en que difunden información acerca del hospital, lo cual fue en algunos casos un factor determinante para avanzar en la formalización e institucionalización de la comunicación dentro de la estructura de gestión.

Por ejemplo, es el caso del Departamento de Comunicación del Hospital Garrahan, cuyo origen estuvo muy marcado por la relación con los medios masivos. El hecho de ser un prestigioso hospital de referencia pediátrica para todo el país y contar con profesionales reconocidos en diversas especialidades, sumado a estar ubicado geográficamente en una zona en la cual tienen sus estudios diversos canales de televisión, lo ha convertido siempre en una “cantera” de noticias.

*“El Garrahan está ubicado a cuerdas de los canales de televisión, todos los estudios de televisión están en esa zona, eso no es menor. Entonces, si no hay noticias hay que ir a buscarla” (HG 1).*

*“Cuando yo llego (...) estaba más orientado a periodismo, prensa, y a atender las necesidades de la prensa que son enormes acá” (HG 2).*

A su vez, la orientación dada por quienes se desempeñan en las áreas, configura una relación mayor o menor con los medios masivos:

*“Mi enfoque fue más desde la prensa, mi prioridad eran los medios, no a demanda, pero hacia producciones para producir sensibilidad en los medios, cuando hacíamos una operación inédita, cuando distintos hechos que por distintos elementos podían ser comunicables por el hospital” (HG 1)*

Pero, así como se generan publicaciones sobre trasplantes, intervenciones difíciles, y noticias que apuntan a lo planteado por la entrevistada, también se producen

situaciones complejas como la narrada en la segunda entrevista, en relación a un caso de gran resonancia en los medios como fue el médico del hospital acusado de pornografía infantil, detenido en mayo de 2019 y juzgado y condenado con ocho años de prisión en el mes de diciembre de ese año.

[\(https://www.infobae.com/sociedad/policiales/2019/05/29/un-pediatra-del-garrahan-fue-detenido-por-producir-y-distribuir-pornografia-infantil/\)](https://www.infobae.com/sociedad/policiales/2019/05/29/un-pediatra-del-garrahan-fue-detenido-por-producir-y-distribuir-pornografia-infantil/)

*“Ese caso rompe con cualquier estrategia, no hay forma de resolver una situación de esas características, el daño que está generando eso no lo vamos a saber hasta que termine, es incalculable, te hace bolsa muchos años de laburo. El tema es que esto fue completamente inesperado...después la desinformación que tuvimos nosotros, que tenemos al día de hoy... fue muy complejo trabajar en esta situación, que resolvimos con bastante altura cuando empezó el juicio ... pero es incalculable el daño” (HG 2)*

Consultados sobre si tienen un protocolo para manejarse frente a casos que llamen la atención de los medios masivos, a diferencia de otros hospitales, en el Garrahan cuentan con un protocolo según el cual, dependiendo del tema, se designa quién será el vocero frente a los medios. En primer lugar, es el jefe de servicio o alguien que él designe, salvo que desde la dirección se decida tomar la voz. Lo que se genera por las características del hospital es que los medios muchas veces acuden ya orientados acerca de con qué profesional en particular quieren hablar, por el prestigio ya mencionado.

En el caso del Hospital El Cruce, el origen del hospital estuvo marcado como ya se dijo por una campaña en contra muy fuerte por parte de los medios nacionales, pero a medida que el Hospital fue comenzando a funcionar y a tener intervenciones exitosas y formas de trabajo valoradas incluso internacionalmente, esto se fue revirtiendo y el hecho de tener un área de comunicación generaba un ida y vuelta más ordenado con el periodismo.

*“Con los medios locales siempre tuvimos buen vínculo, y con los nacionales también. Siempre los periodistas marcaron que se les dio una respuesta por más que no fuera lo que ellos estaban buscando, mientras que comentaban que, en otros casos, cuando iban tras noticias de salud, tenían que ir buscando a quien preguntar, un referente, a veces no los atendían, o era todo más hermético” (HEC 1).*

Por otra parte, existen ciertos “hitos” o acontecimientos que conforman la memoria de esta relación entre el área y los medios:

*“Tuvimos varios casos por los cuales los medios vinieron al hospital, me acuerdo el caso de la chiquita que cayó dentro del pozo, o el primer trasplantado, casos como emblemáticos que pasaron en el hospital y los medios vinieron al hospital, siempre se trató de tener muy hablado esto, quien sale a hablar, tener cuidado del paciente, son cosas que con los médicos y autoridades siempre pudimos dialogar” (HEC 1).*

Por otra parte, hay una referencia a las áreas de prensa de los ministerios de salud nacional y provincial, la cual fue variando según los cambios de gestión. En los primeros años del hospital se trató de un buen vínculo, fundamentalmente para dar a conocer al hospital y salir al cruce del embate que en ese momento tenía desde medios que cuestionaban su existencia.

*“Las prensas de los ministerios siempre tuvimos, hasta hace poco, buen vínculo. Nosotros por lo general para que el hospital diera a conocer lo que hace, las gacetillas si bien lo mandábamos a los medios, desde prensa del ministerio de nación y provincia nos daban una gran mano replicándolo En los últimos años, a partir del cambio de gestión, han cambiado estas cuestiones, ya no se encargan tanto de mandar a la prensa, entonces nos han dicho los periodistas que antes les llegaba más información del hospital, ahora no les llega tanto, pero tratamos de a esos incorporarlos y mandarles nosotros la información. Antes, al tener más aceptado ese vínculo con prensa del Ministerio de Salud de Nación y de provincia*



*teníamos más visibilidad en los medios nacionales, más que nada, porque localmente el hospital ya se ha afianzado y la gente lo conoce” (HEC 1)*

En el Hospital El Cruce no hay protocolo de cómo actuar frente a los medios. Sin embargo, es algo que en su momento desde el área se planteó como necesidad.

*“No hay un protocolo plasmado, tanto eso como otras cosas que tendríamos que hacer. El hospital empezó a trabajar por procesos y nosotros tenemos armados procesos y nos quedó por hacer eso, armar la norma, cómo se arma un evento, cómo se comunica, quién sale a hablar... eso nos faltó.” (HEC 1)*

Por su parte, en el Hospital El Calafate también la relación entre hospital y prensa ha tenido sus vaivenes. En general se trata de relaciones conflictivas, en tanto desde el periodismo se comprende la necesidad de acceso a la información, así como desde las autoridades hospitalarias y profesionales de la salud se siente la presión de tener que dar una respuesta cuando están quizás en situaciones que les exigen mayor tiempo y atención. También es difícil resignar por parte de las líneas jerárquicas el lugar de vocería o de cierto manejo de la información. Por lo que plantea la entrevistada, hubo dos momentos diferenciados en este sentido: un primer momento donde la relación con la prensa la tenían sólo los directores y el Consejo de Administración (“por lo tanto tenés poco margen de maniobra”, HECA) y otra situación posterior de mayor autonomía del área en relación a los medios.

*“Eso logramos revertirlo con el posicionamiento de la página web, las redes sociales y el programa de radio. Hoy tenemos una gestión desde comunicación directa y más autónoma con los medios. Eso posibilita una relación con los medios diferente. ellos toman hoy lo que publicamos en la web y la publican tal cual. Es un plagio aceptado, ya que es una comunidad chica con pocos medios. hoy podemos distanciarnos de los medios, y generar autonomía en la publicación. antes dependíamos cien por ciento de la voluntad de los medios” (HECA).*

Otra cuestión que se plantea en la relación con la prensa, surge de la falta de control en cuanto a quiénes hablan, en qué contexto, y en relación a qué eventos. La

entrevistada hace referencia en ese sentido a una situación en la cual, al realizarse una ablación de órganos en el hospital, el director interventor dio a conocer este hecho en los medios sin que el área de comunicación estuviera al tanto, lo que motivó una cantidad de reclamos por parte de los periodistas por no haber sido informados y un resquebrajamiento de la relación:

*“...a mí me llamaban periodistas con los que yo negocio y me decían que estaba ocultando información. Ahí tenés que volver a negociar” (HECA).*

Otro acontecimiento conflictivo que muestra la fragilidad de estos procesos y la necesidad de tener una mirada rigurosa sobre cómo se produce el circuito de la información, se refiere a una noticia generada por parte de un sector del quirófano en torno a la falta de garantías de esterilización en la planta quirúrgica, y al mismo tiempo la información sobre la primera operación de implante coclear en la zona, que se realizó estando el quirófano suspendido.

*“Eso me generó un problema de comunicación. Es complejo porque vos le estas diciendo al menos a una paciente que le operaste al chico sin esterilización. nuestro medio más cercano publica con una hora de diferencia entre nota y nota, es decir primero la de la suspensión de quirófano y luego la de la cirugía. Es decir, deja en claro que operaste con el quirófano parado” (HECA).*

Estos problemas que, desde la mirada de la entrevistada, se originan por pensar la comunicación sólo desde el plano político (el reclamo de un sector) y hace que no se piense en términos de comunicación institucional, advirtiendo la repercusión que tienen estas informaciones en la credibilidad y la imagen del hospital.

En el caso del Hospital San Roque, también se identificaron esta suerte de “cortocircuitos” entre hospital y medios de prensa, como quedó planteado en el apartado sobre historia del área de comunicación. Al iniciar el entrevistado su labor allí, había habido un caso de una persona que había ingresado al hospital sin

protocolo, había resultado positivo en relación a COVID y hubo que aislar a una cierta cantidad de trabajadores por haber sido contacto estrecho. Esto de alguna manera trascendió en los medios locales, tal como señalamos más atrás, dando a entender que se había tratado de irresponsabilidad de los trabajadores del hospital. Nuevamente, como en el caso anterior, se pone en duda la credibilidad e imagen institucional. Lo interesante aquí es señalar cómo este suceso generó la necesidad de armar una estrategia para hacer frente a esa situación:

*“Entonces fue pensar cómo abordamos esta situación. Como podemos hacer que esto sea más controlado. Generamos un contacto con los medios, se elaboró un comunicado oficial contando lo que había pasado, se lo tiramos a los medios, a periodistas conocidos, que estaban al frente de medios, para que corrigieran datos erróneos que habían circulado, como la cantidad de gente aislada, etc., y medio que en los primeros meses ese fue el contacto con los medios, porque había mucha información cruzada”. (HSR 1)*

No sólo estaba en juego la credibilidad e imagen hacia afuera del hospital, sino que también en el relato del entrevistado, esto también podía tener un fuerte impacto al interior de la institución. Los propios trabajadores podían pensar que había una falta de cuidado por parte de la gestión, y fue necesario contenerlos.

*“Con el paso del tiempo pudimos pensar estrategias más propositivas nuestras para mostrar un laburo bien hecho, un paciente muy conforme con cómo se lo había tratado en el hospital, noticias que disputaran la versión terrorífica de lo que estaba pasando en los hospitales”. (HSR 1)*

Otra cuestión interesante que se plantea es que, al tratarse de un hospital provincial, hay una referencia también con el sector de prensa y comunicación del Ministerio de Salud provincial. Más allá de las estrategias de comunicación hacia la prensa de cada hospital, hay una mirada centralizada, sobre todo en un contexto de crisis sanitaria como el ocasionado por la pandemia, que hace que gran parte de la información sea gestionada desde el nivel central.

*“Sabido cómo se pretendía trabajar desde el Ministerio, algunas iniciativas las abandonamos, tratamos de trabajar más vía redes sociales, dependiendo de lo que va pasando lo vamos trabajando más o menos” (HSR 1).*

En cuanto al Hospital Sommer, vuelve a surgir un relato que marca un momento conflictivo en la relación con la prensa. Según la entrevistada, hace unos años, al momento de realizar una obra en un sector del hospital, por accidente los obreros picaron un caño de gas lo que obligó a cercar el área y tomar medidas de precaución para evitar inconvenientes. No pasó más allá del trastorno organizativo interno del hospital. Sin embargo, trascendió la información, la levantó uno de los medios de la zona, y la noticia se tituló: *“Se rompió un caño de gas en el ingreso al hospital Sommer y hubo un desmayo y discusiones”*.

*“Uno de los medios de General Rodriguez se entera por alguien que estaba en el hospital, al otro día la noticia era “desidía en el hospital”, yo pensé esto no se lo puedo dejar pasar, decía que una señora había pasado por ahí y se había desmayado, todo verso, me calenté, me hice cargo, fui a hablar con el ingeniero a cargo de la obra, con la empresa, con los directores, hicimos como una respuesta al diario y publicamos una explicación en facebook, Imaginate lo que fue para el medio, el periodista lo tomó en forma personal, amigo mío ya no me saluda” (HBS).*

Para destacar aquí, esta relación más cercana que se da en los municipios donde se asientan los hospitales entre quienes trabajan en las áreas de comunicación y los propios periodistas de los medios locales. Esto puede facilitar a veces la relación, o bien generar conflictos, donde no es ajeno el tenor personal de los vínculos que se establecen entre las personas.

Más allá de este episodio, la entrevistada, al igual que en el caso de la entrevistada del Hospital de Calafate, plantea que no hay necesidad de enviar información, como gacetillas de prensa, porque los medios suelen “levantar” la información que el área de comunicación publica en las redes sociales del hospital.

También se menciona la situación que se genera cuando los directivos dan entrevistas por su cuenta, sin que la propia área esté enterada:

*“el director da entrevistas él solo, por ahí veo que le da entrevistas a los medios y le digo por que no me avisa... pero él dice “ay me olvidé”, o justo me llamó el periodista... igual yo me tomo el trabajo de escuchar todo lo que dice y por suerte habla bien, así que lo dejamos.. (risas) (HBS)*

Hay también un cuidado en torno a qué y cómo se comunica, cuidando la imagen de los pacientes y “sin apelar a golpes bajos”:

*“También nosotros trabajamos muy fuerte con el cuidado de la imagen de los pacientes, que también nos pone en un lugar de que, con poco, podemos lograr posicionar el hospital, mostrar las cosas que se logran” (HBS).*

Este tema del cuidado de la imagen también aparece en una de las entrevistadas del hospital Garrahan, al exponer la disparidad de criterios con el nivel gerencial en cuanto a qué se puede mostrar y qué no se puede mostrar a través de los medios. Frente a una nota donde se mostraba a un paciente en una situación de vitalidad a pesar de su condición de salud, surgió un fuerte cuestionamiento por parte del Consejo de Administración por dicha publicación. Tomó intervención el Comité de Ética y no se avaló la decisión del área de comunicación de hacer pública esa información. Fue así que desde el área se decidió generar un ámbito para la discusión de ese caso y se convocó a un grupo importante de periodistas, abogados, juristas y personas provenientes del campo de la bioética.

Más allá de cómo se haya finalmente dirimido el caso, resulta interesante para analizar las tensiones que genera la intervención de los medios masivos en la vida hospitalaria. En las distintas entrevistas hay referencias a la relación con los medios que van de considerarlos aliados a considerarlos prácticamente como “enemigos”, generando situaciones que ante el interés por conseguir una noticia o un hecho que convoque la

atención del público, se termina perjudicando la imagen del hospital o causando efectos negativos tanto al interior como hacia el exterior de la organización sanitaria.

A modo de resumen y para retomar más adelante, puede decirse que la relación de los hospitales con la prensa debe ser considerada como un aspecto importante de la gestión hospitalaria. Algunos hospitales cuentan con protocolos (aunque en situaciones complejas como la mencionada por el entrevistado del Hospital Garrahan, del médico acusado de pornografía infantil, no es suficiente) y en otros la relación queda librada al mayor o menor grado de relación con los y las periodistas y los vínculos que se puedan entablar. Como en otros aspectos, es fuerte la diferencia entre hospitales autogestionados y aquellos que dependen de ministerios nacional y provincial, donde el control de la información está centralizado y muchas veces escapa a las posibilidades del área de comunicación.

Surge fuertemente el tema de la “vocería”: quién habla con los medios, la dirección, profesionales reconocidos o el área de comunicación decide en función a los temas. Esto es algo que es difícil de resolver y que muchas veces queda librado a contactos personales, o a demandas puntuales de los medios, en las cuales desde el área se siente la impotencia de no haber sido parte de ese proceso de comunicación.

Hay que destacar que la pandemia contribuyó a que en un principio se “desordene” ese proceso de comunicación con los medios y que luego se haya tenido que ir ordenando como dan cuenta algunas de las personas entrevistadas.

## 8. Discusión y conclusiones

En esta investigación nos habíamos propuesto caracterizar las lógicas de trabajo y modelos de comunicación puestos en práctica en los hospitales identificados como nuestro objeto de estudio, así como comprender el valor que adquiere la comunicación en la gestión hospitalaria, a partir de la propia experiencia de quienes se encargan de gestionar y llevar adelante áreas o departamentos de comunicación, prensa, relaciones institucionales, o como se denomine en cada caso. En las entrevistas realizadas identificamos las características de las áreas de comunicación en cada hospital realizando una comparación constante entre los modos de realizar y articular estrategias y acciones destinadas a los distintos públicos, en sus diferentes formatos y con objetivos diversos. **Del mismo modo, observamos también la diferente relevancia institucional otorgada en cada caso a la comunicación organizacional.**

**A partir del análisis de los resultados, se elaboraron las conclusiones, en respuesta a los objetivos generales planteados. Las mismas se presentan a continuación, utilizando distintos ejes vinculados con el marco conceptual<sup>2</sup>.**

### **1. Caracterización de las lógicas de trabajo y modelos de comunicación puestos en práctica en las áreas de comunicación de los hospitales estudiados**

**A partir del análisis realizado, puede observarse que las lógicas de trabajo de las áreas de comunicación de los hospitales analizados dependen en gran medida de aspectos tales como el **grado de formalización** de dichas áreas, las **características de los recursos humanos** que se desempeñan en ellas, los **atributos de las funciones y las acciones** que se llevan a cabo. Se propone a su vez como un aspecto a destacar en la discusión de los resultados de esta investigación, la relación entre el modelo de**

---

<sup>2</sup> En la elaboración de las conclusiones se retoman aspectos del marco conceptual para poner en diálogo los resultados del análisis realizado con las distintas teorías que le dan sustento a esta investigación. Este es un aspecto importante de la metodología utilizada, como se mencionó en el capítulo 6, ya que se trata de una tarea de interpretación basada en una ida y vuelta sistemática entre los datos y la teoría, la cual se retoma en las conclusiones en tanto las mismas apuntan a construir de conceptos que permitan comprender la situación analizada y proponer líneas de acción futura.

atención que orienta a una organización de salud y el modelo de comunicación que subyace, ya sea que esté orientado a la mera transmisión de información o a comprender a la comunicación como un proceso complejo donde se construyen, circulan y resignifican sentidos.

En cuanto al **grado de formalización**, tal como vimos en los antecedentes (Capítulo 3) la experiencia de incorporación de la dimensión comunicacional en la gestión hospitalaria es relativamente reciente, a pesar de la importancia que se le da en los estudios y análisis revisados para esta investigación. Costa Sánchez (2011); Medina Aguerrebere y Del Río Pérez (2015); Bustos Salinas (2017), entre otros, plantean la necesidad de contar con áreas específicas de comunicación en los hospitales y a partir de los casos analizados se pudo ver cómo en hospitales de nuestro país esto viene siendo una realidad. Incluso dichas áreas están en camino hacia su institucionalización ya que en algunos hospitales ha sido incorporadas a sus organigramas con una existencia concreta como departamento, área o servicio, con un equipo de profesionales especializados y ocupando un lugar físico propio dentro de la organización, **como se menciona en el punto 7.2 Relación de dependencia y ubicación física**. Del mismo modo, se incluye en planes estratégicos y memorias institucionales, como un aspecto importante de la gestión.

Si bien la incorporación de áreas o departamentos en la estructura hospitalaria en el organigrama es una forma de institucionalización, en tanto “el organigrama es una representación formal de la distribución de poderes y responsabilidades en la empresa (...) es un mensaje en sí tanto interno y externo, pleno de sentido para los actores” (Bartoli 1992) esto no significa que sea completamente aceptado o definido el rol de dichas áreas. Como plantea Bartoli (1992) más que el organigrama, es necesario estudiar lo que denomina “sociograma”, es decir, los poderes informales, que se construyen a partir de las relaciones que se establecen en la organización, más allá de los formales del organigrama.

En este sentido, la dependencia directa de las áreas de las direcciones ejecutivas de cada hospital, es sumamente importante más allá de la incorporación en el organigrama ya que da cuenta del interés por incorporar la gestión de los procesos de comunicación a la propia gestión hospitalaria. Como plantean Medina y Narodowsky



(2015), la comunicación es “una herramienta fundamental quizás la más importante para la gestión de las instituciones y una tarea que no es exclusiva de los comunicadores, sino que debe formar parte transversalmente del conjunto de actividades de la organización y debe impregnar toda la gestión”

Tal como se señaló en el marco teórico, el hecho de tener o no un área específica y delimitada de comunicación, no nos impide considerar que los procesos de comunicación se dan siempre, en tanto la comunicación es el entramado que le da forma a la organización. En tanto aspecto que atraviesa toda organización, no puede ser prescrita en su totalidad, como señalan varios autores (Restrepo, 1995; Kaplún, 2012; Baldissera, 2010). Por eso es compleja la instalación de prácticas institucionalizadas, en tanto existen flujos comunicativos más allá de ellas, y si bien es imposible prescribir cómo deben ser todos esos procesos, es necesario encontrar un modo organizativo de delimitarlos y conducirlos. En palabras de Bártoli (1992), es necesario que toda organización sea comunicante y que la comunicación sea organizada.

A la luz de los trabajos revisados en los antecedentes y las perspectivas analizadas en el marco teórico, la aproximación a nuestro objeto de estudio permitió observar que el mayor afianzamiento de estas áreas depende en gran medida, además del lugar que ocupa en relación a la dirección ejecutiva, de la aceptación del resto de los servicios y áreas de cada hospital. Es necesario trabajar para que todos los sectores del hospital conozcan y comprendan qué es lo que las áreas de comunicación pueden aportar, como plantea surge del análisis de las entrevistas.

En cuanto a quienes integran las áreas de comunicación, las lógicas de trabajo dependen en gran medida de la **experiencia y la formación académica**, desde la perspectiva de las personas entrevistadas. Como surge del análisis realizado, la forma en que se organiza y se lleva adelante la comunicación dentro de la organización hospitalaria está sujeta, entre otras cosas, a la formación, las expectativas y las experiencias previas de quienes son convocados para conformar las áreas de comunicación: si bien puede considerarse que la formación de grado es importante en el posterior desempeño en la generación de estrategias de comunicación, hay una percepción en las personas entrevistadas en torno a cierta falta de preparación para

trabajar desde la comunicación en el ámbito hospitalario. La relativamente reciente incorporación de la dimensión comunicacional a la gestión de las organizaciones de salud ha generado que “se haga camino al andar”, es decir, que frente a la falta de ejemplos previos o modelos de trabajo a partir de los cuales poder orientar la tarea, quienes ocupan estos espacios van avanzando muchas veces a base de ensayo y error. Se trata de adaptar concepciones propias de la formación académica en torno a la comunicación organizacional con las expectativas del nivel gerencial, de los distintos servicios y áreas, y del público en general, en el ámbito de la organización hospitalaria, que tiene como hemos visto características propias por lo que se juega en ella, ni más ni menos que la salud, y en muchos casos la vida de las personas. Algunos ejemplos de esto lo constituyen los fragmentos analizados en el punto 7.1 (“Yo creo que mi experiencia me permitió manejarme con los medios, más que la formación académica...”; “Para mí era todo un hallazgo porque mi formación siempre fue más hacia lo privado, entonces fue todo un aprendizaje comenzar a ver cómo se manejaba el tema público”, “Yo no tenía muy en claro como era mi inserción en el área”).

Con respecto a las **funciones de las áreas y las acciones que se llevan a cabo**, en el punto 7.5 se presentaron las funciones que se le atribuyen al área de comunicación, o bien de modo general o con un mayor nivel de detalle. Las mismas abarcan acciones que tienen que ver con diferentes actores sociales que forman parte de la vida hospitalaria, acciones que suelen clasificarse en comunicación interna y externa.

En cuanto a comunicación interna pudo observarse que frente a las funciones percibidas por las personas entrevistadas de lograr una identificación del personal con el hospital y una mejor comunicación entre quienes integran la comunidad hospitalaria, las estrategias y acciones de comunicación tenían que ver con procesos de inducción del personal recientemente incorporado, la búsqueda de estrategias para una mejor circulación de información por medio del uso de redes sociales, telefonía celular, o intranet, capacitaciones y participación en distintas actividades llevadas a cabo por los diferentes servicios (punto 7.7).

En lo referido a comunicación externa, se pudo observar que en todos los hospitales analizados existe un importante uso de las redes sociales tales como Instagram, Twitter y Facebook, así como páginas web, que si bien tenían originalmente un uso

pensado hacia el público en general, se percibe conteniendo elementos que contribuyen en gran medida a la comunicación interna. Pudo observarse la generación de acciones hacia la comunidad a través de actividades culturales y deportivas, como así también la producción de materiales gráficos para promoción y prevención en salud, tanto hacia las y los pacientes como hacia público en general (ver punto 7.6)

Por un lado, se pudo observar que a veces esa clasificación entre comunicación interna y externa no es tan rígida, ya que acciones que se piensan en un principio como externas terminan teniendo impacto en los equipos de salud. Por otro lado, aparece como un desafío el poder contar con alguna instancia de planificación que permitan organizar estrategias articuladas en función de objetivos que puedan definirse en conjunto con las direcciones hospitalarias y los diferentes servicios.

Si bien persiste una mirada general en torno a la producción de mensajes que se busca que circulen y tengan eficacia para el mejor funcionamiento de la organización, puede percibirse otra mirada emergente en la cual se buscan espacios más horizontales, dialógicos, que generen las condiciones para la producción de “conversaciones” o intercambios más participativos, interdisciplinarios y transversales a los distintos servicios y áreas. Como plantean Bruno et al (2016) “la comunicación es estratégica cuando se construyen espacios de comunicación que, desde las micropolíticas y prácticas cotidianas de la organización, incrementan las oportunidades para el desarrollo de competencias dialógicas, de cogestión y autogestión”.

Por otra parte, las acciones que llevan a cabo las áreas de comunicación tienen una fuerte relación con la búsqueda de la calidad de la atención en salud. Desde el trabajo realizado para la señalización dentro del hospital, como los contenidos informativos en las redes, la difusión de los cambios en las modalidades de atención, son todos aspectos que apuntan a mejorar la accesibilidad de usuarios y usuarias a la atención de su salud, y por ende, con mejorar la calidad de la atención. Al hablar de calidad de atención, se hace referencia a la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud (Moreno et.al. 1997). Si bien en esta investigación se trabajó con la mirada desde las áreas de comunicación, investigaciones sobre la percepción de

usuarios y usuarias da cuenta en gran medida de la dificultad que se genera para el acceso a la atención el no tener información adecuada que les permita moverse eficazmente dentro de la organización hospitalaria (Poccioni et al 2008). Donabedian (1966), plantean que la calidad de la atención se compone por la accesibilidad, el componente técnico-científico, la relación interpersonal médico-paciente y las comodidades del entorno. En cada uno de estos aspectos, las áreas de comunicación en hospitales tienen mucho que aportar, más allá de las tareas que se terminan acotando generalmente a la difusión de información, alinear acciones de comunicación con procesos de calidad de la atención debería ser un objetivo a alcanzar.

Otro desafío es profundizar el campo de la comunicación interna, la cual es fundamental no sólo para fortalecer las tareas de gestión de la dirección hospitalaria, sino también para lograr la cohesión e identidad de los/las propios/as trabajadores/as. “El intercambio comunicativo y la circulación de informaciones hacen posible el establecimiento de un vínculo de consenso entre el conjunto de personas que conforman la institución” (Poccioni, 2015). En estudios anteriores, se ha podido analizar que hay un gran sufrimiento de las personas que trabajan en los hospitales cuando sienten que esos canales internos de comunicación no funcionan o están desvalorizados. Se sufre ante la falta de escucha, por parte de pares y superiores, por las fallas en la comunicación interna que afecta al trabajo en equipo y tiene consecuencias en la atención (Poccioni, 2015).

En este trabajo se pudo observar que la comunicación interna está orientada al fortalecimiento de la gestión, es decir, alineada a la dirección hospitalaria, lo cual es esperable en tanto constituye una de las funciones. Como se pudo señalar al comienzo de la investigación, los trabajos analizados giran en torno a esta idea de valor estratégico de la comunicación interna (Medina Aguerrebere, 2012; Costa Sánchez 2011). No se observa tan claramente en las entrevistas analizadas la implementación de acciones de comunicación interna orientadas a la construcción de consensos o de acuerdos en los intercambios comunicativos que mejoren las prácticas de atención. Si bien hay algunos intentos (como la identificación de profesionales, o estrategias para orientar a los y las usuarios/as) todavía es un campo a seguir explorando y

estableciendo “negociaciones” entre el área y el conjunto de la comunidad hospitalaria en torno a qué y cómo comunicar.

No obstante haber identificado acciones de comunicación interna o externa en el relato de las y los entrevistados, es preciso recalcar la idea ya presentada de la fragilidad del límite entre ambas modalidades. Son dos campos de acción que se entrecruzan y conectan, aunque se haya tendido a pensarlos en relación a un “adentro” y un “afuera” que resulta artificioso e impide ver el dinamismo de la comunicación institucional. Como plantea Jaramillo (2012) esta separación, habitual en el campo de la comunicación organizacional, da cuenta de un enfoque simplificador, ya que “la comunicación en una entidad cualquiera, pública o privada, es una sola, la que contribuye a que se cumplan los objetivos misionales y no tendría por qué ser diferente en uno y otro caso, pese a que se instrumentalice con contenidos específicos y a través de dinámicas diferenciadas”.

Finalmente, como un aspecto a seguir profundizando, puede inferirse a partir del análisis realizado la existencia de relación entre la puesta en práctica de un determinado modelo de atención y la identificación del modelo de comunicación subyacente. Con modelo de atención nos referimos al modo en que se organizan los recursos en el sistema de salud y la forma de relación que se da entre usuarios/a y prestadores de salud. Para de Sousa Campos (2006) estos modelos son “una especie de síntesis concreta entre directrices de la política sanitaria con determinado saber técnico”. El debate entre modelos de atención que se piensan desde la lógica de los propios servicios de salud y sus profesionales, y los modelos pensados desde las necesidades y posibilidades reales de la población que asiste a atenderse, da cuenta a su vez de una tensión entre dos modelos de comunicación diferentes y muchas veces antagónicos, inciden en el modelo de gestión y por ende, en la forma de organizar y gestionar la comunicación. En el primer caso, las características consisten en la atención a demanda; la organización de la atención según la oferta de servicios; la organización de la atención en torno a la lógica de la institución: los horarios de atención, la entrega de turnos, etc., que no necesariamente coincide con la lógica de los usuarios. Este modelo, a su vez, genera una gran dependencia de las personas en

rol de paciente/usuario con respecto al profesional de salud y a la organización, y tiene además la tendencia a centrarse en la atención especializada. En el denominado modelo centrado en las personas (o como se le dice generalmente, “centrado en los/las usuarios/as”) se supone una visión integral de la salud, una atención programada y planificada, organizada según las necesidades de la población. Esto debería llevar al empoderamiento del/la paciente, pasando de ser pasivo/a y dependiente a ser activo/a, informado/a, involucrado/a en su propio proceso de salud-enfermedad (Rodríguez y otros, 2014). Visto de esta manera, podemos decir que cada modelo de atención da cuenta de un tipo de comunicación específica, en el primero un modelo en línea con el modelo informacional, de transmisión lineal de la información y en el segundo caso, un modelo estratégico, vinculado a la concepción de la comunicación como proceso de producción de sentido. El modelo centrado en el servicio de salud es pensado en forma vertical, desde los intereses y necesidades del servicio (del emisor, en el esquema informacional de la comunicación) generando “pacientes” pasivos (receptores) que deben adaptarse a esas necesidades. Como se suele decir en relación al modelo informacional, el poder está en el emisor, que dispone las reglas, los códigos y los mensajes. Un modelo centrado en las personas requiere de un esfuerzo por parte del servicio de salud para organizarse a partir de las necesidades de las y los “usuarios/as”, requiere desde la mirada comunicacional de una disposición que permita poner en juego los intereses de todos los actores sociales. Un modelo en el cual cada quien cumple con una función distinta pero que son complementarios entre sí, y al ponerse en contacto se modifican (Poccioni, 2020).

## **2. Valor que adquiere la comunicación en la gestión hospitalaria de ambos niveles.**

En lo referido a la importancia de la comunicación en la gestión hospitalaria, a partir del análisis realizado se puede inferir que la comunicación es una dimensión que atraviesa todos los aspectos que tienen que ver con la vida de la institución de salud.

A partir de las experiencias analizadas y las perspectivas puestas en juego por parte de quienes son las personas encargadas de llevar adelante las áreas de comunicación,

se pudo observar la importancia de contar con una mirada comunicacional dentro de la institución hospitalaria debido, entre otros aspectos, a:

- su carácter de transversalidad de todas las prácticas que forman parte del proceso de atención de la salud,
- la relación estrecha de los procesos de comunicación con la calidad de la atención de la salud,
- el aporte que significa la dimensión comunicacional para la mejora de los procesos internos de las organizaciones de salud, y las relaciones entre quienes allí se desempeñan.

En relación con los ejes definidos, la relevancia institucional de las áreas de comunicación, no depende solamente de su **grado de formalización**. Esta no se corresponde con que se haya aceptado completamente su existencia, funciones y acciones, por parte de la comunidad hospitalaria, como surge de algunas entrevistas: “Vemos que hay una falta de comprensión a veces del aporte que pueden hacer los comunicadores al hospital” (HSR 1, p. 77); “Lo que más hice estos ocho años desde que estoy ahí es tratar de explicar a la gente para qué estamos.” (HBS, p.78). Si se analiza esta incorporación en relación a la dinámica institucional de lo instituido e instituyente, puede verse al hospital, en tanto institución con objetivos claros de trabajar por la salud de la población, con un conjunto de normas, reglas, prácticas y costumbres, que se han ido naturalizando a través del tiempo, conformando el ámbito de lo instituido. Al incorporar a la comunicación como un aspecto importante de su organización, lo instituido comienza a ser objeto de una nueva mirada, que puede incluso transformarse en instituyente en la medida en que implica cambios y ruptura de prácticas anteriores (sobre la dinámica de lo instituido y lo instituyente, ver, entre otros, Schvarstein, 2000; Lourau, 1970). Pero esto no sólo ha consistido en un cambio en la mirada de la gestión hospitalaria, sino también ha originado una nueva forma de pensar y hacer comunicación institucional, adaptada y condicionada por las propias características de las organizaciones de salud. Sin embargo, como plantea Kaplún (2010), los movimientos instituyentes pueden expresarse en lo discursivo, en los

análisis teóricos e incluso en las prácticas sociales y profesionales en forma articulada, aunque esto no siempre suceda de esta manera, ya que a veces las nuevas prácticas se convierten en un discurso políticamente correcto “sin que las prácticas dominantes se alteren socialmente de modo fundamental” (Kaplún 2010).

También la **experiencia y la formación académica de las personas en las áreas de comunicación**, da cuenta de la importancia que la organización otorga a las mismas. Analizando los perfiles de los entrevistados, podemos concluir la adecuación de los perfiles a los puestos de trabajo. Además, como surge del análisis realizado, la forma en que se organiza y se lleva adelante la comunicación dentro de la organización hospitalaria está sujeta, entre otras cosas, a la formación, las expectativas y las experiencias previas de quienes son convocados para conformar las áreas de comunicación.

En lo referente a **las funciones de las áreas y las acciones que se llevan a cabo**, puede concluirse que la mayoría de los hospitales trabajan a demanda, y preferentemente en comunicación interna. Cuando las áreas toman mayor relevancia, aparece la necesidad de incorporar procesos más firmes de planificación, ya sea a través de Planes Estratégicos del hospital en su conjunto, o Planes Operativos Anuales del área, entendiendo que de todas maneras van a surgir situaciones no previstas y sobre las cuales sea necesario elaborar estrategias de comunicación.

Por último, en cuanto a la **relación modelo de comunicación/modelo atención subyacente**, es evidente que la importancia brindada a la comunicación en un modelo de atención centrada en el paciente, es mayor que la que se le da en un modelo de atención centrado en servicios. Este aspecto aparece de algún modo mencionado en el análisis realizado y considero que es un tema que abre una nueva perspectiva de investigación que podría abordarse en futuros trabajos (“Pero no hay concepción de que un comunicador puede ser útil, no se aprovecha al comunicador. No está usada el área de comunicación como una oportunidad de diálogo con el paciente.” (p.77).



Esta investigación pretende brindar un aporte para trabajar en este sentido, considerando que es un tema de salud pública la necesidad de incorporar a la comunicación como un área o servicio dentro de la estructura hospitalaria, con una fuerte mirada hacia la gestión pero fundamentalmente, hacia las personas que cotidianamente transitan las organizaciones de salud, sea para trabajar en ellas como para ir en busca de la atención.

## 9. Referencias Bibliográficas

- Alonso, E; Rubio, A; March, JC; Danet, A. (2011). Clima emocional y comunicación interna en una unidad de gestión clínica y dos servicios hospitalarios tradicionales. Rev Calid Asist. 2011;26
- Amado Suarez, A.; Castro Zuñeda, C. (1999) Comunicaciones Públicas. El modelo de la comunicación integrada. Buenos Aires: Grupo Editorial.
- Araujo, I. S. y Cuberli, M. (2015). Comunicación y Salud - Un campo en permanente movimiento. En C. Bolaño, D. Covi Druetta y G. Cimadevilla (Org.), La contribución de América Latina al campo de la comunicación - Historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación (pp. 338-390). Buenos Aires: Prometeo.
- Baldissera, R. (2010) Comunicación organizacional: dimensiones, tensiones e interdependencias. Revista Comunicación: estudios venezolanos de comunicación. N 152.
- Bartoli, A. (1992) Comunicación y organización: la organización comunicante y la comunicación organizada. Paidós: Barcelona.
- Bascuñán, ML (2013) Comunicación de malas noticias en salud. REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(4) 685-693.
- Bavelas, A., Barrett, M. (1951). An experimental Approach to Organizational Communication. Personnel. 27, pp 366-377.
- Berger y Thomas Luckmann (2003). La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bouzon, A. (2011) Las investigaciones en comunicación de las organizaciones: orígenes y fundamentos. Sao Paulo: Organicom, 8(14), 13-28
- Bruno, D. y otros (2011). Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. Revista de Comunicación y Salud, 1(2), pp. 5-18.
- Bruno, D. (2013). El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud. Revista de Comunicación y Salud, 3(1), pp. 51-65.
- Bruno, D. P., Demonte, F. (2015). Comunicación y salud en América Latina. Un panorama de las perspectivas, los itinerarios teórico-prácticos y los desafíos actuales. Actas De Periodismo Y Comunicación, 1(1). Recuperado a partir de <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/actas/article/view/2911>
- Busto, L. (2017). El papel de los departamentos de comunicación en el sector sanitario en español: una comparativa entre Castilla y León y Galicia. Trípodos, 133-159

- Capriotti, P. (2013) Planificación Estratégica de la Imagen Corporativa, Edita: IIRP - Instituto de Investigación en Relaciones Públicas (Málaga, España) [http://www.bidireccional.net/Blog/PEIC\\_4ed.pdf](http://www.bidireccional.net/Blog/PEIC_4ed.pdf)
- Carbone, G. (2006). Entrevista con Joan Costa: Reflexiones sobre la comunicación corporativa. *Contratexto*, (014), 225-229. <https://doi.org/10.26439/contratexto2006.n014.861>
- CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (1986), OMS. Disponible en la página de internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>
- Casas, Cuberli, M. y Demonte, F. (2004). La comunicación en el ámbito de la salud: perspectivas para repensarla. *Salud y Población*, 4. Recuperado de: [http://10.10.1.83/areas/salud/dircap/mat/rrieps.pdf0\(63\)](http://10.10.1.83/areas/salud/dircap/mat/rrieps.pdf0(63)). doi: <http://dx.doi.org/10.16921/chasqui.v0i63.1217>
- Ceriani Cernadas, JM (2014). La comunicación en los equipos de atención médica: un desafío esencial para mejorar la seguridad del paciente. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(2):114-115 / 114)
- Coe, G. (1998). Comunicación y promoción de la salud. *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación*,
- Costa Sanchez, C (2011) El gabinete de comunicación del hospital. Propuesta teórica y acercamiento a la realidad de los departamentos de comunicación de los hospitales públicos de Galicia. *Doxa Comunicación* Nro 14. pp175-197
- Costa, J (1989). Señalética. Barcelona: CEAC.
- Cuberli, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Question*, 1(18). Recuperado de: <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/524>.
- De Sousa Campos, G. (2005). Padeia y gestión: Un ensayo sobre el soporte PADEIA en el trabajo en salud. *Salud Colectiva* 1 (1), 59 a 67. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva>
- Diaz-Saez, J, Catalán-Matamoros, D., Fernandez Martinez, MM; Granados Gamez G. (2011) La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit.* 2011;**25(6)**:483–489
- Dierssen Sotos, T.; Rodríguez Cundin, P.; Robles García, M.; Brugos Llamazares, V. Gomez Acebol, I. y Llorcal, J. (2009). Factores que determinan la alta satisfacción del

usuario con la asistencia hospitalaria. An. Sist. Sanit. Navar, 32(3), septiembre-diciembre.

- Dios Guerra, C.; Alba Dios, M. A.; Ruiz Moral, R; Jiménez García, J.; Pérula de Torres, L. A. y Rodríguez Borrego M. A. (2013). Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de enfermería en centros de salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación, Revista online Enfermería Global, 31
- Dominguez Nogueira, C. ; Expósito Hernandez J; Barranco Navarro J; Perez Vicente, S. (2007) Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales. Revista de Calidad Asistencial, Volumen 22, Issue 1pp 44-49
- Douglas, M. (1996). Como piensan las instituciones. Madrid: Alianza Universidad.
- Durkheim, E. (1994). Las reglas del método sociológico. México DF: Ediciones Coyoacán.
- Eymann,A; Belziti, C.; Durante,E; Pizarro,R.; Carrió,S. ; Figari, M (2014) Comunicación en el pase de guardia en las áreas de cuidados intensivos en un hospital universitario. Estudio transversal. Comité de Investigación en Educación Médica, Departamento de Docencia e Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires. Arch Argent Pediatr 2014;112(2):119-123 / 119.
- Ferreira Deslandes, S.; Romeu Gomes. (2007) La investigación cualitativa en los servicios de salud: notas teóricas; en Investigación cualitativa en los servicios de salud, ML Magalhaes Bosi y FJ Mercado – organizadores, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- García Díaz, F.. (2006). Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Medicina Intensiva, 30(9), 452-459. Recuperado en 14 de mayo de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912006000900006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000900006&lng=es&tlng=es).
- Goffman, E. (2001) Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gonçalves de Oliveira B R; Collet, N; Silveira Viera, C (2006) A humanização na assistência à saúde. Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):277-84 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
- Guber, R. (2005) El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Paidós.
- Guevara Lozano, M ; Arroyo Marles, L (2015) El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. Revista en Línea Enfermería Global Nro. 37.

- Kaminsky, G. (1994). *Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Kaplun G (2012) Lo emergente y lo resistente en la comunicación organizacional. En *Diálogos de la comunicación* 83. FELAFACS Recuperado en [http://dialogosfelafacs.net/wp-content/uploads/2012/03/N%C2%B0-12\\_Gabriel-Kaplun\\_UDELAR-Uruguay.pdf](http://dialogosfelafacs.net/wp-content/uploads/2012/03/N%C2%B0-12_Gabriel-Kaplun_UDELAR-Uruguay.pdf)
- La Porte, JM (2001). *Entusiasmar a la propia institución*. Madrid, España: Eiunsa.
- Lois, I. (2013). *Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud*. X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Jornada llevada a cabo por el Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Lourau, R. (2001) *El análisis institucional* (Primera edición: 1970). Buenos Aires: Amorrortu.
- Malinowski, B. (1966). *Una teoría científica de la Cultura y otros ensayos*. Buenos Aires: Edit. Sudamericana.
- *Manual de Comunicación del Hospital El Buen Samaritano* (2017), Colombia.
- March, JC; Prieto, MA; Danet, A.; Pérez, O; Martínez, F. (2009). “Los directivos hospitalarios y la comunicación interna: una asignatura pendiente”, *Revista Adm Sanitaria* 2009; 7 (I) 165-182.
- Martí-Gil, C., Barreda-Hernández, Marcos-Pérez, G., & Barreira-Hernández, D.. (2013). *Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente*. *Farmacia Hospitalaria*, 37(3), 236-239. <https://dx.doi.org/10.7399/FH.2013.37.3.559>
- Massoni, S (2004). *Estrategias de comunicación: un modelo de abordaje de la dimensión comunicacional para el desarrollo sostenible entendido como cambio social conversacional*, en *Revista Temas y Debates* N° 8, Facultad de Ciencia Política y RRII, Universidad Nacional de Rosario. UNR Editora.
- Massoni, S. (2007A). *Comunicación estratégica: experiencias, investigación y planificación en marcha*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario-Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica. Rosario, Argentina.
- Massoni, S (2007B). *Moebius, estrategia y comunicación*. *Revista Académica Estrategias* Año III N° 7, FISEC, [www.fisec-estrategias.com.ar](http://www.fisec-estrategias.com.ar)

- Maxwell, J.A. (1996) *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*". Thousand Oaks, California: Sage Publications, Páginas 63-85.
- Medina-Aguerreberé, P. (2012) "El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria", *Revista de Comunicación y Salud*.
- Medina Aguerreberé, P. y Del Río Pérez, J. (2015). Comunicación interna hospitalaria: una aproximación desde la creatividad. *Revista Mediterránea de Comunicación*, 6(2), 215-227. Disponible en <http://mediterranea-comunicacion.org/>.
- Medina Aguerreberé, P., González Pacanowski, A. (2018). El rol de las redes sociales en la difusión de la identidad corporativa de los hospitales españoles. *Revista De La Asociación Española De Investigación De La Comunicación*, 5(10), 30-38. <https://doi.org/10.24137/raeic.5.10.5>
- Medina, A. y Narodowski, P. (2015) *Estado, integración y salud: la gestión en red de un hospital público*. La Plata: Imago Mundi.
- Magalhaes Bosi, M. L. y Mercado, F. J. (coordinadores) (2007). *Investigación cualitativa en los servicios de salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Muriel, ML; Rota, G. (1980) *Comunicación institucional. Enfoque social de relaciones públicas*. Quito: Ediciones CIESPAL.
- Nogueira, M.S.; Mendes, I.A.C.; Trevizan, M.A.; Fávero, N.; Hayashida, M. (1999) *Entrega de Turno: Análisis de Factores en la Comunicación*. *Horizonte de Enfermería*, v.10, n.1, p.8-18, 1999.
- North, Douglas C. (1993), *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, México, Fondo de Cultura Económica. [ Links ] citado en Rodríguez Castillo, Luis. (2008). Neoinstitucionalismo en ciencia política. *Economía, sociedad y territorio*, 8(26), 549-560. Recuperado en 15 de febrero de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-84212008000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-84212008000100010&lng=es&tlng=es).
- Parsons, T. *El sistema social*. Madrid: Edit. Alianza Universidad primera edic. 1951. edic. actual 1984
- Pelitti, Pamela (2016) *Estrategias de comunicación interna y externa de los hospitales públicos bonaerenses de la Región Sanitaria XI*. *Revista Question* Vol. 1 Nro 49.
- Petracci, M., Quevedo, L. y Vacchieri, A. (1998). Los modelos político comunicativos del SIDA y el cólera en la Argentina, 1991-1993. En A. Mendes Diz, L. Findling, M.
- Petracci y A. Federico. (Comps.). *Salud y población. Cuestiones sociales pendientes* (pp. 201-218). Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Petracci, M. y Waisbord, S. (2011). Comunicación y salud en la Argentina. Buenos Aires: La Crujía.
- Piovani, J.I. (2018) La entrevista en profundidad, en Marradi,A; Archenti, N y Piovani, JI Manual de Metodología de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Plan de Comunicación y mapa de relaciones 2017-2021, Unidad de Comunicación OSI Donostialdea, Hospital Donostia, País Vasco.
- Poccioni, M. T. (2015). Hospitales públicos desde la mirada comunicacional. Actas De Periodismo Y Comunicación, 1(1). Recuperado a partir de <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/actas/article/view/2915>.
- Poccioni, M. T. (2019). La Comunicación en hospitales: enfoques y perspectivas. Question/Cuestión, 1(63), e189. <https://doi.org/10.24215/16696581e189>
- Poccioni, M.T ; Lois, I.; Montori, F. (2020). Comunicación en contexto hospitalario, en Memorias del XV Congreso de ALAIC: Desafíos y paradojas de la comunicación en América Latina: las ciudadanías y el poder. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Poccioni, M.T. Reflexiones en torno a comunicación y organizaciones de salud (2020), en Redes y territorios: aportes para planificar la política de salud en nuestra región, comp. Por Alvarez, D; Turkenich, M. Florencio Varela: Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Powell, W. y DiMaggio, P. J. (Eds.). (1999). El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional. México: UAEM.
- FCE / Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública / UAEM.
- Regis, S. (2007). Reflexiones sobre las prácticas de comunicación en el campo de la salud. Question, 1(13). Recuperado de: <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/331/264>
- Rennó CSN, Campos CJG. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. REME - Rev Min Enferm. 2014;18(1):106-15.
- Restrepo, M (1995) Comunicación para la dinámica organizacional, en Revista Signo y Pensamiento 26. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Rivero Rosales, AM; Pérez Castro y Vázquez, JA; Recio España, FI (2016) Características de la comunicación durante el enlace de turno de enfermería: una perspectiva rumbo a la calidad del cuidado, REVISTA CONAMED /VOL. 21 Sup. 3.
- Rodriguez, J. (2014) La gestión hospitalaria centrada en el paciente. Arch Argent Pediatr 112(1) 55-58.

- Rovere, M (1999), Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Secretaría de Salud Pública, Rosario.
- Ruty, C. y Sullivan, S. (2011). Esto es salud pública: una historia canadiense. Ottawa, Asociación Canadiense de Salud Pública. Recuperado de:  
[https://cpha.ca/sites/default/files/assets/history/book/history-book-all\\_s.pdf](https://cpha.ca/sites/default/files/assets/history/book/history-book-all_s.pdf)
- Sanguino Galván, R. y Arroyo Mena, A. Marketing Hospitalario: el estado de la cuestión. La gestión de la diversidad: XIII Congreso Nacional, IX Congreso Hispano-Francés, Logroño (La Rioja), 16, 17 y 18 de junio, 1999 / coord. por Juan Carlos Ayala Calvo, Vol. 1, 1999, ISBN 84-95301-10-5, págs. 393-398
- Sobrino López, A. (2008) Comunicación de malas noticias. Semin. Fund Esp Reumatol. 2008;9:111-22
- Soneira, A. J. (2006). La teoría fundamentada en los datos (grounded theory) de Glaser y Strauss, pp. 153-173. En: I. Vasilachis. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa.
- Strauss, A.; Corbin, J. (2002) Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia: Medellín.
- Taylor SJ, Bogdan R (1987) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós.
- Uranga, Washington: Prospectiva estratégica desde la comunicación. Una propuesta de proceso metodológico de diagnóstico dinámico y planificación. Disponible en:  
[http://www.periodismo.undav.edu.ar/ asignatura\\_cc/csb06\\_diseno\\_y\\_gestion\\_de\\_politi cas\\_en\\_comunicacion\\_social/material/uranga5.pdf](http://www.periodismo.undav.edu.ar/ asignatura_cc/csb06_diseno_y_gestion_de_politi cas_en_comunicacion_social/material/uranga5.pdf)
- Vasilachis de Gialdino, I. (ed.) (2007) Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa: Buenos Aires.
- Vilaza Mendes, E. (2013) Las redes de atención de salud. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.
- Ynoub, Roxana. (2014) Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica. Universidad Nacional de México. México.

#### **Conferencias y declaraciones:**

- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI. Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Yakarta, República de Indonesia: OMS; 21-25 de julio de 1997 Disponible en:



[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf)

- Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra, OMS. <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (1990) XXIII Conferencia Sanitaria panamericana, Washington DC.