

Comunicación en Salud: Trayectoria de un Campo Social

Descripción y análisis de la trayectoria del campo de la Comunicación en Salud en Córdoba desde su génesis a partir de la perspectiva de Pierre Bourdieu

Eje temático: Comunicación y Salud

Autores (cuando se trate de tres o menos integrantes)

ASCENZI, Laura Daiana

BETTATI, Antonella

GARCÍA EPIFANIO, María Belén

lauradascenzi@gmail.com

Resumen

La Comunicación en Salud se plantea como un espacio de especialización para los profesionales de la comunicación que aspiren a intervenir activamente en la construcción y ejecución de políticas integrales de Salud Pública. Sin embargo, su inserción y continuidad en espacios de formación y desempeño laboral vinculados a la salud en Córdoba ha delimitado una lucha por reivindicar el espacio de la comunicación en la salud frente a políticas sanitarias de impacto, la hegemonía de lo médico e intereses económicos.

Este trabajo recupera la trayectoria de las luchas de la Comunicación en Salud en Córdoba, como un espacio de disputa de poder, contradicciones y vaivenes históricos.

El presente trabajo de investigación fue finalizado en 2010 y se planteó como objetivo describir y analizar la trayectoria histórica del campo de la Comunicación en Salud en Córdoba, concibiéndolo como un espacio de intervención y formación de agentes que ponen en juego su capital cultural conformado por perspectivas teóricas y herramientas comunicacionales en la esfera de las instituciones de Salud Pública. En este sentido, la propuesta era delimitar el campo de estudio, lo que exigía crearlo para poder caracterizarlo, describirlo y analizarlo.

La recuperación de las experiencias de Comunicación en Salud en Córdoba aspiró a ordenar los procesos y devolverlos a sus contextos de posibilidad políticos, ideológicos, materiales e históricos, desde una perspectiva relacional. Para ello se tomó el modelo teórico de Pierre Bourdieu, capaz de dar cuenta de los conflictos y luchas de lo social, teniendo en cuenta la compleja realidad de la Salud Pública cordobesa, y las dificultades de reconocimiento y legitimación que enfrenta la comunicación como campo disciplinar.

Argentina es un país donde la salud es un derecho público y reviste una complejidad transdisciplinaria, vinculando en su accionar diversas perspectivas y prácticas, y dando lugar a la conformación de campos de especialidad autónomos como la Comunicación en Salud. Su estudio demandó un análisis que considerara las temporalidades, dando cuenta de su historicidad y recuperando los antecedentes materiales y simbólicos que en ese devenir histórico se tejen.

Los fenómenos de Comunicación en Salud están en relación a modelos de salud-enfermedad-atención y al vínculo Estado-profesión médica que ha estado vigente en distintos momentos históricos. Pensar la Comunicación en Salud como un espacio histórico de lucha permite considerar el manejo del poder en el ámbito de la salud, y la capacidad que tiene la comunicación en cada etapa de generar las instancias de participación que hacen a la comunidad gestora y destinataria de su propia salud.

Bajo el objetivo general de describir y analizar la génesis y trayectoria de la Comunicación en Salud en Córdoba se plantearon como objetivos específicos identificar el momento histórico de génesis del campo a partir del cual se desarrolla su trayectoria, describir la trayectoria de dicho campo en caracterizando etapas; y analizar e interpretar las distintas etapas del campo de acuerdo a la perspectiva teórica de Pierre Bourdieu.

Se tomaron en consideración las décadas de 1960 y 1970 como momento en que se desarrollan teorías que aportan al conocimiento específico de los actores del campo. A esto se suman los años transcurridos desde la fundación de la Escuela de Ciencias de la Información de la Universidad Nacional de Córdoba (ECI) en 1972 hasta el regreso de la Democracia en 1983, como antecedentes del campo de la Comunicación en Salud. Desde 1983 y hasta 2010, se delimitó el campo en el ámbito de las instituciones públicas de Córdoba Capital y se describieron los cambios producidos en su interior y en relación al marco contextual en cada momento histórico, de acuerdo a las categorías teóricas de relevancia.

www.panam2013.eci.unc.edu.ar | www.eci.unc.edu.ar

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

Desarrollo

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación fue finalizado en 2010 y se planteó como objetivo describir y analizar la trayectoria histórica del campo de la Comunicación en Salud en Córdoba, concibiéndolo como un espacio de intervención y formación de agentes que ponen en juego su capital cultural conformado por perspectivas teóricas y herramientas comunicacionales en la esfera de las instituciones de Salud Pública. En este sentido, la propuesta era delimitar el campo de estudio, lo que exigía crearlo para poder caracterizarlo, describirlo y analizarlo.

La recuperación de las experiencias de Comunicación en Salud en Córdoba aspiró a ordenar los procesos y devolverlos a sus contextos de posibilidad políticos, ideológicos, materiales e históricos, desde una perspectiva relacional. Para ello se tomó el modelo teórico de Pierre Bourdieu, capaz de dar cuenta de los conflictos y luchas de lo social, teniendo en cuenta la compleja realidad de la Salud Pública cordobesa, y las dificultades de reconocimiento y legitimación que enfrenta la comunicación como campo disciplinar.

Argentina es un país donde la salud es un derecho público y reviste una complejidad transdisciplinaria, vinculando en su accionar diversas perspectivas y prácticas, y dando lugar a la conformación de campos de especialidad autónomos como la Comunicación en Salud. Su estudio demandó un análisis que considerara las temporalidades, dando cuenta de su historicidad y recuperando los antecedentes materiales y simbólicos que en ese devenir histórico se tejen.

Los fenómenos de Comunicación en Salud están en relación a modelos de salud-enfermedad-atención y al vínculo Estado-profesión médica que ha estado vigente en distintos momentos históricos. Pensar la Comunicación en Salud como un espacio histórico de lucha permite considerar el manejo del poder en el ámbito de la salud, y la

capacidad que tiene la comunicación en cada etapa de generar las instancias de participación que hacen a la comunidad gestora y destinataria de su propia salud.

DISEÑO

Bajo el objetivo general de escribir y analizar la génesis y trayectoria de la Comunicación en Salud en Córdoba se plantearon como objetivos específicos identificar el momento histórico de génesis del campo a partir del cual se desarrolla su trayectoria, describir la trayectoria de dicho campo en caracterizando etapas; y analizar e interpretar las distintas etapas del campo de acuerdo a la perspectiva teórica de Pierre Bourdieu.

Se tomaron en consideración las décadas de 1960 y 1970 como momento en que se desarrollan teorías que aportan al conocimiento específico de los actores del campo. A esto se suman los años transcurridos desde la fundación de la Escuela de Ciencias de la Información de la Universidad Nacional de Córdoba (ECI) en 1972 hasta el regreso de la Democracia en 1983, como antecedentes del campo de la Comunicación en Salud. Desde 1983 y hasta 2010, se delimitó el campo en el ámbito de las instituciones públicas de Córdoba Capital y se describieron los cambios producidos en su interior y en relación al marco contextual en cada momento histórico, de acuerdo a las categorías teóricas de relevancia.

Para dar cuenta del marco contextual del campo en estudio, se incorporaron **aspectos jurídico normativos** que reglan el accionar desde lo legal, otorgando reconocimiento a roles, prácticas o estrategias. En segundo lugar, se reunieron las **concepciones paradigmáticas y modelos** en pugna que están vigentes en la realidad de la Salud y la Comunicación. Por último, se desarrollaron los **antecedentes, experiencias y reflexiones teóricas** que fundan el ámbito académico de la comunicación en Córdoba y

las opciones de formación e investigación actuales que conjugan la comunicación y la salud.

Se adoptó un enfoque cualitativo para dar cuenta de la génesis y desarrollo del campo de la Comunicación en Salud en Córdoba. Con este objetivo se recuperaron los significados construidos por los agentes del campo a lo largo de su historia, a partir de documentos y entrevistas, que fueron analizados en relación a sus contextos de producción y trayectorias personales de los entrevistados.

La elección de esta metodología implicó una perspectiva holística con la que se pretendió construir y abordar el objeto de estudio. Se trató de poner énfasis en la profundidad del abordaje de la realidad a partir del marco conceptual elaborado. A través de la interacción con el objeto de estudio se definieron los pasos a seguir, se reformularon objetivos y el análisis de la información se realizó en forma simultánea a su obtención, “yendo de los datos a los conceptos de la teoría social, de éstos a la reflexión y nuevamente a los datos, cada vez en recorridos que logran mayor profundidad en el conocimiento del objeto de investigación”¹.

Como resultado de las decisiones relativas al diseño, la investigación se constituyó como un estudio descriptivo, ya que su propósito esencial fue caracterizar las propiedades fundamentales del campo de la Comunicación en Salud en distintos momentos de su trayectoria, dando cuenta de los signos distintivos, dimensiones y componentes del fenómeno en estudio.

Es así que a partir de la ordenación, relevamiento de hechos y perspectivas significativas e interpretación de los datos, pudieron describirse las diferentes etapas que conformaron

¹ VIEYTES, Rut en MERLINO, Aldo et. al. *Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales: Temas, Problemas y Aplicaciones*. Buenos Aires: Cengage Learning, 2009: pág. 44.

el campo de estudio en el período señalado, sus signos distintivos y posibilidades de cambio y continuidad.

TRAYECTORIA DEL CAMPO DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD EN CÓRDOBA

Desde la década de 1960 en Latinoamérica se configuran teorías que desarrollan esquemas de pensamiento, percepción y acción que se materializan en estrategias de intervención social. Estas prácticas se orientan por intereses de cambio, desarrollo social y cultural de las sociedades latinoamericanas, y configuran estrategias alternativas de abordaje en el terreno de problemáticas como la salud. Impulsadas desde organismos internacionales como la OPS (Organización Panamericana de la Salud), se dotan de legitimidad y se colocan en una posición que les permite desarrollarse.

En torno a estos procesos, se van configurando conocimientos y perspectivas de abordaje de la salud distintivas de la época, basadas en la utilización de herramientas y teorías comunicacionales que legitiman los saberes populares y el trabajo comunitario. En un proceso que se prolonga hasta la década de 1980, se produce la institucionalización de estos nuevos modelos de pensamiento y acción en lo social, en estructuras duraderas como las escuelas de comunicación latinoamericanas. En adelante, estas instituciones se constituyen en espacios de producción y reproducción de conocimientos que conforman el capital cultural propio y específico de los Licenciados en Comunicación Social. Quienes detentan esta formación, se valen de bienes culturales como nuevas publicaciones, bibliografía sobre participación comunitaria y nuevos movimientos sociales, y acceden a la titulación, que otorga un principio de legitimidad a su formación para intervenir en distintos ámbitos de la realidad. Además, el tiempo invertido en su formación los dota de saberes, ideas y valores que privilegian la democratización de las sociedades, la lucha por la

imposición de nuevos paradigmas y la construcción de alternativas populares para dar respuesta a las problemáticas sociales.

En Argentina, el proceso dictatorial que se extiende de 1976 a 1983, interrumpe las condiciones históricas que favorecían la configuración de nuevas prácticas que vinculaban la comunicación y la salud. La situación política, social y económica del retorno democrático, delimita hacia 1983-1984 un espacio de posibilidades para la recuperación de lo que se venía gestando con anterioridad. Es así que incluso desde el Estado, se legitima a través de los discursos la necesidad surgida históricamente de apelar a la comunicación a fin de recuperar consensos y reconstruir los lazos sociales. En este momento los comunicadores retoman sus intenciones de intervención en el campo de lo social, e inician el proceso de diferenciación y autonomización de las prácticas distintivas que constituyen el campo de la Comunicación en Salud.

La primera etapa de trayectoria del campo (de 1983 en adelante) denominada **Puesta en Escena y Auge de la Comunicación en Salud** corresponde a la génesis, delimitación y diferenciación de un campo de lo social constituido a partir de luchas por el reconocimiento del capital cultural obtenido a través de la formación académica de los agentes, y su legitimación a través del posicionamiento en las instituciones y leyes del ámbito de la Salud Pública.

Este momento surge cuando en Córdoba un grupo de agentes de la ECI se asocia para intervenir en el campo de la salud, lo que les permite fortalecer su posición relativa individual a partir de su cercanía de intereses y disposiciones. Se trataba de profesionales jóvenes, intelectuales, con intenciones de generar cambios en lo social, partidarios del mismo proyecto, dotados de capital cultural y formación análoga, en busca del reconocimiento profesional y apertura de nuevos espacios de desarrollo. Tienen en común como signo distintivo, el interés de distanciarse del rol instrumental asociado a la prensa y difusión que se les asigna desde el poder político y desde las posiciones

dominantes del campo de la salud, ocupadas por disciplinas hegemónicas como la medicina. Otro signo que los diferencia es el interés de incluirse profesionalmente en distintos ámbitos de lo social, por fuera de los medios, desarrollando estrategias de planificación, coordinación e investigación institucional a partir de la implementación de líneas teóricas que conforman su capital cultural; y dotar de continuidad a políticas de Comunicación en Salud integrales, frente a los cambios de gestiones y signos partidarios.

El metacapital del Estado, por su parte, se manifiesta en este momento histórico en el Plan de Reforma de la Salud Mental que promueven las entidades públicas, en los discursos sobre la democratización de la salud y la apertura de ámbitos de capacitación interdisciplinarios como la RISAM (Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental). De esta manera, se dota de espacios de desarrollo profesional a la Comunicación en Salud, permitiendo la inserción de los agentes en distintas instituciones en las que pueden llevar a cabo abordajes sanitarios alternativos. En la primera etapa del campo, la Salud Mental se constituye en el espacio privilegiado de acción de estos agentes, ya que la necesidad de modificar modelos de atención obsoletos y deteriorados permite desarrollar innovaciones sobre las concepciones de salud-enfermedad-atención vigentes.

Es así que el campo de la Comunicación en Salud inicia su puesta en escena en 1983, con la inclusión de una camada de profesionales dentro de instituciones públicas de salud en tanto residentes, y percibe pronto sus primeros logros materiales y simbólicos. La constitución de áreas propias de trabajo, legitimadas estructuralmente, con asignación de cargos, capacidad de toma de decisiones y dedicadas a funciones de diagnóstico, planificación y coordinación institucional desde nuevas perspectivas, posiciona los saberes y prácticas de los comunicadores en oposición al Modelo Médico Hegemónico (MMH) y a la estructura de poderes y saberes que este legitima.

A partir de este momento, la lucha de los comunicadores en el campo los enfrenta a las profesiones más tradicionales que no reconocen las alternativas de abordaje de la Salud

Mental; y los acerca, en términos de su posición subalterna, a los agentes de diversas profesiones que apuestan por el trabajo desde un Modelo Social y a través de prácticas en las que comunicar implica poner en crisis el modelo establecido.

En el marco de las disputas por el reconocimiento de las demás profesiones del campo de la salud, la definición del rol propio del comunicador a interior de las instituciones y la apertura de nuevos espacios de juego para la Comunicación en Salud, los agentes conforman una asociación profesional denominada APIC como estrategia para el fortalecimiento de su red de relaciones. Este núcleo de vínculos permanentes y útiles les permite modificar la relación de valor entre su capital cultural, el capital social, y el capital simbólico que se aspira obtener. Además, dota a los comunicadores de una institución propia, que los representa y lucha por su reconocimiento en el espacio social, permitiéndoles establecer acuerdos con otras instituciones para la reproducción y legitimación de su capital cultural y su puesta en valor económico. No obstante la apertura de este espacio de posibilidades, APIC no muestra estar dotada de un principio de autonomía que le permita detentar continuidad en el tiempo, ya que se cierra tras sólo 5 años de funcionamiento. De acuerdo a los referentes, al momento de renovación de los mandos, las nuevas generaciones de comunicadores no reprodujeron esta estrategia de asociación, perdiendo un espacio de legitimidad institucional propio, que les hubiera sido muy útil en las luchas posteriores del campo de la Comunicación en Salud.

La RISAM, en tanto instancia de reproducción de los conocimientos y prácticas comunicacionales a interior de la salud, es un espacio de formación interdisciplinar legitimado por el Estado, que también se constituye en esta etapa en una posibilidad de interrelación, reconocimiento, e incluso permite que el capital cultural del Comunicador en Salud redunde en capital económico. Además, ubica a los agentes en una posición dominante ya que detentan el lugar de residentes y formadores, permitiéndoles apropiarse

de los mecanismos institucionales para reproducir abordajes comunicacionales en el campo de la salud.

Producto de esta trayectoria histórica del campo, se constituyen en la realidad instituciones que dotan de regularidades propias a la Comunicación en Salud; así como también estructuras cognitivas, esquemas prácticos de pensamiento, percepción y acción propios de los agentes implicados que se reproducen en sus estrategias profesionales. El capital cultural propio de la formación universitaria en la ECI resulta insuficiente en la lucha por el reconocimiento en el campo de la salud. La pérdida de autonomía de esta institución durante el proceso militar, sesga los contenidos teóricos y la bibliografía legitimada en el campo académico, limitando la competencia social de los agentes, y los obliga a desarrollar un trabajo sobre sí mismos, dotándose del capital cultural que valoran de acuerdo a sus intereses para desarrollarse en la lucha del campo laboral. Como consecuencia, sus *habitus* tienen como signo distintivo que conjugan la formación académica de la ECI con otras corrientes teóricas a las que cada agente adscribe de manera particular, y se materializan en alternativas de abordaje terapéutico.

Las construcciones conceptuales de las que se valen los agentes en el campo de la Comunicación en Salud se basan de acuerdo a cada caso, en teorías latinoamericanas sobre participación popular, educación comunitaria, perspectivas semióticas y culturales, teorías del conflicto o corrientes institucionales; y orientan los abordajes terapéuticos que se imponen como alternativas al tratamiento biológico de la salud. Se desarrollan en este marco acciones de rehabilitación inclusivas y autogestionarias reconocidas a interior y exterior de las instituciones, tales como: campañas de promoción y educación de la salud, prensa institucional y difusión masiva, talleres artístico-culturales, uso de medios alternativos con fines terapéuticos. Las prácticas propias del campo conciben al paciente como una totalidad bio-psico-social, y a través de la liberación de recursos expresivos, aspiran a reinsertar el proceso salud-enfermedad-atención en el contexto social y cultural

en el que surge el desequilibrio. Las disposiciones de los agentes a concebir sus estrategias desde esta perspectiva, configuran el principio de diferenciación del campo de la Comunicación en Salud en el momento considerado. Por otra parte, las acciones de investigación, formación e intervención institucional les permiten reproducir esta mirada a otros agentes y espacios del ámbito de la Salud Pública. Estas instancias se realizan gracias al apoyo de organismos como el CONICOR (Consejo de Investigaciones de la Provincia de Córdoba), la SECYTECOR (Secretaria de Ciencia y Técnica de la Provincia de Córdoba) y la DGSM (Dirección General de Salud Mental) que, a través de becas e incentivos a la investigación, dotan de capital económico y simbólico al capital cultural del campo en el momento considerado.

En la etapa denominada **Puesta en escena y auge de la Comunicación en Salud**, el campo se configura y diferencia, logra la constitución de instituciones específicas y la imposición de principios de visión y división del mundo social que ubican a sus agentes en posiciones dominantes, y les permiten desarrollar estrategias de reproducción de sus saberes y detentar poder simbólico a interior de las luchas que enfrentan. Las estrategias que se ponen en juego apuestan a las opciones más innovadoras de los espacios, modelos y perspectivas de abordaje de la salud, en respuesta a la necesidad de democratización y transformación de las instituciones de Salud Mental en Córdoba. Además, enfrentan lo ya consagrado con lo nuevo, generando un movimiento de cambio en el ámbito de la salud, y la consecuente autonomización del campo de la Comunicación en Salud, que se constituye en su momento de mayor legitimación y expansión.

El segundo momento del campo, correspondiente a la primera mitad de la década del '90 se denomina **Logros y retrocesos**, ya que se recuperan los intentos de transformación

de la salud instituidos en la década del '80, y se consagra desde el discurso de la Conferencia de Viedma la necesidad de lograr continuidad y consolidar la modernización de las prácticas y definiciones de la salud, acorde a los avances en el desarrollo de conocimientos y las experiencias nacionales.

A su vez, la sanción de la Ley 7625 en 1989 en la provincia de Córdoba, constituye el principio de legitimación más perdurable del campo de la Comunicación en Salud, ya que desde el Estado se reconoce y asienta en un logro material y simbólico como es la norma, la necesidad de incorporar Comunicadores Sociales a los Equipos de Salud Humana. A partir de esta inclusión, producto de las luchas de los agentes del campo, se asignan desde el Estado funciones y responsabilidades distintivas al Comunicador en Salud, determinando el grado de formación requerido para su desempeño laboral, y se constituye en una regularidad del campo en estudio, que funciona como principio de autonomía de las prácticas. A esto se suma que la posición que se asigna a los agentes comunicadores es la de planificadores y coordinadores en las instituciones de salud, portadores fundamentales de la estrategia de promoción y prevención. La ley modifica también la tasa de cambio respecto al capital económico favorablemente, ya que se les otorga a los comunicadores un nivel de remuneración acorde a una categoría salarial superior a la que tenían como residentes. De todos modos, esta categorización salarial posiciona a los comunicadores por debajo del nivel de remuneración de las profesiones médicas, con lo que la ley contribuye a la reproducción del sistema de las diferencias constitutivas del orden social en la salud, y mantiene la dominación del MMH.

Por otra parte, en respuesta a la necesidad de consolidar y legitimar el capital cultural de los comunicadores, para luego enfrentarse en luchas por el reconocimiento al interior de diversos campos de la acción social, se modifica a nivel académico en la ECI el plan de estudios en el año 1993. Esta transformación institucionaliza un espacio específicamente destinado a la producción y reproducción de conocimientos relativos al campo en estudio,

www.panam2013.eci.unc.edu.ar | www.eci.unc.edu.ar

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

como es el Seminario de Comunicación y Salud. La consolidación de este espacio junto a los demás logros de esta etapa y la anterior, otorgan autonomía relativa al campo de la Comunicación en Salud, lo dotan de regularidades propias y principios de funcionamiento estable de sus instituciones, capaces de apoyar la legitimación del mismo.

Los logros en materia de consagración del campo de la Comunicación en Salud, las mejoras en el posicionamiento de sus agentes y el empoderamiento de los medios de que disponen para obtener capital simbólico, se ve interrumpido en su trayectoria por una serie de cambios históricos que modifican las condiciones de lucha del campo. Hacia 1995, el informe de evaluación de las políticas de Salud Mental presentado por la DGSM da cuenta de la incorporación al espacio de juego de la Comunicación en Salud del poder económico y la lógica neoliberal en el Sistema de Salud Pública. A interior del discurso estatal cobran protagonismo las ideas de eficiencia en la asignación de recursos, reorientación del financiamiento de los sistemas prestacionales, y necesidad de continuidad presupuestaria. Las dificultades económicas que atraviesa el Estado se tornan dominantes a la hora de establecer las prioridades en lo relativo a la política de recursos humanos, generando contradicciones entre el interés manifiesto en los discursos de desarrollar estrategias comunitarias y alternativas terapéuticas, y la no asignación de espacios para el campo de la Comunicación en Salud a interior de las instituciones del Estado.

Los distintos referentes del campo coinciden en que en este momento histórico, la lucha del comunicador por legitimarse los compromete a definir y consolidar su rol específico a interior de las instituciones, frente a las profesiones y a las instancias de poder que ponen en duda su pertinencia en la salud. Esta lucha enfrenta a los agentes a cuestionamientos en torno a las diferencias que los constituyen como útiles y necesarios a interior del campo, y las dificultades para unificar y fortalecer sus conocimientos y roles profesionales en el ámbito de la salud, los ubica en un espacio más subalterno, en el que se ve

amenazada la reciente autonomía lograda por sus prácticas. A esto se suma que el modelo de atención integral de la salud, que apostaba a alternativas terapéuticas y concepciones bio-psico-sociales de la persona, se repliega con la conformación de perfiles hospitalarios de especialidad institucional, que limitan los espacios interdisciplinarios y comunitarios.

El recorte de los cargos sociales en salud, la mora en la aplicación de la Ley 7625 en la conformación de equipos, y finalmente la eliminación de los llamados a comunicadores para formar parte de la RISAM configuran un momento de retroceso y dominación del campo. Además, representan las dificultades de la Comunicación en Salud para dotarse de espacios propios y generar recursos que le permitan aislarse de las transformaciones ideológicas, las dificultades presupuestarias y los cambios institucionales que se dan a partir de las políticas públicas de salud en este momento histórico. Estas características resultan en su bajo poder de refracción y su dependencia de leyes externas al campo, que afectan su interior imposibilitando el logro de su hegemonía.

La etapa posterior, denominada **Retracción del campo**, se caracteriza por los cambios político-ideológicos de gobierno, la profundización de la crisis presupuestaria del Estado y la imposición plena del MMH en el Sistema de Salud, que fortalece la concepción de tratamiento mediante medicación y psicofármacos como alternativa terapéutica dominante. La prioridad otorgada a la lógica asistencial dota de posiciones dominantes a los profesionales médicos y psiquiatras, y coloca en una posición subalterna a las profesiones no médicas, que deben defender sus espacios frente al recorte en los cargos. En esta posición, los comunicadores carecen de los medios necesarios para la lucha, como es el capital social institucionalizado en una instancia de asociación profesional que apoye la defensa de los espacios ganados y permita la continuidad en las condiciones del campo de fuerzas.

Aún en esta situación, al momento de cierre del espacio para comunicadores en la RISAM se libra una lucha por defender las posiciones conseguidas, intentando establecer alianzas con agentes del campo provenientes de otras profesiones no hegemónicas. Esta estrategia, basada en la homología de posiciones, pretendía dotar de capital social al campo que redundara en capital simbólico asegurando su continuidad.

En esta etapa además se manifiesta a interior del campo la incidencia de representaciones sociales que vinculan el rol del comunicador a los medios masivos, a las tecnologías de la información y a la construcción de imagen institucional del poder político. Las mismas se imponen socialmente y coaccionan sobre las prácticas que pueden desarrollar los agentes, generando restricciones en sus estrategias y limitando el alcance de sus intereses profesionales, expectativas de reconocimiento y remuneración. Se tornan dominantes en el campo los intereses económico-políticos del Estado, y la Comunicación en Salud se limita a ser un “componente comunicacional” de los programas de salud que se definen a través de convenios con organismos internacionales de crédito. Las primeras iniciativas de este tipo referenciadas, los programas CINCOS y PARIS, tienen como característica común una duración limitada en el tiempo, el establecimiento de objetivos a corto plazo y débiles condiciones contractuales, que restringen los medios de lucha de los que disponen los Comunicadores Sociales para sostener sus espacios de desarrollo a interior del campo.

La primacía de los intereses económicos del Estado, aliados a ideologías hegemónicas como el modelo médico, anulan las condiciones que posibilitaron la autonomía del campo en la primera etapa de su trayectoria, y enfrentan a la Comunicación en Salud al desafío de asegurarse posibilidades de conservación en adelante.

En la última etapa de la trayectoria, las condiciones que históricamente delimitan el campo sufren nuevos cambios, y definen **Posibilidades de reconstrucción** para la Comunicación en Salud.

Por un lado, a nivel de discurso de las autoridades, se impone nuevamente la idea de transformación del Sistema de Salud, en orden a priorizar la primarización de la atención, que cristaliza en la Ley de Garantías Saludables sancionada en 2003. En Salud Mental, se plantea la necesidad de conformar una Red de Alternativas Terapéuticas, basada en estrategias como las que desarrollaron en su lucha los comunicadores en los '80. No obstante ello, no hay posiciones asignadas a estos agentes. El Estado no dota de capital simbólico de reconocimiento a su capital cultural específico, capaz de permitirles a los comunicadores implementar programas específicos y talleres, y las acciones de articulación con las comunidades y las instituciones que se afirman necesarias en los discursos. Por otra parte, tampoco se les asigna capital económico, ya que la carencia de espacios orgánicos para su desempeño profesional les niega la capacidad de apropiarse de mecanismos institucionales como la toma de decisiones, la asignación de recursos y la definición de políticas para desarrollar la reforma propuesta.

A esto se suma que, desde los discursos de quienes detentan posiciones dominantes en el Estado, la representación del comunicador se asocia al rol de traductor, lo que limita las posibilidades de desarrollo y configura como prioritarias otras profesiones y prácticas para el campo de la salud. El desconocimiento desde el propio Estado de la Ley 7625, no contribuye a instituir en el campo como regularidad la incorporación de comunicadores, dejando a disposición del poder político las posibilidades de lucha del campo.

En este momento histórico se materializan las alianzas del poder político y los intereses económicos que se venían desarrollando en la etapa anterior. A raíz de convenios del

Estado con organismos internacionales a cambio de crédito, se desarrollan planes, programas y proyectos de salud que presentan como regularidad la incorporación de un componente comunicacional a sus acciones. Además de asignar un grado de formación requerido para los agentes que se desempeñan en los programas, en las normativas se establecen las funciones y responsabilidades del Comunicador en Salud. Las necesidades de comunicación que tienen estas iniciativas para la consecución de sus objetivos de Atención Primaria de la Salud (APS), implican la realización de abordajes comunitarios de la salud, el uso de los medios masivos y la producción de materiales comunicacionales de acuerdo a los objetivos focales de cada programa.

A nivel local, el Programa Nacional Materno Infantil (PROMIN) incorpora un Área de Comunicación que trabaja sobre los sectores que operan a nivel social como formadores de opinión, tarea para la cual el capital cultural que el comunicador detenta, lo ubica en una posición dominante en cuanto al manejo de distintos medios para el logro de significados compartidos con todos los sectores sociales involucrados. Las estrategias de Comunicación en Salud que se desarrollan en este programa cumplen funciones de reproducción, ya que están objetivamente orientadas hacia el mantenimiento o mejoramiento de la posición del grupo en la estructura social, como se afirma en su política comunicacional.

El PROAPS (Programa de Atención Primaria de la Salud), por su parte, les permite a los agentes dotarse de una herramienta de legitimación y reproducción del capital cultural del campo como es el Manual de Comunicación para la Salud. En esta forma de capital cultural objetivado, se posiciona a los comunicadores en un lugar dominante en torno a la toma de decisiones, asignación de recursos y trabajo con los medios. Pero por otra parte, se prevén prácticas instrumentales de producción y distribución de mensajes, y el desarrollo de acciones de autogestión del financiamiento para dotar de capital económico al campo, que le otorgue continuidad a sus estrategias. En este sentido, el Manual

promueve la confección de informes de auditoría y demostración de resultados de la Comunicación en Salud para sustentar pedidos de financiamiento, lo que implica que los agentes deben estar continuamente legitimando sus acciones de acuerdo a una lógica económica dominante.

El desarrollo del campo asociado a la ejecución de este tipo de programas, implica la imposición del capital económico por sobre el capital cultural del comunicador. Si bien lo posiciona para dar respuesta a necesidades de comunicación surgidas históricamente, la modalidad contractual temporal no permite que tenga un lugar dominante ni establecido en la estructura de las instituciones de salud. Por otra parte, la continuidad de los programas supeditada a intereses políticos de cada gestión, tampoco permite la obtención de reconocimiento de la Comunicación en Salud en el tiempo, manteniendo las relaciones de fuerza entre los diferentes capitales en pugna dentro del espacio social considerado.

No obstante estas condiciones limitantes, es también en los años 2000 que la perspectiva de derechos se configura como hegemónica, delimitando nuevas posibilidades de desarrollo de la Comunicación en Salud. El espacio de posibilidades que marcó la génesis del campo de la mano de la perspectiva de la participación y la democratización de las instituciones como valores dominantes, es reemplazada en este momento histórico por el interés de concebir al Estado como garante de derechos, entre los que se cuenta el primordial derecho a la información. El espacio de lucha se organiza en torno a estrategias que permitan garantizar este derecho, otorgándole una posición dominante a la Comunicación en Salud.

Además, se va imponiendo paulatinamente una lógica asociativa en el espacio que delimita el campo, que permite recuperar algunas de las condiciones favorables a sus luchas, como la primacía de la interdisciplinariedad. La Mesa Permanente de Derechos Humanos y Salud Mental enfatiza, desde su alto capital social, la legitimidad de normas como la Ley de Garantías Saludables y la Ley de Equipos de Salud Humana, retomando

el reconocimiento del espacio ocupado por la Comunicación en Salud en momentos anteriores del campo. Esta intersectorial presenta un Proyecto de Ley en que la comunicación detenta una posición dominante dada su importancia para garantizar los derechos de los ciudadanos en lo referente a organización, circulación y acceso a información oportuna sobre sus derechos en relación a la salud. En esta instancia interdisciplinaria de construcción colectiva, participa un referente del campo, por lo que se constituye en sí misma en un espacio de lucha para el Comunicador en Salud.

La Ley propuesta por la Mesa Permanente de Derechos Humanos y Salud Mental legitima además el acceso igualitario de todas las profesiones que conforman equipos de salud al capital económico que representa ocupar los cargos gerenciales y de conducción de los equipos y/o de las instituciones de salud. Por otra parte, se dispone la reorientación de los recursos hacia los servicios que tengan base en la comunidad, lo que dota de capital económico y simbólico a las estrategias de reproducción del campo de la Comunicación en Salud que se desarrollen en esta etapa. La mejora en el posicionamiento del campo se relaciona también con la consagración a interior de la Ley de espacios de sensibilización, información y contralor ciudadano, que se constituyen en posibilidades de desempeño profesional para los agentes.

Otro espacio fundado sobre el valor del capital social y las redes de relaciones para la construcción colectiva de conocimientos que se funda en este momento, es la Diplomatura en Comunicación y Salud de la ECI. Espacio consagrado de reproducción del capital cultural de la comunicación, permite acceder a mejores condiciones de titulación y especialización para la intervención en el campo. El valor otorgado por este ámbito a la especificidad del capital del Comunicador en Salud, es producto de las luchas de los primeros referentes del campo por reproducir un modelo de abordaje de la salud en el que las estrategias de comunicación ocupan un lugar dominante, necesario y reconocido.

Además, la convocatoria de la Diplomatura a diferentes profesiones de la salud permite la reconversión de capital cultural en capital simbólico y social, y se torna estrategia de posicionamiento y legitimación del campo de la Comunicación en Salud en la actualidad.

La predominancia de las redes de trabajo y formación intersectorial de esta etapa del campo caracteriza la vigencia del paradigma asociativo, y permite delimitar condiciones de posibilidad para la reconstrucción del campo a futuro, dándole nuevos espacios de lucha y favoreciendo su legitimación. A las condiciones estructurales favorables del campo, deben sumarse disposiciones internas de los agentes que garanticen la consolidación profesional de sus espacios de lucha.

En este sentido, los referentes del campo reconocen la necesidad del comunicador de definir y fortalecer su rol a través de un trabajo sobre sí mismos, que implique enriquecer el capital cultural propio de su formación con conocimientos del campo de la salud, el Estado, su funcionamiento, las lógicas de poder dominantes, políticas públicas, modelos sanitarios, entre otros. A esto se suma la necesidad imperante de conformar un espacio de colegiatura, que dote a los agentes de ámbitos de visibilidad y lucha conjunta a interior de las instituciones, y que sobre la base de su capital social, les permita obtener mejores posiciones relativas en las estructuras orgánicas y en las luchas por la asignación de recursos de salud. Esto requiere el establecimiento de lazos permanentes y útiles sobre la base de intereses comunes, siendo la principal aspiración de logro el dotar de continuidad en el tiempo a la estrategia asociativa.

Un rasgo distintivo del campo es que la forma en que se constituyen los agentes como dominantes es producto de su trayectoria individual, consagrada a partir de la adquisición

de capital cultural a nivel de grado y posgrado, y el desempeño práctico en instituciones que les permita reflexionar críticamente sobre las condiciones materiales de sus luchas.

Hacia 2010, los intereses manifiestos por los agentes en relación al campo, tienen que ver con lograr desarrollar acciones de planificación y coordinación institucional que excedan el uso de herramientas; poder intervenir en la formulación de políticas desde la reflexión teórica y trabajar desde la comunicación-educación-promoción de la salud, en comunidad, generando consensos que no respondan exclusivamente a los intereses de una gestión, y aspirando a la continuidad de los logros materiales y simbólicos conseguidos.

CONCLUSIONES

El trabajo aquí someramente presentado se planteó como objetivo general describir y analizar la génesis y trayectoria de un campo de lo social denominado Comunicación en Salud en Córdoba desde la perspectiva teórica de Pierre Bourdieu. Dar cuenta de la lógica de este campo implicó su construcción para su posterior análisis. En este proceso, se elucidó que se constituye un mercado en torno a la obtención de capital simbólico a partir del capital cultural de los profesionales de la Comunicación Social abocados al trabajo en el ámbito de la Salud Pública.

La descripción e interpretación precedentes dan cuenta del devenir histórico obstaculizado de la lucha de dichos agentes y de las dificultades para lograr continuidad en las estrategias y la legitimación institucional del campo. Una peculiaridad de su trayectoria es que el momento de mayor reconocimiento del capital cultural de la Comunicación en Salud coincide con el momento de la génesis de este espacio. Esta etapa estuvo favorecida por los procesos transformadores impulsados por el Estado en la década del '80, que delimitaron la necesidad de abrir espacios de juego a estrategias de comunicación promotoras de la participación social para el logro de la democratización de las instituciones. Siguió a esta etapa un largo proceso de retracción de los logros

obtenidos, en el cual la heteronomía del campo le impidió aislarse de las problemáticas externas, y la crisis del Estado impactó negativamente en los espacios de inserción y desarrollo profesional previamente conquistados por la Comunicación en Salud.

Hacia fines de los años 2000, las posibilidades de reconstrucción del campo se asocian a la implementación efectiva de la perspectiva de derechos. Si en los '80 fue el principio de la participación social lo que impulsó los logros materiales y simbólicos obtenidos por el campo, en la actualidad es desde la perspectiva de derechos que se plantea nuevamente un espacio de posibilidades capaz de promover la consagración de la Comunicación en Salud.

En toda la historicidad del campo se manifiesta el cruzamiento disciplinario propio del ámbito de la salud, que genera conflictos en torno a los modelos, los abordajes y la asignación de los recursos en el Sistema de Salud, y configura un racimo de campos, redes socio-espaciales de poder que se superponen e intersectan. Sin embargo, la Comunicación en Salud no se concibió en el presente estudio como un subcampo dentro de la lógica sanitaria, sino como un espacio de producción de estrategias transversales al ámbito de la Salud Pública, desarrolladas desde una mirada institucional y social de las problemáticas y acciones de salud.

La obtención de capital simbólico a interior de este ámbito, enfrentó a los agentes en las distintas etapas del campo a que se reconocieran sus aportes distintivos y diferenciados de los abordajes sanitarios más tradicionales. En este proceso se desencadenaron luchas frente a las posiciones dominantes y los poderes hegemónicos de otras disciplinas, intereses y representaciones de la salud y de la atención, puestos en crisis por la mirada social, autogestiva y participativa que se promovía desde la Comunicación en Salud. Estos sectores, que aún detentan posiciones de poder en la actualidad, disponen de capital económico y simbólico que invierten sólo en la reproducción de las condiciones favorables a sus intereses. De la misma manera, hubo agentes de otras profesiones que

compartieron el interés por abrir el campo de la salud a abordajes alternativos y apoyar el rol de la comunicación a interior de las instituciones de salud para la conformación de equipos interdisciplinarios.

Después de reconstruir descriptiva y teóricamente la trayectoria del campo, es posible afirmar que en torno al capital cultural del Comunicador en Salud se produce una división del trabajo, en que las instancias de producción y reproducción de los *habitus* de los agentes han sustentado a lo largo del tiempo los logros simbólicos de las luchas, a diferencia de los logros materiales que presentan una trayectoria de reconocimiento desigual. Los espacios de “consumo” de este capital van variando de acuerdo a la valoración de las estrategias de Comunicación en Salud: instituciones, espacios intersectoriales, programas de corta duración se constituyen alternativamente en ámbitos de los que se apropia el campo para librar sus luchas en el mundo social. La distribución y legitimación del capital específico del campo se da en las instancias en que el metacapital del Estado ejerce su poder para consagrar la titulación, los marcos legales, las orientaciones políticas, la distribución de los recursos, los proyectos de reforma de la salud, hasta los espacios de formación y desempeño profesional propios del campo.

En base a este último punto, puede concluirse que una característica de la Comunicación en Salud que dificulta el logro de su autonomía a lo largo de la trayectoria en el espacio de juego cordobés, es que las normas, instituciones y recursos que la rigen no son propios, sino que se constituyen a partir de variables relacionadas al Sistema Público de Salud, que recibe todo el impacto de las crisis del Estado, y las decisiones de las gestiones políticas. El metacapital del Estado se torna entonces en la principal condición de posibilidad de cualquier mejora a futuro, y también se sujetan a sus decisiones las retracciones históricas del campo.

En este sentido, la reconstrucción del mapa que da cuenta de las luchas puestas en juego por los agentes a lo largo de la trayectoria de la Comunicación en Salud, puede permitir visibilizar las estrategias empleadas, en términos de logros conseguidos y momentos de dominación, a fin de re-invertir este capital en la producción de nuevas estrategias. A partir de ello se sostiene el imperativo que tienen los Comunicadores en Salud de legitimar las propias prácticas frente al entorno, presentando resultados, sistematizando los objetivos y logros de cada proyecto. Adhiriendo a la lógica asociativa que se impone en el campo, con el propósito de lograr continuidad en los abordajes, y orientando sus acciones todo el tiempo al horizonte de mejora de la calidad de vida de la comunidad, haciéndola partícipe y gestora de su propia salud.

Los logros obtenidos y la trayectoria pasada se constituyen así en nuevas herramientas para la lucha, que debe ser librada en torno al compromiso de cada agente con el fin social de aportar desde su capital cultural al logro de la inclusión y el derecho a la salud.

Bibliografía

- ASCENZI, Laura, BETTATI, Antonella, GARCÍA EPIFANIO, Belén, GIL, Nelda. (2008) *La Comunicación de los Equipos de Salud. Casa del Joven - Hospital Misericordia*. Córdoba: Escuela de Ciencias de la Información UNC,
- BOURDIEU, Pierre. (2007) *Campo del poder y reproducción social: elementos para un análisis de la dinámica de las clases*. Córdoba: Ferreyra Editor.
- BOURDIEU, Pierre. (2005) *Las Estructuras Sociales de la Economía*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- BOURDIEU, Pierre. (2000) *Los Usos Sociales de la Ciencia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- BOURDIEU, Pierre. (2000) *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba.

- BOURDIEU, Pierre. (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- BOURDIEU, Pierre. (1997) *Sobre la Televisión*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- BOURDIEU, Pierre y PASSERON, Jean Claude. (1995) *La Reproducción: Elementos para una Teoría del Sistema de Enseñanza*. México: Editorial Laia.
- BOURDIEU, Pierre. (1988) *La Distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- EMANUELLI, Paulina Et. Al. (2009) *Herramientas de Metodología para investigar en comunicación: conceptos, reflexiones y ejercitaciones prácticas*, Tomos 1 y II. Córdoba: Copy-Rápido.
- GUTIÉRREZ, Alicia. (2002) *Las Prácticas Sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu*. Madrid: Tierradenadie Ediciones.
- MENÉNDEZ, Eduardo. (1990) *Morir de Alcohol: Saber y Hegemonía Médica*. México: Editorial Alianza.
- MENÉNDEZ, Eduardo. "La enfermedad y la curación ¿Qué es Medicina Tradicional?" En *Revista Alteridades*, 1994: p. 71-83.
- MERLINO, Aldo Et. Al. (2009) *Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales: Temas, Problemas y Aplicaciones*. Buenos Aires: Cengage Learning.
- MOYANO, Alfredo. (2008) *Manual de Cátedra de Seminario Final, Orientación Comunicación Institucional*. Escuela de Ciencias de la Información UNC. Córdoba.
- REGIS, Stella et. al. (2009) *Manual de la Diplomatura en Comunicación y Salud*. Escuela de Ciencias de la Información UNC. Córdoba.
- REGIS, Stella. (2008) *Manual de Cátedra del Seminario Comunicación y Salud, Orientación Comunicación Institucional*. Escuela de Ciencias de la Información UNC. Córdoba.
- ROMO BELTRÁN, Rosa Marta. (2005) *Identidades Socioprofesionales e Historia Institucional*. Ponencia del 7º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Buenos Aires.
- QUEVEDO, Emilio. (2008) "¿La salud de los sujetos o los sujetos de la salud? Hacia el rescate del papel de los individuos en la historia de la salud pública" en ALVAREZ Adriana y CARBONETTI Adrián (eds.) (p. 17-45) *Saberes y*

www.panam2013.eci.unc.edu.ar | www.eci.unc.edu.ar

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

Prácticas Médicas en la Argentina: un recorrido por historias de vida. Mar del Plata: EUDEM.

Documentos Analizados:

- **ÁREA DE COMUNICACIÓN** del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS). (2004) *Manual de Comunicación para la Salud: Herramientas para la producción de materiales y acciones comunicativas en las prácticas comunitarias.* Córdoba: disponible en www.proaps.cba.gov.ar.
- **ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS, SANATORIOS Y HOSPITALES PRIVADOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA (ACSHPC).** (1991) Revista: *Actualidad Sanatorial N° 12 y 13.* Córdoba: Ed. Nuevo Horizonte.
- **ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN DE CÓRDOBA (APIC).** (1985) *Boletín N° 6: ...Abriendo Caminos...* Córdoba.
- **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL DE CÓRDOBA (DGSM).** (2009) *Red Prestacional de Salud Mental de la Provincia de Córdoba.* Córdoba.
- **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL DE CÓRDOBA (DGSM).** (1995) *La necesidad de un compromiso permanente.* Córdoba.
- **DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DE LA PROVINCIA DE RÍO NEGRO.** (1994) *Conferencia Nacional de Salud Mental: del Hospital Psiquiátrico a la Atención Comunitaria. Declaración de Viedma.* Río Negro.
- **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL DE CÓRDOBA (DGSM).** (1994) *Salud Mental: hacia un efectivo y eficiente sistema de prestaciones integrales.* Córdoba.
- **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL DE CÓRDOBA (DGSM).** (1989) *Los Equipos de Salud Comunitaria.* Córdoba.
- **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL DE CÓRDOBA (DGSM).** (1987) *Estrategias para el Cambio: 1984-1987.* Córdoba.
- **ÉGIDOS, Dionisio et. al.** (2000) "La Intervención Comunicacional en el Estado. Una experiencia de comunicación institucional estatal en Córdoba, Argentina" en *Revista Latina de Comunicación Social: Laboratorio de Tecnologías de la Información y Nuevos Análisis de Comunicación Social.* Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. México: disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/>.

www.panam2013.eci.unc.edu.ar | www.eci.unc.edu.ar

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.

- ÉGIDOS, Dionisio. (1990) *El Taller de Radio: una terapéutica no tradicional de rehabilitación y una experiencia de comunicación alternativa*. Córdoba.
- GOLDEMBERG, Mauricio. (1984) *Informe Final sobre la Asesoría en Salud Mental al Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de Argentina*. Buenos Aires: Oficina Sanitaria Panamericana - OPS.
- MESA PERMANENTE DE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL DE CÓRDOBA. (2009) *Ley de Salud Mental-Provincia de Córdoba: Fundamentación*. Córdoba.

En Internet:

- Boletín Electrónico del Programa de Reforma de Atención Primaria de la Salud (PROAPS), Nro. 2, Diciembre de 2004. En: <http://www.proaps.cba.gov.ar/img/doc/news02.htm> - Consultado el 6 de Diciembre de 2009.
- Informe de Auditoría de Aplicación de Fondos Correspondientes al Contrato de Préstamo N° 1187/OC-AR BID y del Contrato de Préstamo N° 1193/OC - AR BID destinado al "Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud: Salta, La Pampa y Córdoba". En: http://www.agn.gov.ar/informes/informesPDF2005/2005_012.pdf - Consultado el 6 de Diciembre de 2009.
- ORTÚZAR, Isabel, REGIS Stella et. al. "De Comunicación y Comunicadores Institucionales". En *QUESTION, Revista de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de la Plata*, N° 9, 2006. En: http://perio.unlp.edu.ar/question/numeros_anteriores/numero_anterior9/Templates/regis_otros_9.dwt - Consultado el 13 de Diciembre de 2009.

www.panam2013.eci.unc.edu.ar | www.eci.unc.edu.ar

Tel.: +54 351 4334160 int. 103.

Av. Valparaíso esq. Los Nogales. Ciudad Universitaria. Córdoba, Argentina.