

Artículo recibido: 07/11/2020

Aceptado: 06/12/2020

María Teresa Poccioni

Especialista en Metodología de la Investigación Científica y Técnica (UNER)- Especialista en Docencia Universitaria (UNLP) – Profesora Titular de Comunicación en Salud e Investigadora en la Universidad Nacional Arturo Jauretche – Profesora Titular de Semiótica y Secretaria Académica de la Especialización en Comunicación y Salud en la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP. Vicedirectora del Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ. En 2020-2021 ha publicado entre otros artículos Reflexiones en torno a comunicación y organizaciones de salud, en Redes y territorio: Aportes para planificar la política de salud en nuestra región, compilado por Alvarez, D. y Turkenich, M, Florencio Varela: Editorial UNAJ; en coautoría con Lois y ot. La salud en la prensa contemporánea. Entre la fragmentación de la información y la creciente medicalización de la vida, en REVCOM. Revista científica de la red de carreras de comunicación social – UNLP.

MODELOS DE ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN EN ÉPOCAS DE PANDEMIA

María Teresa Poccioni

Resumen:

En los campos de la atención de la salud y en el de la comunicación, el hábito generalizado ha sido y sigue siendo hablar de “modelos”. El modelo informacional por su mirada de la comunicación como transmisión unidireccional de información, oponiéndolo a modelos semióticos y modelos de comunicación como producción de sentido, el modelo orquestal de Palo Alto, los modelos masivos e interpersonales, al modelo de la educomunicación y muchos otros modelos más. En el campo de la atención de la salud mencionaremos principalmente la discusión que en los últimos años ha puesto en tensión un modelo denominado “hospitalocéntrico” o centrado en los servicios de salud frente a un modelo “centrado en las personas”.

Estas discusiones que transcurrían en diversos espacios (académicos, profesionales, etc.) se vieron interrumpidas ante la aparición del Coronavirus en todo el mundo. En este artículo presentaremos una reflexión en torno a: los modelos de atención y de comunicación y al impacto que la pandemia de Covid 19 ha tenido en los mismos; al modo en que reconfigura las relaciones al interior de las organizaciones de salud; y en relación a la necesidad de replantear los modos de comunicación entre trabajadores de salud y con los y las pacientes/usuarios/as del sistema a partir de la irrupción de la pandemia.

Palabras clave: Atención primaria de la Salud, Comunicación, Modelos, Pandemia.

HEALTH CARE AND COMMUNICATION MODELS IN TIMES OF PANDEMIC

Abstract:

In the fields of health care and communication, the widespread habit has been and still is to speak of "models." The informational model for its view of communication as a unidirectional transmission of information, opposing it to semiotic models and communication models as production of meaning, the orchestral model of Palo Alto, the massive and interpersonal models, to the edu-communication model and many other models. In the field of health care, we will mainly mention the discussion that in recent years has put a so-called "hospital-centric" or health services-centered model in tension versus a "people-centered" model.

These discussions that took place in various spaces (academic, professional, etc.) were interrupted by the appearance of the Coronavirus around the world. In this article we will present a reflection on: the care and communication models and the impact that the COVID 19 pandemic has had on them; the way it reconfigures relationships within health organizations; and in relation to the need to rethink the modes of communication between health workers and with patients and users of the system after the outbreak of the pandemic.

Keywords: Communication, Models, COVID-19 Pandemic, Primary Health Care.

Introducción

Tanto en el campo de la atención de la salud, como en el de la comunicación, el hábito generalizado ha sido y sigue siendo hablar de “modelos”. Desde la comunicación, aún hoy continuamos discutiendo en torno a distintos modelos: el modelo informacional por su mirada de la comunicación como transmisión unidireccional de información, oponiéndolo a modelos semióticos y modelos de comunicación como producción de sentido, el modelo orquestal de Palo Alto, los modelos masivos e interpersonales, al modelo de la educomunicación y muchos otros modelos más. En el campo de la atención de la salud, si bien existen también muchos modelos, mencionaremos aquí principalmente la discusión que en los últimos años ha puesto en tensión un modelo denominado “hospitalocéntrico” o centrado en los servicios de salud frente a un modelo “centrado en las personas”¹.

Ahora bien, estas discusiones que transcurrían entre académicos y profesionales, en algunas publicaciones, en algún congreso, en diversas jornadas o en diferentes espacios académicos o no, de pronto se vieron interrumpidas, puestas en suspenso, ante la aparición del Coronavirus en todo el mundo.

En este artículo presentaremos una reflexión en torno a los modelos de atención y de comunicación y al impacto que la pandemia de Covid 19 ha tenido en los mismos, al modo en que reconfigura las relaciones al interior de las organizaciones de salud, y la necesidad de replantear los modos de comunicación entre trabajadores de salud y con los y las pacientes/usuarios/as del sistema a partir de la irrupción de la pandemia.

¹ Modelo denominado habitualmente “centrado en el paciente”, pero quisiéramos problematizar aquí tanto la cuestión de género (“el”) como la discusión en torno a la idea de paciente, que ha llevado en muchas ocasiones a sustituirlo por “usuario/a” en tanto persona que utiliza un servicio, no sin que esto genere otros tantos debates en torno a dicho término.

Modelos de atención y modelos de comunicación

¿A qué nos referimos con modelo de atención? Algunas formas de definirlo 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.

Existe una idea muy fuerte desde el campo de la gestión en salud en torno a la necesidad de modificar los modelos de atención vigentes en las organizaciones de salud, pensados desde la lógica de los propios servicios de salud y sus profesionales, y no desde las necesidades y posibilidades reales de la población que asiste a atenderse.

En el primer caso, las características consisten en la atención a demanda (cuando se dan situaciones por cuadros agudos o por enfermedades crónicas, por ejemplo); la organización de la atención según la oferta de servicios (cardiología, clínica, infectología, pediatría, etc); 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 equipo de salud 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 el usuario”, 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, podríamos retomar la mirada orquestal de la comunicación de los teóricos de Palo Alto y ponerla en relación con 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 (por ejemplo, los servicios en los hospitales, principalmente en los públicos, se organizan durante la mañana, ya que a la tarde los profesionales suelen atender en sus consultorios privados, siendo esto muchas veces una barrera a la accesibilidad para trabajadoras/es o para quienes están a cargo del cuidado de niños en edad escolar). Como se suele decir en relación al modelo

informativa, 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 comunicativa de una “escucha” 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.

Comunicación en los servicios de salud: antes y después de la pandemia

Quienes trabajamos en esta intersección entre comunicación y salud desde hace tiempo venimos bregando por incorporar la dimensión comunicativa en las organizaciones de salud, no sólo en su análisis sino en su práctica concreta, como aspecto central de la gestión hospitalaria. Al hablar de la dimensión comunicativa en las organizaciones de salud partimos de la base de considerar a la comunicación como un principio constitutivo de la actitud humana, una red de interacciones y relaciones simbólicas que afecta las múltiples acciones que tienen lugar en la vida institucional y cotidiana, por lo tanto la comunicación atraviesa todo el proceso de salud-enfermedad-atención (Poccioni, 2015).

La dimensión comunicativa en las organizaciones de salud pueden pensarse desde múltiples escenarios: en la comunicación interna (al interior de los equipos, entre niveles directivos y trabajadores/as - profesionales y no profesionales-; como herramienta de gestión); en la gestión de la comunicación mediante la creación de áreas específicas; la comunicación externa en las organizaciones de salud (imagen del hospital; difusión de servicios que se brindan); en la relación entre comunicación y calidad de atención en general; en la comunicación profesional de salud-paciente; en la comunicación de malas noticias; por mencionar algunos de los aspectos que abarca (Poccioni, 2019).

Desde el campo de la gestión en salud también se plantea la importancia de incorporar la mirada comunicación, como por ejemplo en Medina y Narodowsky (2015), donde se define a la comunicación “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”. Esta incorporación creciente de la comunicación en hospitales nos invita a reflexionar acerca de cómo se piensa la comunicación en estos ámbitos: como herramienta “para” o como eje transversal, constitutivo y constituyente, donde lo que se juega en las organizaciones de salud no sólo tiene que ver con realización de diagnósticos tecnológicamente mediados o no y con indicaciones de tratamientos, sino con intercambios que son muchas veces decisivos, igual o más que los diagnósticos y los tratamientos, para la mejora de quienes asisten a atenderse.

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”. Esos cambios emergentes deberán surgir desde paradigmas donde la premisa principal no sea pensar a la comunicación sólo como una herramienta para el logro de la misión de la organización, sino como parte constitutiva de todas las acciones y las relaciones que se producen y se entretienen al interior de las organizaciones. Las organizaciones son las relaciones, y es necesario definir a la comunicación desde un enfoque interpretativo en el cual se la considere como una construcción social donde los sujetos que interactúan construyen y comparten realidades organizacionales (Andrade Scroferneker et al, 2015).

Ahora bien, en el medio de toda esta discusión en torno a la tensión entre modelos de atención y modelos de comunicación, nos sorprendió la pandemia de COVID 19, hecho inesperado, impensado, que nos obligó a revisar y repensar muchas de las cuestiones que venimos trabajando en el campo de la comunicación y la salud. De repente nos vimos envueltos en

discusiones en torno a lo que la Organización Mundial de la Salud denominó “infodemia”, y que tiene que ver con la desinformación o la mala información que circula en torno al coronavirus y cómo afecta en nuestras vidas; como así también fuimos obligados y obligadas a reflexionar en torno al fenómeno de la modificación de las prácticas de interacción entre las personas, las relaciones sociales en general que se han visto profundamente modificadas, y muchos otros impactos algunos de los cuales seguramente aún ni siquiera tomamos conciencia. Considero que incluso la discusión en torno a los modelos de atención se ha modificado sustancialmente, por lo menos, durante este tiempo y lo que dure la pandemia hasta que podamos convivir con este virus en una situación más favorable, vacuna mediante.

Instalada la pandemia en nuestras vidas, a principio de 2020, imágenes muy fuertes comenzaron a poblar redes sociales, medios periodísticos, y todas las formas de circulación propias de nuestra época. Imágenes de personas con barbijos por todo el mundo, de hospitales preparados como para una guerra, hospitales “de campaña” o modulares, como se denominan en nuestro país (cabe destacar el uso de la terminología bélica, que merece todo un artículo en particular), espacios no sanitarios preparados para recibir pacientes como universidades, clubes, o lugares de esparcimiento. Hoteles para repatriados. Trabajadores de la salud con su cuerpo íntegramente cubierto por ropas especiales, máscaras, barbijos, guantes. Caras lastimadas por el uso de barbijos. Aplausos a las 21 hs. a profesionales de salud (principalmente a médicos y médicas, lo cual refuerza el lugar subalterno que históricamente han tenido tanto enfermeras/os como otras/os profesionales de otros campos de la salud -kinesiología, emergencias, entre otros). Voluntariados universitarios por todo el país realizando operativos en estaciones de tren y lugares públicos así como en barriadas populares. Noticias sobre cantidad de casos, de muertes, de contagios y de recuperaciones. Todo esto pasó a ser nuestro paisaje cotidiano, encerrados en el interior de nuestras casas o saliendo lo imprescindible para respetar el aislamiento social obligatorio impuesto por el gobierno, con la sensación de estar asistiendo a un momento histórico que será digno de ser estudiado y analizado cuando hayamos tomado la lejanía suficiente para hacerlo.

El sistema de salud pasó a estar en el centro de la escena. El modelo biomédico pasó de ser objeto de críticas a ser la única forma de hacer frente a la pandemia. Y no hubo dudas: el modelo de atención tenía que ser uno para todo el mundo, según las circunstancias. Aparecieron los “protocolos” como eje vertebrador de ese modelo de atención, estableciendo la forma, el tiempo, las precauciones, en todo proceso de atención y en toda práctica sanitaria (y también para las no sanitarias).

La pandemia y el modelo de atención

Frente a esta realidad, algunas reflexiones atravesadas por la dimensión comunicacional comienzan a aparecer como inquietudes y preguntas, antes que como certezas y respuestas. El modelo de atención centrado en las personas, que requiere de un tiempo y un contexto, un proceso de interacción donde los aspectos más valorados por los/las pacientes han sido siempre el contacto, la percepción de cercanía, el tiempo de escucha, la interacción tanto verbal como no verbal, todo lo que consideramos el objetivo a alcanzar, de pronto ha quedado en suspenso. Detenido, no sabemos hasta cuándo.

Es importante destacar que en los procesos de atención médica se ponen en juego expectativas y necesidades tanto de los y las profesionales de salud como de los pacientes, y la comunicación constituye el marco que posibilita el despliegue de dichas expectativas y necesidades. Cuando existen dificultades en la comunicación las mismas repercuten en el proceso de atención y directamente en los “cuerpos” de las personas. Según Finkler, las situaciones vividas como contradicciones, incluso la percepción de situaciones adversas o relaciones que no son como “deben ser” pueden resultar perjudiciales para la salud de las personas (Pittman y col., 1999).

Toda conducta es comunicación, decían los investigadores de Palo Alto (Watzlawick, Bateson, Goffman). Y agregaban que toda comunicación tiene un componente no verbal muy fuerte, lo cual en el contexto de la atención de la salud juega un rol central. Un diagnóstico o una indicación va a depender mucho no sólo de lo que se diga verbalmente sino del componente gestual

de la comunicación, la mirada, el gesto, la palmada en el hombro, todo lo que nos habíamos acostumbrado a considerar como “calidad de atención”.

En una investigación de la Organización Panamericana de la Salud sobre calidad de atención desde una perspectiva de género, en la que participé en los años 1996/1997, a partir de entrevistas realizadas a varones y mujeres con enfermedades crónicas que se controlaban en centros de salud pudimos observar cómo las mujeres entrevistadas hacían referencia al hecho de “ser tocadas” por los y las profesionales de salud como un indicador de calidad de atención. Si el médico o la médica las “tocaba” en el hombro, en la cabeza, en actitud paternal o maternal, era considerado como un gesto de interés en su persona, haciéndoles sentir cercanía y mayor confianza. Y por el contrario, cuando construían una imagen de lo que consideraban “mala atención” las expresiones eran del tipo “esa doctora atiende mal, ni me toca...”, “ese médico es bueno porque me escucha, me mira a los ojos, me toca”. En ese gesto sentían que establecían una relación de comunicación, gesto que era valorado en forma diferente por pacientes varones.

Hace tiempo que los avances tecnológicos en el campo de la medicina, la aparición de aparatología destinada al diagnóstico (radiografías, ecografías, tomografías, entre otras), desplazaron la “mirada clínica” analizada por Foucault en *El nacimiento de la clínica*, de los cuerpos a las imágenes proyectadas de los cuerpos. Y antes, la mirada había desplazado al tacto, en palabras de Bordelois (2009) “en atención al progreso y a la ciencia, el ojo clínico desplaza y sustituye la voz, la intimidad del tacto que establece la confianza entre médico y enfermo”.

Sin embargo la necesidad de retomar una relación con los pacientes “más humanizada”, había puesto en discusión esta mediación tecnológica en el proceso de atención. Y entonces la irrupción de la pandemia introdujo la necesidad de mantener la distancia, cubrirse el rostro, permanecer el menor tiempo posible en contacto con otras personas, no tocar a nadie ni a nada, y si esto ocurre, alcohol en gel para que no queden huellas de ese contacto. Estos gestos han pasado a tener un valor central de cuidado no sólo de la propia salud sino como cuidado de la salud de las personas que nos rodean

(en algunos casos, significa incluso preservar la vida). Podría decirse que han surgido nuevas barreras a la comunicación, pero paradójicamente, son barreras que de algún modo “nos salvan”.

En una entrevista para el diario Página 12, Byung-Chul Han, filósofo coreano cuyo pensamiento ha logrado llamar la atención en estos últimos tiempos, afirma que el virus es un espejo que muestra como es la sociedad en la que vivimos, “una sociedad de supervivencia que se basa en última instancia en el miedo a la muerte”. Una sociedad en la que “todas las fuerzas vitales se emplearán para prolongar la vida (...) una sociedad de la supervivencia (en la que) se pierde todo sentido de la buena vida”. Y añade: “quien tenemos al lado es un potencial portador del virus y hay que mantenerse a distancia. Los mayores mueren solos en los asilos porque nadie puede visitarles por el riesgo de infección. ¿Esa vida prolongada unos meses es mejor que morir solo? En nuestra histeria por la supervivencia olvidamos por completo lo que es la buena vida”.

Evidentemente, aunque fuertes y muy duras, estas miradas indefectiblemente nos interpelan a quienes trabajamos en este campo, porque nos obliga a pensar en una nueva forma de relación, una nueva forma de comunicación, un nuevo modelo de atención que no sabemos si será momentáneo, si durará el tiempo que dure la pandemia, o si va a modificar estos procesos (y nuestra vida cotidiana) para siempre.

Rescatar la palabra

Las noticias que a partir del inicio de la pandemia comenzaron a llegar de distintos países, y que luego las vivimos en nuestro propio país, con imágenes tan duras como la muerte en soledad, la falta de abrazos reconfortantes ante el dolor, el “aislamiento” social, hizo que la frase de Walter Benjamin, citada por Bordelois (2009) se hiciera nítida y contundente: “En los hospitales la gente se muere de hambre de piel”. Escrita en otro contexto histórico y en otro momento de la atención de la salud, en el marco de la pandemia me llevó a reflexionar sobre estos modelos de atención a los que aludíamos antes, y que podríamos decir que se han puesto en crisis.

Desde la declaración de la pandemia de coronavirus, el no tocarnos pasó a ser la consigna generalizada: primero, comenzamos a saludarnos con el codo para evitar besos y abrazos, pensando que sería momentáneo o por un breve lapso de tiempo. El aislamiento social obligatorio, y los protocolos tanto dentro de los hospitales como en todos los ámbitos, así como el uso de alcohol en gel, el barbijo y las máscaras protectoras, ya son parte de nuestra cotidianeidad.

“¿Qué significa el mandato ‘no me toques’? Las manos no pueden llegar a la otra persona; sólo desde el interior podemos acercarnos los unos a los otros, y la ventana hacia “dentro” son nuestros ojos”, dice Zizek (2020) en las primeras reflexiones que comenzaron a surgir en torno a la pandemia.

Frente a las limitaciones de lo gestual, el mandato de “no tocar”, ¿tendremos que renovar el valor de las palabras? Pero las palabras, en la atención de la salud, han sido históricamente problemáticas, ya sea entre los y las profesionales de la salud como en su relación con sus pacientes. Muchos estudios han dado cuenta de cómo 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 graves consecuencias para la vida del paciente es la comunicación verbal. Se suele 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, en publicaciones como las realizadas desde aseguradoras médicas, se afirma que “los cortocircuitos entre los profesionales de salud y

entre ellos y sus pacientes afectan seriamente la seguridad de la atención y son uno de las principales causas de juicio por responsabilidad profesional” (Vítolo, 2011).

Como dice Bordelois (2009) “la palabra que se intercambia en la entrevista médica viene rodeada de ansiedades y dudas: existe una situación de riesgo físico a la que se agrega el riesgo del malentendido entre médico y paciente, que pueden compartir el mismo lenguaje, pero no necesariamente un mismo código que los comunique plenamente”.

Esto nos permite vislumbrar un camino hacia nuevos modelos de atención que necesariamente deberán tener como un eje fundamental la formación de profesionales de salud que puedan comprender los procesos de atención como procesos de comunicación, y dentro de esa mirada que puedan evaluar la importancia que tiene lo dicho y lo no dicho en ese proceso, comprender la pluralidad de significaciones a las que dan lugar las palabras y por lo tanto tengan el mismo cuidado que tienen en la elección de sus procedimientos clínicos con el uso de las palabras.

Referencias bibliográficas

Andrade Scroferneker, CM. (2012). Contra tendencias paradigmáticas da comunicação organizacional contemporânea no Brasil. *DIALOGOS de la comunicación*, 85.

Bateson, G. y otros (1984). *La nueva comunicación*. Barcelona: Kairós.

Bordelois, I. 2009. *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Byung-Chul Han (2020) *Entrevista* <https://www.pagina12.com.ar/266458-byung-chul-han-y-el-coronavirus-la-muerte-no-es-democratica>

Ceriani Cernadas (2014). La comunicación en los equipos de atención médica: un desafío esencial para mejorar la seguridad del paciente, *Arch Argent Pediatr*, 112(2):114-115 / 114).

De Sousa Campos, G.W. (2006) *Efecto Paideia y el cambio de los modelos de atención: reflexiones sobre la relación entre el sujeto y el mundo de la política y gestión en salud*. Disponible en www.gastaowagner.com.br

Kaplún, Gabriel (2012) Lo emergente y lo resistente en la comunicación organizacional, *Felafacs, Diálogos de la comunicación* 83, pp. 1-23. Disponible en: http://dialogosfelafacs.net/wp-content/uploads/2012/03/N%C2%B0-12_Gabriel-Kaplun_UDELAR-Uruguay.pdf

Medina y Narodowsky (2015). *Estado, integración y salud: la gestión en red de un hospital público*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; Florencio Varela: Universidad Nacional Arturo Jauretche; Buenos Aires: Imago Mundi.

Pittman, P.M. y col. (1998) "Informe Final de la Investigación: Equidad de Género en la Dimensión Socioemocional de la Calidad de Atención en Salud. El caso de la Hipertensión y Diabetes en Avellaneda, Pcia de Buenos Aires", *Programa Mujer Salud y Desarrollo*, OPS, Buenos Aires.

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. *Revista Question*, Vol. 1, N° 63, julio-septiembre. Facultad de Periodismo y Comunicación Social - UNLp

Rodríguez, J; Dackiewicz, N; Toer, D. (2014). La gestión hospitalaria centrada en el paciente. Buenos Aires, *Archivos Argentinos de Pediatría*; 112(1):55-58.

Vilaza Mendes, E. (2011). *Las redes de atención de la salud*. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.

Vítolo, F. (2011). *Problemas de comunicación en el equipo de salud*, Biblioteca Virtual Noble,
http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/63.pdf

Žižek, S. (2020). *Pandemia: el COVID 19 sacude el mundo*. Nuevos Cuadernos Anagrama.