

COMUNICACIÓN Y SALUD. UNA MIRADA DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA

COMMUNICATION AND HEALTH. A LOOK FROM CRITICAL EPIDEMIOLOGY

Ylonka Tillería Muñoz⁽¹⁾

⁽¹⁾Universidad Andina Simón Bolívar. Av. Toledo y Ladrón de Guevara. Quito - Ecuador. ytilleria2010@gmail.com

Resumen: El propósito de este artículo es acercarnos a un paradigma crítico o dialéctico que permita un abordaje integral tanto de los problemas de salud como de la comprensión de los procesos comunicativos. Lo que también implica trabajar en una visión de la salud donde la comunicación se constituya no sólo en una herramienta sino también en el campo de acción para promover espacios y ambientes saludables dentro de la comunidad. A efectos de reconocer los diferentes elementos que integran la reflexión sobre el campo de la comunicación y la salud se realiza una revisión conceptual en relación a dos procesos principalmente: la relación entre la salud y las ciencias sociales y el debate entre el modelo hegemónico en comunicación y la epidemiología convencional. Para tal propósito, toma como referente principal el paradigma de la determinación social trabajado por Jaime Breilh. Los anteriores aspectos permiten repensar ambas disciplinas e interpretar el proceso salud - enfermedad desde un enfoque interdisciplinario.

Palabras clave: comunicación en salud, salud colectiva, epidemiología.

Abstract: The purpose of this article is to approach a critical or dialectical paradigm that allows an integral approach to both health problems and the understanding of communicative processes. What also implies to work in a vision of health where the communication is constituted not only in a tool but also in the field of action to promote healthy spaces and environments within the community. In order to recognize the different elements that integrate the reflection on the field of communication and health, a conceptual revision is made in relation to two main processes: the relationship between health and the social sciences and the debate between the hegemonic model in communication and conventional epidemiology. For this purpose, it takes as main reference the paradigm of the social determination worked by Jaime Breilh. The above aspects allow us to rethink both disciplines and interpret the health - disease process from an interdisciplinary approach.

Key words: health communication, collective health, epidemiology.

Recibido: 10 de junio de 2017

Aceptado: 20 de noviembre de 2017

Publicado como artículo científico en Revista de Investigación Talentos IV(2) 44 - 49

I. INTRODUCCIÓN

A diario se encuentra en los medios de comunicación numerosas noticias sobre los impactos en la salud debido a procesos ambientales como el crecimiento urbano o la industrialización que afectan la calidad del aire, el consumo de agua y alimentos. Desde la perspectiva mediática estos problemas han sido abordados desde los estilos de vida de las personas, cuyos comportamientos malsanos derivan en ambientes poco saludables.

Dos corrientes principales han intentado explicar la relación entre comunicación y salud. La primera es el modelo informacional, mediante el esquema tradicional: emisor – mensaje – receptor, donde se pone en circulación una serie de mensajes a través de soportes tecnológicos (prensa escrita, radio, televisión, internet), y un segundo modelo conocido como relacional, constituido por las instancias de producción, circulación y reconocimiento donde la comunicación se integra a los proyectos de cambio social (Díaz, 2011).

De allí que, la comunicación ha sido vista como uno de los campos más favorecedores para promover comportamientos positivos en relación con el ambiente y la salud, donde la principal herramienta es la persuasión, a través de diversos programas enfocados en los cambios de comportamiento a nivel individual.

En el intento de construir un campo interdisciplinario han surgido diferentes concepciones sobre la comunicación en relación con otras disciplinas. La Comunicación para el desarrollo que “facilita la identificación de necesidades a través del diseño y producción de mensajes para poblaciones con características homogéneas”; la Comunicación para el Cambio Social donde el componente principal es la participación de los colectivos ciudadanos. En consonancia con este último, la Comunicación en Salud que interviene en diversas etapas del desarrollo del individuo lo que genera respuestas en el proceso salud – enfermedad (Martínez & Sosa, 2016).

Según Coe (1998), una de las alternativas más difundidas es la comunicación para la salud entendida como “la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño”. Sin embargo, tanto en el campo de la comunicación como en el de la salud existe una tendencia a mirar lo individual y dejar de lado el movimiento social colectivo que incorpora las dimensiones de la vida social donde operan relaciones y asimetrías de poder. Esto significa entender el ambiente y la salud más allá de una suma de factores. Implica desmedicalizar las discusiones en salud y desmediatizar el debate en comunicación.

El propósito de este artículo es acercarnos a un paradigma crítico o dialéctico que permita un abordaje integral tanto de los problemas de salud como de la comprensión de los procesos comunicativos. Lo que también implica trabajar en una visión de la salud donde la comunicación se constituya no sólo en una herramienta sino también en el campo de acción para promover espacios y ambientes en saludables dentro de la comunidad.

A efectos de reconocer los diferentes elementos que integran la reflexión sobre comunicación y salud se realiza una aproximación conceptual en relación a dos procesos principalmente: la relación entre la salud y las ciencias sociales y el debate sobre el modelo hegemónico en comunicación y la epidemiología convencional.

Teniendo en cuenta este contexto se identifican los principales ámbitos de debate y se propone un camino en común, a través de la especificidad del campo de la comunicación, frente a los aportes de otras disciplinas como la epidemiología crítica.

II. DESARROLLO

A. Principales transformaciones en el campo de la comunicación

Sin duda, las concepciones de salud, enfermedad y muerte se transforman con la evolución de la sociedad y guardan relación con cada época, con las condiciones de trabajo, distribución de la riqueza, las relaciones humanas y sociales. Por ello es pertinente su estudio. Lo mismo ocurre en el campo de la comunicación, cuyas principales corrientes de investigación serán resumidas en este artículo.

Dentro de los estudios comunicacionales se han marcado algunas tendencias. Jesús Martín Barbero (2003) distingue dos corrientes que marcaron los estudios en este campo, sobre todo en América Latina: la primera en los años setenta denominada ideologista concentrada en el paradigma hegemónico para el análisis de la comunicación en América Latina, bajo el modelo de Laswell, proveniente de una epistemología psicológico – conductista, que describía los medios de comunicación de masas como una especie de dispositivo ideológico. Barbero enfatiza el hecho de que este paradigma redujo a la comunicación a simples herramientas de acción ideológica con la consiguiente pasividad del consumo y la inmanencia de un mensaje – texto en el que no había conflictos, ni contradicciones.

Uno de los principales exponentes de esta línea fue Louis Althusser, quien definió la estructura social como un sistema de relaciones sociales conflictivas en tres campos: económico, político e ideológico. En estos tres niveles se expresa la lucha de clases entre dominantes y dominados, donde existen grupos vinculados a intereses económicos, cuyo poder se expresa en el control del sistema mediático (Breton, 2002).

A partir de los años setenta se estudia la dimensión económica de la comunicación, retomando los debates de Horkheimer y Adorno sobre la producción industrial de bienes culturales que operó de modo muy parecido a las fábricas automotrices del Fordismo (Breton, 2002).

Más tarde, las distintas miradas al fenómeno de la globalización desplazaron a la teoría de la dependencia de los años setenta. Este segundo momento fue denominado como cientifista reconstruido en base al modelo informacional, ubicado ya no sólo en el espacio de la circulación sino también en el de la producción. Este nuevo modelo combinó parte del funcionalismo de décadas anteriores, teorías del Marxismo y ciertas corrientes estructuralistas. Sin embargo, pese a incluir el análisis de mensajes y códigos, se excluyó no sólo la cuestión del sentido, sino también las estructuras de poder que subyacen en la comunicación (Barbero, 2003).

Desde estas corrientes más difundidas para el análisis de la comunicación, en relación con la estructura económica e ideológica, es importante abordar la comprensión de los fenómenos de la salud, cuyos discursos dependen principalmente de la forma de concebir la sociedad en un momento histórico determinado.

Gumucio distingue dos corrientes en la comunicación para el cambio social. Una comunicación influida por las teorías de la modernización por un lado, y por otro, de las estrategias y técnicas utilizadas por go-

biernos como el de Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial para la promoción y difusión de sus productos comerciales. Una segunda corriente, que nace de las luchas anticoloniales y antidictatoriales de América Latina, que tomarían el nombre de "teorías de la dependencia" (Gumucio, 2011).

Bajo lo anterior, Martínez afirma que "el cambio social ejercido desde la comunicación permite a la sociedad progresar desde lo cultural hasta lo económico" lo que facilita su sostenimiento y el de generaciones futuras. El autor establece como componentes principales el desarrollo local, la sostenibilidad y la participación (Martínez & Sosa, 2016).

A partir de los años setenta, con las críticas al modelo de desarrollo implantado en la región, varios pensadores entre ellos, Luis Ramiro Beltrán articularon una propuesta para entender la comunicación dentro de los contextos latinoamericanos. En este sentido, Beltrán plantea que desarrollo es:

un proceso dirigido de profundo y acelerado cambio sociopolítico que genere transformaciones sustanciales en la economía, la ecología y la cultura de un país a fin de favorecer el avance moral y material de la mayoría de la población del mismo en condiciones de dignidad, justicia y libertad (Beltrán, 2006).

Frente al desarrollo paralelo de ambas corrientes, en la década de 1990, surgieron otras propuestas que combinaron la utilización de medios masivos y una comunicación más educativa y participativa. En América Latina, la comunicación en salud se concentraría en fortalecer la programación de mensajes y luego en el estudio de los efectos en las audiencias.

Con el desarrollo de las nuevas tecnologías durante el siglo XX y el auge de internet surgen las TICs (Tecnologías de Información y Comunicación) promoviendo las más variadas aplicaciones, donde el campo sanitario no es la excepción. Desde allí se pretende mejorar las habilidades, conocimientos y prácticas del personal de salud a través de la telemedicina y la teleasistencia y así fortalecer los servicios sanitarios (Choque, 2011).

Desde la perspectiva psicosocial, el encuentro entre las TICs y la salud proporciona un cambio en la distribución y acceso a la información sanitaria, así como la mejora en la relación entre médico - paciente. Lo cual también podría tener un impacto económico importante (Cambrá, 2012).

Sin embargo, esto tiende a fortalecer el enfoque vertical de otras teorías, pues se mantienen los contenidos convencionales de una enseñanza medicalizada, lo que hace difícil incorporar el trabajo interdisciplinario del campo de la salud y consolida una visión instrumental de la comunicación.

B. La salud en los medios. Los medios en la salud

Como sabemos los medios de comunicación determinan gran parte del discurso sobre salud que se genera en el mundo, pues instalan la agenda en temas como política, economía, ambiente, seguridad, entre otras. Por ello, gran parte de las notas periodísticas relacionadas con salud contienen un enfoque biológico en el que se concede mayor interés a la exposición de las enfermedades y sus graves consecuencias en la salud humana, lejos de políticas con un enfoque integral e interdisciplinario.

Comúnmente la prensa ha sido utilizada para informar y tratar de modificar comportamientos en grupos de riesgo que operan en doble vía.

Por un lado, los medios construyen mensajes asociados con los grupos denominados de "riesgo" para mostrar su vulnerabilidad, pero por otro, contribuyen a crear estigmatizaciones sobre estos mismos grupos (Menéndez, 2009). Esto cuando la presencia de la salud se reduce a campañas mediáticas y recetas enfocadas en los estilos de vida, lejos de la prevención y más cerca del consumo para alcanzar el bienestar y la salud. Quizás por ello, no hemos reparado lo suficiente en los usos sociales que los ciudadanos hacen de los medios, así como en las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad que se construyen a través de la televisión, la radio, la prensa escrita o Internet.

Persiste entonces la corriente funcionalista que concibe la comunicación como un proceso lineal y mecánico, por el cual los mensajes son producidos, distribuidos y recibidos por las audiencias. Sean temas de salud o ambiente, la información que circula en los medios es reducida permanentemente al relato crudo de hechos y presentación de datos y cifras, donde prima una lógica y un discurso propio, el del medio. Por ende, la relación entre salud y medios de comunicación precisa la búsqueda de prácticas que entran en conflicto en lo social.

Esta última definición es importante para pensar la comunicación en relación con la salud, más allá de una visión instrumental, así como diversas estrategias de intervención o promoción dirigidas a individuos o colectivos fundamentados principalmente en cambios de comportamiento.

Acercarse a las prácticas discursivas y la reproducción del modelo hegemónico en salud, empieza por comprender cómo estos se articulan a un complejo entramado que configura un régimen de control que se expresa en nuestra cotidianidad. Noticias buenas o malas, todas pasan por un tamiz en los medios de comunicación en base a tres operaciones básicas: a) inclusión de información; b) exclusión de información; y c) jerarquización (Fontcuberta, 1993).

Los medios de comunicación conforman un escenario para acercarse a las narrativas y representaciones desde donde surgen interacciones sociales, políticas y culturales. Es allí donde las noticias operan como uno de los principales productores de sentido en la sociedad. A través de sus prácticas discursivas construyen un espacio de representaciones sociales donde se producen y circulan distintos puntos de vista sobre los más variados temas. Si extendemos esto al campo de la salud, los discursos y representaciones ejercen influencia en nuestras concepciones, y de esta forma, participan directamente en nuestras prácticas y conocimientos.

Esta construcción de sentido del mundo de los medios de comunicación donde se naturalizan las ideologías y prácticas neoliberales ha sido abordada por autores como Charles Briggs en lo que ha denominado biocomunicabilidad. El autor afirma que las ideologías hegemónicas en salud tienen su correlato en la comunicación. De esta forma, la comunicabilidad se convierte en "generadora de relaciones de poder y desigualdades, al estructurar la sociedad jerárquicamente y al reclutar individuos y poblaciones para ocupar posiciones diferenciadas". La comunicabilidad, entonces, produce relaciones de poder y desigualdad donde se jerarquiza y ubica a ciertos individuos en la sociedad (Briggs, 2005).

En este sentido, analizar el discurso periodístico deviene de un hecho que es evidente. "La información es esencialmente una cuestión de lenguaje, y el lenguaje no es transparente; presenta su propia opacidad mediante la cual se construye una visión y sentido particular del mundo" (Charaudeau, 2003).

La importancia de entender la comunicación es clave, para promoverla

como un intercambio que se realiza entre individuos, ya sea de objetos, palabras, emociones, sentimientos, que genera y provoca efectos. Es decir, no como meramente emisores y receptores, sino que el sentido de lo que decimos se produce colectivamente a medida que se da el proceso comunicativo.

En Ecuador, como en algunos países de la región, los medios de comunicación han configurado un discurso, que en la mayoría de casos privilegia la información enfocada en los individuos, al tiempo que naturaliza los problemas en salud y ambiente. Los mensajes se construyen en consonancia con esa visión y adquieren un fuerte contenido ideológico. En este sentido es importante determinar de qué manera los discursos mediáticos se constituyen en mecanismos de circulación del capital y reproducen el consumo a nivel individual y colectivo.

De acuerdo con Scott Lash, la sociedad mediática plantea una doble contradicción. Por un lado, la unidad cultural a través de la "comunicación" con su brevedad, velocidad y carácter efímero que se impone en la narración y el discurso como principio cardinal de la cultura. Por otro, una sociedad des-informada de la información. Así, la contradicción fundamental que traza el autor radica en cómo la sociedad de la información conduce a un "espabilamiento" creciente, y al mismo tiempo, a una "estupidización" inevitable (Lash, 2005).

C. Pensar la salud, más allá de los medios

Si la comunicación constituye una dimensión transversal en la vida de los individuos donde se construyen las relaciones sociales, ¿por qué su capacidad se reduce al ámbito instrumental? Manuel Martín Serrano afirma que en la especie humana, la Comunicación es parte de la naturaleza y de la cultura, a la vez, pues resulta "un componente de los procesos de humanización que se representan primero en escenarios naturales y luego se continúan en los escenarios sociales". En este sentido, los estudios en la comunicación humana son evolutivos y sociohistóricos (Parzianello, 2009).

Estos modelos y sus limitaciones llevaron a pensar a Barbero en la comunicación como un proceso productor de significaciones en el que el receptor no es solamente un decodificador de mensajes sino también un productor. El autor nos explica este giro en su texto *De los medios a las mediaciones* que nos lleva a entender cómo la comunicación se tornó cuestión de mediaciones, "cuestión de culturas, y por tanto, no sólo de conocimiento sino de re-conocimientos". Esto a partir de los múltiples cambios y transformaciones en la historia de América del Sur y Centroamérica donde la apropiación de los usos que daba cuenta de una nueva verdad cultural (Barbero, 2003).

Esta nueva mediación comunicativa, donde la comunicación se entiende desde la cultura y sus procesos de configuración social, implica "el tránsito de una concepción de la mediación como lugar de interposición o intervención, a la de un continuum relacional múltiple" (Bacallao, 2009).

En este sentido, las actuales teorías en este campo, que han desplazado los conceptos tradicionales manejados en la comunicación, proponen nuevas categorías para un renovado entendimiento y práctica de este acto de interacción social.

La relación entre comunicación y salud, desde es el espacio donde las personas interpretan y comprenden los mensajes que atañen a su salud, pero insertos en la vida cotidiana, "desde las marcas de la cultura que lo constituyen y desde el sistema de relaciones que, a modo de tejido social los contiene" (Díaz y Urranga, 2011).

D. Repensar la salud más allá del riesgo

La Epidemiología convencional, con énfasis en lo biológico, centrada en la cuantificación de los daños y los enfermos, establecía como centro de su análisis la exposición como asociación externa y la probabilística de elementos aislados como comprobación empírica donde la realidad es reducida a factores de riesgo (Breilh, 2009).

En tanto, los argumentos expuestos por Breilh para proponer una epidemiología crítica que supere la hegemonía del pensamiento de la salud pública muestran que la estructura económica social determina las lógicas para abordar la salud. "La materialidad capitalista del siglo XXI se ha transformado, determinando ahora, de una manera especial, los modos de vivir y la salud" (Breilh, 2011a, 2011b).

El neoliberalismo y sus mecanismos de ajuste como la monopolización, privatización y mercantilización de la oferta de bienes y servicios, sobre todo en materia de salud, orquestados por estados neoliberales operó bajo la epidemiología del riesgo. Antes en el siglo XIX serían las nociones de contagio que animaban la relación con lo económico y social; y ya a inicios del siglo XX, los conceptos de transmisión que trabajaban la relación medio interno - medio externo. Más tarde, cuestiona Breilh, la epidemiología social anglosajona, amparada en la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985) trabajaría la idea de los determinantes sociales de la salud, enfocada en la inequidad económica, algo que el paradigma de riesgo había cerrado (Breilh, 2011).

Por su parte, Almeida-Filho (2000), explica que la concepción de riesgo se fundamenta en tres principios: el primero, un juego entre lo posible y lo probable de que un evento ocurra; allí, la probabilidad es unidimensional, variable y por ende, cuantificable, bajo lo cual es posible cuantificar los eventos de salud/enfermedad. Lo segundo, el principio de homogeneidad para los eventos que ocurren, donde todos son colocados en un mismo registro. Tercero, la idea de que dichos eventos ocurren en serie, lo que implica establecer patrones de ocurrencia de los eventos epidemiológicos.

Sin embargo, al ubicarse principalmente en la población, su referencia es colectiva y no permite identificar sujetos. Con esto, "el sujeto ya no es un ser sino un portador. Por ello, "el riesgo pasa a ser un objeto de diagnóstico en sí... ahora se diagnostican factores de riesgo como si fueran enfermedades" (Almeida Filho, 2000).

En este sentido, Jaime Breilh destaca tres propuestas teóricas para superar el causalismo. Una primera línea basada en la necesidad de contextualizar la relación exposición - riesgo dentro del concepto Modos de vida. Un segundo enfoque que establece la dialéctica de los órdenes colectivo e individual, esto es, la salud bajo una determinación múltiple con interfaces jerárquicas. Finalmente, una tercera línea, que explica la salud desde la reproducción social donde se articulan los tres grandes dominios que la componen: "la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones político culturales; los modos de vivir con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad; y los estilos de vida del libre albedrío personal y las condiciones fenotípicas y genotípicas". Esto, a su vez, guarda relación con las relaciones de poder dentro la matriz integrada de clase-género-etnia" (Breilh, 2008).

Los nuevos estudios sobre la percepción de riesgo en salud, enfocados en el individuo, abordan sus impactos en dos sentidos: el primero centrado en los hábitos personales del individuo como fumar, beber, comportamiento adictivo, y la segunda, los hechos sobre los que el individuo tiene

poco control como catástrofes naturales o antrópicas (Stanojlovic, 2015). La construcción de la epidemiología crítica social tendría varios momentos clave, según Breilh. Un primer momento en el periodo regional de industrialización, influenciado por las demandas laborales de salud. Un segundo momento, a partir de los años ochenta hasta los primeros años de la década de los noventa, en los años del ajuste neoliberal, aceleración global y económica, y con ello, la producción de modos de vivir mal-sanos (Breilh, 2009).

Este contexto sirve para arribar al próximo momento de la construcción de un nuevo paradigma en salud que replantea el objeto/ concepto/ campo de la salud, que permite romper con el Positivismo que reduce a la salud a causas o factores (Breilh, 2010a y 2010 b).

La construcción del objeto integral salud incide sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales que ha sido relegada por la epidemiología convencional. La visión latinoamericana de la Epidemiología estructura a lo largo de todos los niveles principios de oposición social (acumulación/desposesión; dominación/emancipación; totalidad/particularidad) (Breilh, 2006).

Así, uno de los principales retos en la construcción de una ciencia emancipadora en salud es la reconciliación entre sujeto y objeto a través de un paradigma crítico – dialéctico que aborde la complejidad como un movimiento de un objeto que se hace sujeto y un sujeto que se objetiva (Carvalho et al., 2010).

Desde la concepción dialéctica del sujeto – colectivo/individual- sólo en relación al objeto que conoce es nodal en el pensamiento crítico epidemiológico. En este sentido, Breilh establece dimensiones de estudio para el objeto esto es, la de su ser (ontológica); la de su conceptualización (epistemológica) y la de sus formas de práctica (práxica).

El centro de la búsqueda epidemiológica debe orientarse hacia el problema de la lógica de la praxis humana. Así la ciencia ya no es lineal y sujeta a factores, ahora es concebida como un proceso que opera en tres dimensiones: la determinación social del objeto; una determinación social de la construcción de los conceptos y una determinación social de la práctica. Breilh sostiene que en cada periodo histórico existen cambios y transformaciones de la salud como objeto y esto se relaciona a su vez con las innovaciones en el concepto y en la praxis (Breilh, 2013).

Desde la Epidemiología Crítica, en tanto, la realidad es un proceso que se desarrolla como movimiento organizado alrededor de modos de vida o reproducción social, con sus contradicciones y relaciones: la concepción dialéctica de que esos son modos de devenir o determinaciones de las condiciones de vida. La determinación social de la salud, como condicionamiento histórico estructurado, es un proceso por tanto, no lineal, es un objeto complejo. Para entender la salud humana y los ecosistemas, lejos del determinismo biológico o el determinismo histórico, el autor trabaja lo “social biológico”, que implica reconocer una historicidad en lo biológico (Breilh, 2010).

El Modo de vida hace referencia a los grupos históricamente constituidos de una sociedad que existen de una determinada manera, que no sólo se expresa en los estilos de vida de las personas sino que se da en los procesos de las mismas, a manera de un movimiento dialéctico. De allí se desprenden otros conceptos como: la Dimensión General que tiene que ver con la lógica social de principios de reproducción; la Dimensión Particular el modo y el estilo de vida; y la Dimensión Singular que comprende los procesos feno y genotípicos (Breilh, 2009).

Para romper con el sentido positivista de la salud ligado a la práctica curativa y comercial de enfermedades, la Epidemiología crítica propone abordar la salud en relación a procesos destructivos y procesos protectores que surgen como tales “según las relaciones sociales que operan en distintos dominios como el más general de la sociedad en su conjunto, el dominio particular de sus grupos y el dominio singular de las personas con su cotidianeidad” (Breilh, 2006).

Siguiendo a Breilh, una perspectiva crítica, comienza a conformarse como tal, cuando se considera a la salud como un objeto, como un concepto y como un campo, cuyas características específicas se definen recíproca y relacionamente. Esto representa la multidimensionalidad de la salud, indispensable en el abordaje metodológico.

En resumen, la incorporación de la Epidemiología Crítica y sus categorías permite dimensionar los aspectos estructurales que determinan la reproducción de la salud y la relación con la naturaleza. La utilidad de los procesos en cada dimensión brinda posibilidades para identificar categorías de análisis, las condiciones de deterioro de la salud en las poblaciones y las relaciones de poder en cuanto a clase, género y etnia.

Morin insistía en el hecho de entablar un diálogo entre la esfera de los objetos y la esfera de los sujetos que conciben estos objetos. Un diálogo también de disciplinas, de saberes, “pues ni lo humano se reduce a lo biofísico ni la ciencia biofísica se reduce a sus condiciones antrosociales de elaboración” (Morin, 1996).

III. REFLEXIONES FINALES

En el ámbito de la salud, el paradigma positivista reprodujo la cuestionada ruptura entre lo social y lo biológico, mientras que la epidemiología crítica desarrolló la idea de que la vida del ser humano no está determinada por procesos puramente biológicos e individuales, donde fenómenos como la salud, son tan sociales como biológicos.

La salud entendida, entonces, como un fenómeno socio-eco-biológico que requiere para su estudio de herramientas de las ciencias sociales, como de las ciencias naturales; es decir, aunque los trastornos físicos y mentales se muestran en los cuerpos y mentes de individuos, esto no quiere decir que la salud es exclusivamente un proceso individual y puramente psicobiológico, y peor aún un problema de enfermedades (Breilh, 2009).

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (OMS, 1985). Tradicionalmente el papel de difundir este concepto estaba en manos de la familia y la escuela, en la actualidad, ese rol recae en los medios de comunicación e Internet.

El campo de la comunicación, como práctica social, más allá de la transmisión o circulación de mensajes, se erige como un espacio de constitución de lo social que hace posible una articulación democrática y equitativa de la sociedad. Esto nos permite abordar la situación de salud no desde fenómenos aislados sino a través de un enfoque colectivo con una visión ética y política que permita transformar la realidad. En este sentido, la comunicación es una herramienta clave.

Omar Rincón (Rincón, 2003), propone pensar/investigar/hacer la comunicación e invita a renombrarla, a conquistarla, en sus múltiples tensiones. Desde una cultura – mundo y una cultura local; entre la pluralidad y la homogenización de la diferencia; “entre estéticas de producción irregulares y tradiciones narrativas afincadas en lo obvio; entre las efe-

méridas de lo individual y la ausencia de lo colectivo”.

En tanto, Flavia Demonte (Demonte, 2015), en sus estudios sobre alimentación, salud y comunicación, apuesta por explorar la dimensión simbólica para analizar los discursos y prácticas sociales que subyacen a estos campos para así contribuir en la explicación de los perfiles epidemiológicos.

En esa medida, el campo comunicacional se despliega en la interrelación, expresión y significación que permiten tanto en una relación intersubjetiva como en los procesos mediatizados o mediáticos estar en relación con el otro (Pereira, 2005).

Si en los XIX, las ciencias médicas tomaron gran importancia al pormenorizar los problemas de salud e higiene del cuerpo, y a través de esto, regular su pureza e integridad individual, los medios de comunicación actuales actúan como una suerte de nuevos “relatores” de la realidad donde “la información constituye un modo sutil de dominio” que afecta la configuración espacial, afectiva, corporal, de la vida cotidiana (Jiménez, 1998).

En el sistema mediático caracterizado por la abundancia de mensajes, la multiplicidad de la oferta y la opulencia comunicacional, la salud tiende

a ser un campo minimizado en cuanto a su dimensión social – colectiva, donde se habla menos de sujetos de derechos y más de ciudadanos como consumidores. Las acciones comunicativas en salud deben tener una perspectiva de derecho: universales, integrales y equitativas. Entendiendo que a través de estrategias comunicativas se puede avanzar en la identificación de temas generadores de acción colectiva: reconocimiento de intereses comunes que nos lleven a la acción en salud.

La Comunicación y el campo de la salud, a través de la Epidemiología crítica, comparten una apuesta en común por recuperar una vía de desarrollo humano real, formas de vivir saludable, el respeto al entorno ecológico y todo aquello que constituye la salud colectiva. En comunicación, tales concepciones demandan una nueva sensibilidad, un nuevo modo de conocer y entender el mundo que tiene que ver con el rompimiento de las formas cotidianas de ver, oír, sentir y comprender el mundo.

Lo anterior permite sostener que la construcción interdisciplinaria de la salud y la comunicación requieren un trabajo de innovación y redimensionamiento. La apuesta es la valoración del campo comunicacional, más allá de su carácter instrumental, y la salud vista como un entramado disciplinar complejo donde los saberes y experiencias son mirados desde distintas perspectivas epistémicas.

V. REFERENCIAS

- Almeida Filho N. (2000): La ciencia tímida, Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología, Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina, 253 – 284.
- Bacallao L. (2009): “Poder y comunicación: una segunda revisión crítica”. *Perspectivas de la Comunicación*, 2(1), 28 – 40.
- Barbero J. (2003): De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía, Convenio Andrés Bello. Bogotá, Colombia.
- Beltrán LR. (2006): “La comunicación para el desarrollo en Latinoamérica: un recuento de medio siglo”. *Anagramas*, 4(8), 53-76.
- Breilh J. (2006): *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina.
- Breilh J. (2008): “La Determinación Social de la salud. Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud”. Documento presentado en el “Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social”. octubre 2; México D.F. México.
- Breilh J, Tillería Y. (2009): Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Universidad Andina Simón Bolívar – Abya Yala. Quito, Ecuador.
- Breilh J. (2010a): *Epidemiología. Economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*, Universidad Andina Simón Bolívar. Corporación Editora Nacional. Quito, Ecuador.
- Breilh J. (2010b): “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”. *Salud Colectiva*, 6(1), 83-101.
- Breilh J. (2011a): “Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud”. *Salud Colectiva*, 7(3), 389-397.
- Breilh J. (2011b): “Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud”. En: Eibenschutz C, Tamez González S, González Guzmán R, compiladores. *Determinación social o ¿Determinantes sociales de la salud?* Universidad Autónoma Metropolitana. México, D.F.
- Breilh J. (2013): “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, (31), 13-27.
- Breton P, Proulx S. (2002): *La explosión de la comunicación*. Segunda edición. Ediciones Abya Yala. Quito, Ecuador.
- Briggs C. (2005): “Perspectiva crítica de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales”. *Antropología Social*, (14), 101 – 124.
- Cambra U. (2012). “Las TICs y la salud desde una perspectiva psicosocial”. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol.2, n° 1, 29-33.
- Carvalho de Miranda A, Testa Tambellini A, Benjamin C, Breilh J, Costa Moreira J. (2010): “La transición hacia un desarrollo sostenible y la soberanía humana: realidades y perspectivas en la Región de las Américas”. En: Augusto L, Finkelman J, Henao S, (editores). *Determinantes sociales y ambientales de la salud*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C: 17 – 31.
- Charaudeau P. (2003): *El discurso de la información. La construcción del espejo social*. Gedisa. Barcelona, España.
- Choque R. (2011): “Las nuevas competencias TIC en el personal de los servicios de salud”. *Comunicación y Salud*, 1(2), 47 – 60.
- Coe, G. (1998): “Comunicación en salud. Comunicación y promoción de la salud”. *Chasqui* (63), 26 – 29.
- Demonte F. (2015): “Alimentación, Salud y Comunicación: hacia una agenda de investigación convergente en Argentina”. *Revista de Comunicación y Salud*, Vol. 5, 80-95.
- Díaz H, Uranga W. (2011): “Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria”. *Comunicación y Salud*. 1(1), 113-124.
- Díaz H, (2011): “La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional”. En: Cuesta U, Menéndez T, Ugarte A, (coordinadores). *Comunicación y salud. Nuevos escenarios y tendencias*, Editorial Complutense, Madrid: 33 - 49.
- Fontcuberta M. (1993): *La noticia. Pistas para percibir el mundo*. Paidós. Barcelona, España.
- Gumucio-Dagron A. (2011): “Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo”. En: Pereira J (editor). *Comunicación, desarrollo y cambio social*, Cali, Pontificia Universidad Javeriana, 26 – 39.
- Jiménez A. (1998): La desgracia es también un espectáculo. En: Follari R, y Lanz R, (compiladores). *Subjetividad, intimidad y comunicación. Enfoques sobre Posmodernidad en América Latina*. Sentido. Caracas.
- Lash S. (2005): *Crítica de la información*, Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
- Martínez C, Sosa M. (2016): “Aportaciones y diferencias entre comunicación en salud, comunicación para el desarrollo y para el cambio social”. *Revista de Comunicación y Salud*, Vol. 6: 69-80.
- Menéndez E, Di Pardo R. (2009): *Miedos, riesgos e inseguridades. Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México D.F.
- Morin E. (1996): *Ciencia con consciencia*. Anthropos. Barcelona, España, 175- 193.
- OMS (1985): Ginebra.
- Parzianello G. (2009): “La Teoría de la Comunicación, la vida y la sociedad”, *Intercom*, 32 (1), 245 – 257.
- Pereira, JM. (2005): “La comunicación: un campo de conocimiento en construcción Reflexiones sobre la comunicación social en Colombia”. *Investigación & Desarrollo*. vol. 13, núm. 2: 412- 441.
- Rincón O. (2003): “La comunicación está de moda. En busca de la comunicación para los comunicadores”. *Unicarta* 98.
- Stanojovic M. (2015): “Percepción social de riesgo: una mirada general y aplicación a la comunicación de salud”. *Comunicación y Salud*. (5), 96-107.