

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE ECUADOR

COMITÉ DE INVESTIGACIONES

INFORME DE INVESTIGACIÓN

Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud

**Análisis integral alrededor de los principios de la determinación social de los
sentidos e identidades en salud**

INVESTIGADORA RESPONSABLE

María José Breilh Ayora

Asistente de investigación:

Daniela Acosta Rodríguez

Quito – Ecuador

2023

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional		
	Reconocimiento de créditos de la obra	
	No comercial	
	Sin obras derivadas	
Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia		

Resumen

La presente investigación permite aclarar concepciones, valores y sentidos relativos a la salud que se comunican a través de una narrativa especializada e imágenes presentes en el Ecuador y algunos escenarios influyentes de países de América Latina, El Salvador, México y Cuba.

En el presente siglo, época de las nuevas capacidades, tecnologías y recursos comunicativos del llamado hiperneoliberalismo, la comunicación en salud se presenta desde una mirada positivista, sujeta a un enfoque reduccionista, funcional y ligado a intereses que predominan en escenarios de asistencia clínica individual (clínico-hospitalarios). Además, se centra en la lógica de mercado, así como en la transmisión vertical de imágenes funcionales a intereses económicos y políticos de los sectores del poder público y privado.

Se analiza la narrativa e imagen de la comunicación en salud, develando vacíos y debilidades, así como los retos para llegar a una comunicación crítica, participativa e intercultural en salud a la luz de un paradigma crítico, tanto en comunicación como en salud.

Palabras clave

Comunicación en salud, imagen, determinación social de la salud, salud colectiva, epidemiología crítica, biocomunicabilidad, justicia comunicativa en salud, comunicación crítica comunitaria, comunicación, diseño gráfico, pedagogía.

Datos de la investigadora

María José Breilh Ayora, Licenciada en Comunicación Visual de la Universidad Estatal Paulista UNESP de Brasil; Magíster en Comunicación de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Enfoque en comunicación crítica y salud colectiva; comunicación comunitaria. Propuesta del paradigma crítico del diseño de comunicación visual. Investigadora, coordinadora de proyectos y comunicación científica del CILABSalud (Centro de Investigación y Laboratorios de Evaluación de Impactos en la Salud Colectiva del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar). Coordinadora de los componentes de investigación del Programa Andina EcoSaludable y de la feria agroecológica. Coordinadora del Observatorio de Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad.

Datos de la asistente de investigación

Daniela Acosta Rodríguez, Psicóloga Infantil y Psicorrehabilitadora. MSc(c) en Trastornos del Desarrollo Infantil con mención en Autismo. Gerente General de PsicoExpertos S.A.S. Coautora del libro ¿Cómo se mide al acoso sexual?: aportes para determinar la prevalencia del acoso sexual en las instituciones de educación superior. Coautora del artículo “Propiedades psicométricas de la Escala de Acoso Sexual en las instituciones de Educación Superior ASIES 3 en una muestra ecuatoriana”. Ponente en eventos en Ecuador, Perú, México, entre otros. Colaboradora en varias investigaciones en el Área de Salud de la UASB-E.

Tabla de contenido

<i>Introducción.....</i>	<i>5</i>
<i>I Metodología de la investigación</i>	<i>8</i>
1.1. Justificación	8
1.2. Objetivos.....	9
1.3. Preguntas científicas	10
1.4. Metodología.....	11
<i>II Comunicación crítica y salud colectiva: su función social e histórica</i>	<i>22</i>
2.1. Para repensarnos y repensar la comunicación e imagen como elemento emancipador.....	22
2.2. Determinación social de la imagen y justicia comunicativa en salud	52
2.3. Paradigma crítico del diseño de comunicación visual.....	67
<i>III Estado del arte de la comunicación en salud en América Latina en el Siglo XXI: narrativas, imágenes y bibliografía destacadas</i>	<i>76</i>
3.1. Análisis de la narrativa en salud	76
3.2. Análisis de la imagen en salud	103
3.2.1. Comunicación visual en salud.....	103
3.2.2. Análisis de las portadas.....	107
3.2.3. Imagen en salud y perspectiva sociohistórica	120
3.2.4. Imagen en salud e interculturalidad	123
3.2.5. Imagen en salud y enfoque de género	130
3.2.6. Imagen en salud y racismo.....	134
3.3. Exploración de medios en la comunicación en salud	139
3.3.1. El Comercio: análisis cuantitativo de artículos sobre salud	139
3.3.2. El Comercio: análisis cualitativo de artículos sobre salud	143
3.4. Análisis de la Guía <i>Kintiku Yachay</i>	148
<i>IV Conclusión: proyecciones de una comunicación crítica en salud</i>	<i>154</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>172</i>
<i>Listado de tablas, gráficos e imágenes.....</i>	<i>177</i>

Introducción

La comunicación visual surge con una visión de transformación social, arraigada en ideales emancipadores que exploran nuevas posibilidades para la sociedad. Sin embargo, el proyecto posindustrial y, en la actualidad, el hiperneoliberalismo, desvían su papel original encadenándolo a una perspectiva meramente política -en favor de los grupos de poder- y mercantil. En ese sentido, y dado su impacto en diversas prácticas sociales y su capacidad para influir en significados, identidades y concepciones, la comunicación visual no puede considerarse simplemente como una técnica, una tecnología o una imagen estéticamente atractiva e inocente. Su alcance va más allá de lo simbólico, pues es un poderoso medio de información y comunicación, profundamente entrelazado con el aparato económico y político de la sociedad contemporánea. De ahí que, como comunicadores en el ámbito de la salud, nuestra labor conlleva una enorme importancia y responsabilidad ya que implica un compromiso profundo en la producción y el consumo, en la conciencia social, y en la construcción de cultura e identidad tanto a nivel individual como colectivo.

Para fortalecer una comunicación crítica en el ámbito de la salud, es importante partir de una teoría crítica de la comunicación, al igual que acoger enfoques como *la justicia comunicativa en salud* (Briggs 2005), *la determinación social de la salud* (Breilh 2003) y *la educación como práctica de libertad* (Freire 1974). En lo que respecta a la comunicación visual, resulta útil considerar visiones como el *paradigma crítico del diseño de comunicación visual* (Breilh MJ 2018). Al combinar estas perspectivas podemos generar una comunicación en salud que sea crítica, intercultural, transdisciplinaria y transformadora.

Es necesario establecer una conexión entre la salud y una matriz social que la explica, la cual está actualmente influenciada por un extractivismo agresivo minero, petrolero, agroindustrial y cibernético. Estas prácticas productivas, culturales y políticas generan modos de vida perjudiciales, injustos y desiguales, lo que tiene graves consecuencias para la salud de las poblaciones y los ecosistemas. En consecuencia, la comunicación crítica en salud debe respaldar, fortalecer y consolidar el pensamiento, la información, la ciencia, la cultura y la acción participativa en favor de enfoques como la

epidemiología crítica, la *determinación social de la salud*¹ y las *4S de la vida*² (sustentabilidad, soberanía, solidaridad y seguridad integral). Paradigma integral, exitosamente propuesto desde nuestro país por Jaime Breilh, y reconocido en importantes ámbitos académicos, que establece una relación entre los procesos sociales, la exposición a problemas de salud y las vulnerabilidades determinadas socialmente, así como las condiciones biológicas y ecológicas subyacentes (Breilh 2021). Es decir, no podemos generar una comunicación distinta en salud si no partimos de un paradigma crítico, tanto en salud como en comunicación.

Las 4S de la vida han sido explicadas y operacionalizadas para entender -desde una perspectiva integral- el grado de avance o retroceso de la vida humana y la vida en la naturaleza, ligados profundamente al estado de sustentabilidad, soberanía, solidaridad y seguridad integral que se hayan alcanzado en los espacios de vida social (Breilh 2019). Esto implica que para comprender las posibilidades reales de salud en un determinado espacio es necesario conocer el grado de vigencia o afectación de esos cuatro ejes de la vida, conectando siempre expresiones como la morbilidad y mortalidad en los humanos, los daños en ecosistemas y, en definitiva, la generación de ciclos de deterioro interdependiente de la salud, el ambiente y la sociedad que en algún momento se encarnan en personas (2019). La comunicación y la construcción de imágenes deben captar ese complejo movimiento, traducir su origen y devolver elementos comunicativos generadores de un sentido creativo, emancipador y proactivo.

Para dicho propósito, se deben desarrollar medios alternativos que -desde una lógica solidaria, cooperativa e intercultural de medios comunitarios- fortalezcan la comunicación en salud desde una mirada crítica y, por lo tanto, la formación de comunicadores con conocimiento de salud colectiva, grupos transdisciplinarios de salud conocedores de una mirada crítica de la comunicación, así como núcleos comunitarios comunicacionalmente empoderados.

¹ Paradigma planteado por Jaime Breilh, director del doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad del Área de Salud de la UASB-E, que se sustenta en cinco categorías centrales: reproducción social, determinación social de la salud, inequidad, subsunción/autonomía relativa, y metabolismo sociedad-naturaleza. Se basa en un nuevo contenido y articulación de la práctica, el desarrollo conceptual y metodológico-instrumental de la epidemiología, y rompe con la mirada de la vieja salud pública (Breilh 2019, 12-24).

² Propuesta teórica y metodológica de Jaime Breilh, director del Centro de Investigación y Laboratorios en Salud Colectiva (CILABSalud), que nace como parte de una red de centros académicos y núcleos de investigación del mundo, empeñados en una profunda transformación de las bases filosóficas, éticas y conceptuales de la epidemiología convencional, de su metodología científica cartesiana y orientados complementariamente a una transformación de sus principios y recursos técnico-instrumentales.

Esta investigación es importante porque -ante la persistencia de un enfoque convencional de la comunicación en salud de carácter pasivo y de una lógica lineal, biomédica, reduccionista, individual y asistencialista- busca dar un salto hacia un paradigma crítico de la comunicación en salud. Para tal cometido, un elemento fundamental es conocer el estado del arte del tipo de proceso comunicacional que se hace en salud, tanto en la narrativa como en la imagen en pleno siglo XXI en América Latina. Esto será un especificador para que la teoría propuesta desde el *paradigma crítico del diseño de comunicación visual*, la comunicación crítica y la salud colectiva aterricen en evidencias y casos concretos.

I Metodología de la investigación

1.1. Justificación

El Área de Salud de la Universidad Andina y, específicamente, los proyectos de su Centro de Investigación y Laboratorios en Salud Colectiva (CILABSalud), tienen la necesidad de potenciar un nuevo campo de docencia, investigación e incidencia ligada a la comunicación crítica en salud.

En este sentido, la investigación responde a líneas centrales del Área de Salud y del CILABSalud relacionadas con los procesos de determinación social de la salud y la salud colectiva, así como a la comunicación crítica y la determinación social de la imagen. De igual forma, se alinea con varios programas del área como el Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad; y maestrías impulsadas por el Programa Andina EcoSaludable como la de Alimentación y Salud Colectiva, y otras a realizarse próximamente (Toxicología Crítica y Agroecología). Asimismo, se vincula con el Observatorio de Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad y su eje de investigación-incidencia “Comunicación crítica y salud colectiva”.

Este estudio nos permitirá aclarar las concepciones, valores y sentidos relativos a la salud que se comunican a través de una narrativa especializada e imágenes presentes en el país y algunos escenarios influyentes de países de América Latina. De igual forma, aportará para un análisis más profundo de la narrativa e imagen de la comunicación en salud, develando vacíos y debilidades, así como los retos para llegar a una comunicación crítica, participativa e intercultural, a la luz de un paradigma crítico, tanto en comunicación como en salud.

Entra en concordancia con la misión y visión de la Universidad Andina Simón Bolívar, así como al plan de fortalecimiento institucional. Se trata de una investigación anclada en la docencia-investigación-vinculación transdisciplinaria e intercultural, que incluye el desarrollo de conocimientos científicos y culturales desde una mirada innovadora.

1.2. Objetivos

Objetivo General

Aplicar un modelo interdisciplinario -*salud-comunicación*- para el análisis crítico de las diversas posiciones epistemológicas de la comunicación en salud público-social-académica que, a su vez, fundamente la importancia de la comunicación crítica y de la comunicación visual crítica como herramientas teórico-prácticas.

Objetivos específicos

1. Actualizar y ampliar el horizonte crítico transdisciplinario del *paradigma crítico del diseño de comunicación visual* en el que la autora ha trabajado -vinculándolo a la salud- y que complementa varias perspectivas: el “arte de la crítica” de Michel Foucault (i.e énfasis de la desubugación); el análisis sociológico y del poder simbólico de Pierre Bourdieu (i.e el poder simbólico en la salud); la comunicación como productora de sentido del Martin Barbero; los principios de biocomunicabilidad de Charles Briggs (i.e hegemonía comunicativa en salud y la asimetría de poder en escenarios de salud colectiva); y la teoría de la determinación social y metodología metacrítica de la salud de Jaime Breilh. Lo anterior para fortalecer y especificar las potencialidades de un abordaje transdisciplinario e intercultural de los productos comunicacionales generados en escenarios de salud.
2. Generar un análisis preliminar de la comunicación visual crítica que, junto a la salud colectiva, fortalece un proceso emancipador y de transformación en salud.
3. Desarrollar una revisión bibliográfica de cuatro autores -Jaime Breilh, Charles Briggs, Daniel Hallin y Paulo Freire- para fortalecer un análisis integral alrededor de los principios de la determinación social y la comunicación crítica en salud colectiva.
4. Identificar las bases bibliográficas digitales en salud, y grandes plataformas en español y portugués que sean representativas del movimiento científico alrededor de la salud en América Latina en el Siglo XXI. De igual forma, información de los países seleccionados, aunque aparezca en inglés.
5. Realizar un análisis de documentos emblemáticos sobre salud de una organización representativa indígena del Ecuador como la Confederación del Pueblo Kayambi a través de publicaciones como la “Guía didáctica de crianza sabia para la vida

comunitaria *Kintiku Yachay*” (i.e concepción; relación con Sumak Kawsay y Alli Kawsay).

6. Bajo criterios de selección-exclusión apropiados, generar una submuestra bibliográfica y gráfica para realizar una investigación preliminar de la narrativa en comunicación crítica en salud, así como los sentidos e identidades en salud a través de la imagen, en base a una *guía de caracterización documental y gráfica*³. Además de incluirla en la guía, dicha submuestra hará parte de una clasificación y gestión de referencias bibliográficas que se realizará en Zotero, específicamente para el proyecto.
7. Realizar un análisis cualitativo de los nodos más importantes de la caracterización de la comunicación en salud utilizando NVivo, así como una exploración cuantitativa a través de SPSS.
8. Elaborar una exploración de medios de comunicación en temas relacionados a la comunicación en salud.

1.3. Preguntas científicas

1. ¿Cuál es el horizonte y tendencias actuales de la comunicación y de la comunicación visual en salud, que se expresa en la bibliografía latinoamericana?
2. ¿Qué grado de desarrollo tiene la comunicación crítica en salud que se expresa en la bibliografía seleccionada para el estudio?
3. ¿Cuáles serían los pilares de una comunicación crítica en salud que pueden desentrañarse relacionando fuentes académicas y populares-ancestrales?
4. Cuáles son los elementos cardinales de una concepción, manejo y proyección social de una comunicación crítica intercultural estableciendo:
 - a. ¿Qué es la imagen, comunicacionalmente hablando? ¿Por qué es tan importante para posicionar un problema de salud? ¿Por qué es tan importante para construir cultura y pensamiento?
 - b. ¿Cuáles son las propuestas del paradigma crítico del diseño de comunicación visual y la comunicación crítica que fortalecerían un proceso emancipador y de transformación en salud?

³ Guía de caracterización documental y gráfica (ver Tabla 1), desarrollada por la autora, se detalla en “Metodología”

- c. ¿Qué relevancia tiene la narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud para potenciar un nuevo campo de docencia, investigación y vinculación ligada a la comunicación crítica en salud?
5. ¿Por qué es importante desarrollar una revisión bibliográfica específica para fortalecer un análisis integral alrededor de los principios de la determinación social de la salud y de la comunicación, al igual que los fundamentos teóricos sobre comunicación crítica en salud, paradigma crítico del diseño de comunicación visual, biocomunicabilidad, justicia comunicativa en salud, comunicación crítica comunitaria, y educación como práctica de libertad?
6. ¿Por qué una exploración de medios en temas relacionados a la comunicación en salud nos daría un panorama general de la postura epistemológica y el accionar en salud en el Ecuador?
7. ¿Qué se debe hacer para una construcción contrahegemónica -intercultural- de la comunicación en salud?

1.4. Metodología

El presente es un estudio metacrítico de base documental inscrito en la interfase de la comunicación y la epidemiología críticas. Involucra una revisión profunda de las más importantes bases bibliográficas que integran documentos e imágenes relativas a la salud.

Dicho análisis implica una “encuesta” documental aplicada a la narrativa y expresiones visuales (i.e imágenes) de un conjunto de publicaciones, narrativas e imágenes registradas, basada en la siguiente *guía de caracterización documental y gráfica*⁴ (Tabla 1):

Tabla 1
Guía de caracterización documental y gráfica

Información General	
Código	<p>(S001L)</p> <p>* <i>Primera letra de base de datos (S, P o L)</i></p> <p>* <i>Numeración documento. Como son 624 documentos, se utilizará un código de 3 dígitos</i></p> <p>* <i>Tipo de publicación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L – libro ➤ R – revista no indexada

⁴ Elaborada por la autora para organizar trabajo de extracción y codificación

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ I – revista indexada ➤ G – guía o manual ➤ P – periódico (El Comercio) ➤ O - otra
Fecha de la extracción	<ul style="list-style-type: none"> • Día () • Mes () • Año ()
Información del documento	
Título	
Autora o autor (as/es)	
Abstract o resumen en español	<p>* Información relevante en relación con nuestro objeto de estudio (comunicación en salud).</p> <p>* En el caso de un libro podría ser la parte más importante del prefacio, la presentación o el prólogo.</p> <p>* En el caso de una revista el abstract o resumen.</p> <p>➤ Después se realizará el análisis cualitativo documental en NVivo.</p>
Tipo de publicación	<ul style="list-style-type: none"> • Libro ()₁ • Revista no arbitrada ()₂ • Revista arbitrada / indexada ()₃ • Guía / Manual ()₄ • Periódico – El Comercio ()₅ • Otra ()₆ Especifique.....
País	<ul style="list-style-type: none"> • Ecuador ()₁ • Argentina ()₂ • Colombia ()₃ • Uruguay ()₄ • Brasil ()₅ • México ()₆ • Cuba ()₇ • Chile ()₈ • Bolivia ()₉ • Perú ()₁₀ • Venezuela ()₁₁ • El Salvador ()₁₂
Nombre de revista (en caso de ser revista)	* Colocar “no aplica” en caso de no ser revista
Editora (en caso de ser libro)	* Colocar “no aplica” en caso de no ser libro
Fecha de publicación	<ul style="list-style-type: none"> • Mes () • Año ()
http o https de la búsqueda	* Colocar dirección http o https de la búsqueda
Cita del documento	* Colocar cita en Chicago Autor- Fecha (Manual de estilo de la UASB-E)
Selección y búsqueda	Comunicación en salud () ₁ Comunicación en medicina () ₂ Comunicación en salud colectiva () ₃ Comunicación en prevención y promoción de la salud () ₄ Comunicación en salud intercultural () ₅ Comunicación en medicina ancestral () ₆

	Comunicación en epidemiología () ₇ Comunicación en salud pública () ₈ Comunicación y vacunación () ₉ Determinación social de la salud () ₁₀ Determinantes sociales de la salud () ₁₁
Características del documento / publicación	
Entidad o sector que está atrás del escrito	<ul style="list-style-type: none"> • Sector público ()₁ • Sector privado – empresas ()₂ • Organización social / Organización barrial ()₃ • Organización indígena ()₄ • Organización campesina ()₅ • Universidades ()₆ • ONG ()₇ • Promotores de salud comunitarios ()₈ • Investigador(a) independiente ()₉ • Otra ()₁₀ Especifique.....
Nombre de universidad, entidad, institución u organización que está atrás del escrito	
En qué está enfocada principalmente la comunicación en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones clínico-asistenciales (todo lo que es curativo / problemas de curar / enfermedades y trastornos).....()₁ • Acciones de salud pública..... ()₂ <ul style="list-style-type: none"> ○ Preventiva (prevenir) ()_{2.1} ○ Vacunas ()_{2.2} ○ Promoción de la salud (promocionar la salud) ()_{2.3} • Políticas de salud.....()₃ • Medicina ancestral / Elementos culturales (valor de lo cultural en salud y apertura intercultural)()₄ • Acción sobre procesos (Salud Colectiva / Monitoreo crítico participativo / Metabolismo sociedad-naturaleza).....()₅ • Otra...()₆ Especifique.....
Cuál es la perspectiva, la mirada en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación social de la salud / Epidemiología crítica / Salud Colectiva (acción sobre procesos).....()₁ • Determinantes sociales de la salud (acción sobre factores de riesgo separados).....()₂ • Mirada esencialmente farmobiomédica, clínico-hospitalaria, positivista, reduccionista, individual y asistencialista.....()₃ • Otra...()₄ Especifique.....
Cuál es el objeto que enfoca. Qué tipo de salud comunica	<ul style="list-style-type: none"> • Individual.....()₁ • Salud Pública.....()₂ • Salud Colectiva.....()₃ • Comentario/explicación si amerita..... <p>.....</p> <p>.....</p>

Incluye una mirada ancestral o tradicional de la salud / Interculturalidad	<ul style="list-style-type: none"> Definitivamente no.....()₁ Probablemente no.....()₂ Probablemente sí.....()₃ Definitivamente si.....()₄
Población objeto de estudio	
Geografía y escenario (territorio)	País..... Ciudad..... Barrio o comunidad..... Año.....
Características de la imagen vinculada con la salud	
La portada u otra imagen utilizada corresponde principalmente a qué tipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> Individual.....()₁ Salud Pública.....()₂ Salud Colectiva.....()₃ Imagen abstracta.....()₄⁺ No tiene imagen para analizar.....()₅⁺ En el caso de estas dos opciones no se da el salto a “contenido de la imagen”
<i>Contenido de la imagen:</i>	
Mirada Intercultural No folklorizada. Imagen en salud construida desde varias voces, no una sola; ligada a la cultura. Comunicación con comunidad. Mirada no meramente occidental. Incluye elementos o símbolos relacionados a la medicina/salud ancestral o tradicional.	<ul style="list-style-type: none"> Definitivamente no.....()₁ Probablemente no.....()₂ Probablemente sí.....()₃ Definitivamente si.....()₄
Mirada con perspectiva de Género Equidad y no discriminación. No patriarcal. Enfoque basado en derechos humanos, género y diversidades.	<ul style="list-style-type: none"> Definitivamente no.....()₁ Probablemente no.....()₂ Probablemente sí.....()₃ Definitivamente si.....()₄
Mirada socio-histórica Salud colectiva. Metabolismo	

sociedad – naturaleza. Vida colectiva organizada según las condiciones de un modelo de sociedad (estructuras de poder) y su reproducción social. Tiene que ver con las condiciones y modos de vida de la comunidad, con alteraciones y contaminación del ambiente, con políticas públicas, con los extractivismos.	<ul style="list-style-type: none"> • Definitivamente no.....()₁ • Probablemente no.....()₂ • Probablemente sí.....()₃ • Definitivamente si.....()₄
Mirada no racista No discriminación racial o étnica. Elementos y concepto inclusivo. No elitista y “blanqueadora”.	<ul style="list-style-type: none"> • Definitivamente no.....()₁ • Probablemente no.....()₂ • Probablemente sí.....()₃ • Definitivamente si.....()₄
Archivo de imagen de portada u otra imagen utilizada	* Incluir imagen en jpg o png que tenga el mismo nombre del código de la guía

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

Es importante recalcar que, al examinar las portadas siguiendo la *guía de caracterización documental y gráfica*, se utilizó una escala de evaluación con cuatro niveles: definitivamente no, probablemente no, probablemente sí y definitivamente sí. Esta elección se hizo con el propósito de enriquecer y aportar mayor profundidad y rigor al análisis. La inclusión de opciones intermedias no solo proporciona mayor especificidad, sino que también refleja de manera más precisa la complejidad inherente a las situaciones de la vida real, las cuales a menudo requieren consideraciones matizadas y no pueden ser simplificadas en respuestas binarias. Además, ofrecer este tipo de opciones contribuye a aliviar la presión asociada con la toma de decisiones.

Las narrativas e imágenes del estudio se obtuvieron de una revisión de la base de datos documental que permitió extraer la información (“ítems”) de cada publicación, grabar los textos y registrar las imágenes en una aplicación para la realización de encuestas en línea (Google Forms), así como en una hoja electrónica, que fueron luego transcritos y analizados en NVivo y SPSS.

El estudio se apoya fuertemente en revisión bibliográfica y análisis cualitativo desde un enfoque epistemológico de carácter crítico. De igual forma, se sostiene en un análisis cuantitativo básico; es decir un enfoque metacrítico cuali-cuanti.

Conforma un análisis metacrítico⁵ forjado alrededor de un movimiento dialéctico entre sus facetas de observación y análisis de narrativas (dimensión “cuali”) y la observación y análisis de dimensiones mensurables (dimensión “cuanti”), construyéndose fundamentalmente sobre el referente documental desde un enfoque epistemológico de carácter crítico (Breilh 2003, 2021). Como hemos mencionado, la sistematización y manejo de la observación de narrativas se realiza mediante los recursos para análisis crítico del discurso de NVivo y la semántica cuantitativa o enfoque cuantitativo de las expresiones discursivas se realizará mediante el programa SPSS a partir de los datos de una hoja Excel.

Las categorías generales que incorpora son: determinación social de la salud, salud colectiva, comunicación crítica en salud, biocomunicabilidad, justicia comunicativa en salud, comunicación crítica comunitaria, y pedagogía crítica.

Las categorías específicas de análisis comunicacionales y de imágenes están inscritas en una investigación en vías de publicación de la autora. Siendo las principales: *paradigma crítico del diseño de comunicación visual*, determinación social de la imagen, y comunicación *otra*.

La investigación constó de varias etapas:

- Capacitaciones para la asistencia de investigación en: epidemiología crítica, comunicación crítica / salud colectiva, Metabuscador LibSteps, Zotero, y guía de caracterización documental y gráfica.
- Investigación y análisis epistemológico de la imagen como acto e instrumento comunicativo, y su función social e histórica relacionada a una comunicación crítica en salud.
- Revisión bibliográfica de cuatro autores para el fortalecimiento de fundamentos teóricos sobre salud colectiva, comunicación crítica en salud, biocomunicabilidad, justicia comunicativa en salud, comunicación crítica comunitaria, educación

⁵ Propuesta metodológica innovadora del director del CILABSalud y el Programa Andina EcoSaludable, Jaime Breilh, que propone un modelo de metodología metacrítica, cuali-cuanti, presentado en su último libro “Critical Epidemiology and de Peoples Health” publicado por la Universidad de Oxford (2021).

como práctica de libertad: Jaime Breilh, Charles Briggs, Daniel Hallin y Paulo Freire.

- Identificación y selección de bases bibliográficas representativas en América Latina en el Siglo XXI; en español, portugués e inglés. Esta etapa es explicada con mayor detalle en “Recolección de información”.
- Digitalización de la guía de caracterización documental y gráfica utilizando la aplicación para la realización de encuestas en línea *Google Forms*.
- Inclusión de datos bibliográficos e imágenes de las bases de datos escogidas en la aplicación para la realización de encuestas en línea, en base a la guía de caracterización documental y gráfica. Como observamos anteriormente, dicha guía contiene criterios claros de selección, búsqueda, inclusión, exclusión y análisis.
- Inclusión de los datos bibliográficos -extraídos del Metabuscador LibSteps- en Zotero.
- Procesamiento y análisis de base de datos cuantitativa mediante el programa estadístico informático SPSS.
 - Depuración de la base de datos
 - Elaboración de tablas y gráficos
- Análisis documental previa segmentación, subsegmentación y codificación de nodos mediante el programa NVivo.
 - Elaboración de gráficos de nube
- Estudio de una organización representativa indígena del Ecuador como la Confederación del Pueblo Kayambi (relación con Sumak Kawsay y Alli Kawsay), a través de la Guía didáctica de crianza sabia para la vida comunitaria Kintiku Yachay.
- Estudio de una submuestra en temas relacionados a la comunicación en salud de un medio de comunicación (El Comercio). Análisis desde el año 2000 hasta el 2021, en abril, mes de amplia cobertura en temas de salud por conmemorarse el 7 de abril el día mundial de la salud. Es decir, una selección representativa de veintidós periódicos.
- Elaboración del documento final de la investigación.

Recolección de información

En un principio se seleccionaron las bases de datos Scielo, PubMed y Cobuec, pero se descartó esta última debido a que la mayoría de la información que contenía era sobre tesis de pregrado, lo que llevó a cambiar a la base de datos Dialnet. Sin embargo, la mayoría de los artículos en esta base eran de España y Portugal, por lo que -finalmente- se optó por la base de datos Lilacs. La selección final de las bases de datos (Scielo, PubMed y Lilacs) se basó en la relevancia y pertinencia de la información, la importancia de la plataforma y el acceso a través del Metabuscador LibSteps de la Universidad Andina Simón Bolívar.

De igual forma, se realizó un análisis de veintidós artículos del periódico El Comercio, que tenían que ver con temas de salud, publicados desde el año 2000 a 2021 en el mes de abril (1 por año). El motivo de elección del mes es en alusión al Día Mundial de la Salud. Esto es importante por varias razones:

- **Representatividad:** Al seleccionar una submuestra de un medio de comunicación específico, se busca capturar y examinar de manera más precisa las características, enfoques y mensajes comunicativos que ese medio transmite en relación con la salud. Esto permite obtener una visión más completa y detallada de cómo se aborda el tema de la salud en ese contexto particular.
- **Contexto y especificidad:** Cada medio de comunicación tiene su propia audiencia, objetivos y enfoques comunicativos. Al seleccionar una submuestra de un medio específico, se tiene en cuenta el contexto en el que se produce la comunicación en salud, así como las características y particularidades propias de dicho medio. Esto ayuda a comprender mejor el impacto y la influencia de la comunicación en salud en ese contexto específico.
- **Análisis más profundo:** Al centrarse en un medio de comunicación particular, se puede realizar un análisis más exhaustivo y detallado de los mensajes, estrategias y enfoques utilizados en relación con la salud. Esto permite identificar patrones, tendencias y posibles sesgos en la comunicación en salud de ese medio, así como comprender cómo se construyen las narrativas y se transmiten los mensajes de salud a través de ese canal específico.

- Comparaciones y contrastes: Al estudiar diferentes bases de datos, se pueden realizar comparaciones y contrastes entre ellos, lo que proporciona una visión más amplia y enriquecedora de cómo se comunica sobre la salud en diversos contextos mediáticos. Esto ayuda a identificar similitudes, diferencias y posibles áreas de mejora en la comunicación en salud en general.

Por consiguiente, realizar esta submuestra de 22 periódicos de un medio de comunicación en el Ecuador permite obtener una comprensión más precisa y contextualizada de cómo se aborda y se comunica el tema de la salud en un medio específico, lo que -en general- contribuye a un análisis más completo y significativo de la comunicación en salud.

Como se ha mencionado anteriormente, consideramos importante incluir en nuestro estudio a la Confederación del Pueblo Kayambi, una organización indígena representativa del Ecuador. En este sentido, para analizar la comunicación en salud, utilizamos la “Guía didáctica de crianza sabia para la vida comunitaria Kintiku Yachay”, desarrollada por la Unidad Ejecutora para la Protección de Derechos del GADIP-C. Esta guía tiene como objetivo formar a niños y niñas de los Centros de Desarrollo Infantil de Cayambe como seres comunitarios y despertar su sabiduría en el buen sentir, buen pensar, buen decir y buen hacer, involucrando a la familia y a la comunidad en el respeto y cuidado de la Madre Naturaleza, como casa sagrada en la que todos y todas habitamos (Confederación del Pueblo Kayambi 2018).

A continuación, los criterios de selección, búsqueda, inclusión, exclusión y eliminación de documentos pertenecientes a las bases de datos seleccionadas. Como se ha mencionado, la guía de caracterización documental y gráfica los explica claramente:

Categorías y criterios de búsqueda

- Comunicación en salud
- Comunicación en medicina
- Comunicación en salud colectiva
- Comunicación de prevención y promoción de la salud
- Comunicación en salud intercultural
- Comunicación en medicina ancestral
- Comunicación en epidemiología

- Comunicación en salud pública
- Comunicación y vacunación
- Determinación social de la salud
- Determinantes sociales de la salud

Criterios de inclusión

- Publicado entre los años 2000 y 2021 (capitalismo hiperneoliberal)
- Contar con el texto completo en la base
- Ser una publicación de los siguientes países: Ecuador, Argentina, Colombia, Uruguay, Brasil, México, Cuba, Chile, Bolivia, Perú, Venezuela, El Salvador.
 - Es importante conocer el estado del arte de la comunicación en salud en América Latina, especialmente en aquellos países donde se tenía la expectativa de que asumieran un enfoque más integral de la salud.
- Publicado en español o portugués. En el caso del inglés, se incluyó el documento cuando la información se refería a los países seleccionados.

Criterios de exclusión

- Documentos que no sean libros, artículos de revista, manuales, guías, informes técnicos y artículos de El Comercio (en período definido).
- Documentos que, de alguna forma, sean posibles portadores de virus.

Criterios de eliminación

- Escritos que se repitan en los diferentes criterios de búsqueda, o a su vez, entre bases de datos.

Universo del estudio

Se verificó que cada documento cumpliera con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Una vez identificados, se les asignó un código numérico para su registro y se los almacenó en una matriz de Excel que contiene: título, base a la cual pertenece y enlace de acceso. Dicha matriz fue exportada a Word⁶.

En un primer momento, después de aplicar las categorías de búsqueda y los criterios de inclusión, encontramos 2477 publicaciones en las tres bases de datos. Sin

⁶ No se incorpora en este informe ni en los anexos debido a su extensión, que consta de 102 páginas.

embargo, después de aplicar los criterios de exclusión y eliminación, junto con la integración de los 22 artículos de El Comercio, el número se redujo a 603. El proceso de depuración se explicará con mayor detalle en el capítulo de resultados “Estado del arte de la comunicación en salud en América Latina en el Siglo XXI: narrativas, imágenes y bibliografía destacadas”.

El número de imágenes analizadas fueron: 207 en el ámbito sociohistórico, 178 con relación al sesgo racial, 180 relacionadas con el enfoque de derechos humanos, género y diversidades, y 207 en el ámbito intercultural.

La investigación consta de cuatro capítulos:

1. **Capítulo metodológico**
2. **Capítulo teórico:** “Comunicación crítica y salud colectiva: su función social e histórica”, en el cual se ahondará en un análisis integral alrededor de los principios de la determinación social, así como los fundamentos teóricos sobre comunicación crítica en salud, biocomunicabilidad, justicia comunicativa en salud, comunicación crítica comunitaria, educación como práctica de libertad y el paradigma crítico del diseño de comunicación visual.
3. **Capítulo de resultados:** “Estado del arte de la comunicación en salud en América Latina en el Siglo XXI: narrativas, imágenes y bibliografía destacadas”.
4. **Capítulo que esboza algunas recomendaciones:** “Conclusión: proyecciones de una comunicación crítica en salud”.

II Comunicación crítica y salud colectiva: su función social e histórica

2.1. Para repensarnos y repensar la comunicación e imagen como elemento emancipador

Conforme avanza el desarrollo tecnológico de la sociedad de mercado, más peso cobran los procesos de una globalización comunicacional de sentido mercantil o políticamente funcional. Es en este movimiento que reconocemos una clara tensión entre dos grandes tendencias: la expansión de formas de comunicación e imágenes de sentido conservador unidimensional, o aquellas de carácter crítico y emancipador. Estas últimas se nutren de realidades urgentes en la diversidad, se reproducen en la resistencia y se alimentan de formas de creación alternativa social y cultural. Es así como, la comunicación crítica en salud -estando cultural, ecológica y socialmente determinada- puede ser una forma de praxis emancipadora, enriquecedora, mediadora, de ruptura, de construcción y de transformación. Y, de este modo, apoyar en la construcción de espacios para la lucha por un vivir realmente saludable.

Precisamente, en una etapa hiperneoliberal como la actual, cuya base material es la aceleración, acumulación y concentración del capital, así como el crecimiento cada vez mayor de la desigualdad, existe una conexión profunda entre el “bien vivir⁷” y una comunicación crítica. Comunicación en salud que requiere ser intercultural, transdisciplinaria, activa (no pasiva), soberana, justa, ética, alternativa, creativa, estética y equitativa, y que, además, no puede ser construida desde la prepotencia y la

⁷ Nota IMPORTANTE sobre el “bien vivir” de la traductora (María Cristina Breilh) *Breilh, Jaime. 2021. Critical Epidemiology and the People's Health. New York: Oxford University Press:*

A manera de una breve aclaración, pues esta y otras categorías centrales son analizadas en profundidad a lo largo del libro, el autor utiliza “mode of living” (modo de vivir) y “wellness” (bien vivir). Si bien ambos están emparentados, tienen un sentido distinto. Modo de vivir, según el autor, se refiere al patrón de la vida, que puede ser saludable o no saludable. Bien vivir es el criterio con el cual se evalúa ese modo de vivir; diríase en español, el grado de bienestar. Pero es fundamental notar la diferenciación que el autor hace, a su vez, entre que el concepto bienestar y el concepto de bien vivir, en la que el primero no abarca lo que el segundo. Este último está ligado a una nueva epistemología que implica la complementación de varios enfoques que, desde diversas culturas, definen el bien vivir. En las culturas indígenas andinas del Ecuador, es el principio del *sumak kawsay* que, aplicado a la cotidianidad, es el *alli kawsay*.

El bien vivir, categoría central en los planteamientos del autor, tiene una variedad de acepciones tanto desde la vertiente académica como desde la vertiente del pensamiento de las comunidades indígenas de los Andes y de otras latitudes. Boaventura de Sousa Santos, en su libro *Epistemologías del Sur* (Santos, 2014), que va a ser mencionado reiteradamente por el autor, justamente distingue varias acepciones desde una perspectiva de una crítica a la hegemonía capitalista, patriarcal y colonial de la sociedad actual.

unidireccionalidad, sino junto a las voces y demandas del territorio; empapándose profundamente de sus necesidades, cultura y realidad.

Bajo esa premisa, es importante iniciar este análisis desde un esbozo del actual periodo histórico y sus características. Esto permitirá una comprensión más profunda de los desafíos que enfrentamos, así como la identificación de posibles caminos para transformar estos procesos comunicacionales como parte de una filosofía del bien común, y una ciencia ética y restauradora.

Vivimos en un período histórico del capitalismo neoliberal (hiperneoliberalismo⁸) que se relaciona con lo que Tim Wu, profesor de derecho de la Universidad de Columbia, define como “la maldición del gigantismo” empresarial o “dis-economías de escala, donde el descontrol interno y la codicia se tornan estructurales” (Wu 2018, 10-11). Contexto global en el que se evidencia un aumento creciente de la inequidad y la desigualdad, junto con la eliminación de políticas públicas orientadas al bien común. Cultura de la codicia en la que se da una creciente pérdida de derechos, así como la vulneración de la soberanía y la inseguridad, tanto a nivel social como biológico. Esta dinámica, ya sea en la ciudad o ruralidad neoliberal, impacta con mayor fuerza a las clases sociales, géneros y comunidades étnicas oprimidas. Por esta razón, en estos tiempos, es importante debatir acerca del derecho, la ética y la salud (Breilh 2021), y en la manera en que se configura el proceso de comunicación asociado a estos temas.

En ese sentido, para construir comunicación crítica en salud, es importante partir desde un enfoque integral de la salud como el planteado por Jaime Breilh desde la *determinación social de la salud*⁹ (epidemiología crítica) y las *4S de la vida*¹⁰ (sustentabilidad, soberanía, solidaridad y seguridad integral), así como desde una *metodología metacrítica*, que relaciona los procesos sociales con los procesos de exposición a los problemas de salud y, finalmente, con los procesos de instalación de

⁸ Hiperneoliberalismo: desplome del ethos de la vida y el derecho en el siglo XXI en la civilización de la codicia. Crisis profunda con regresión muy grave de los derechos. Ignorancia estratégica y analfabetismo científico (Breilh 2021).

⁹ Paradigma que se basa en un nuevo contenido y articulación de la práctica, el desarrollo conceptual y metodológico-instrumental de la epidemiología, y rompe con la mirada de la vieja salud pública (Breilh 2019, 12-24).

¹⁰ Como se menciona en la Introducción, es una propuesta teórica y metodológica de Jaime Breilh que nos permite entender que la vida humana y la vida en la naturaleza, dependen profundamente del grado de sustentabilidad, soberanía, solidaridad y seguridad integral que se hayan alcanzado en los espacios de vida social. Esto implica que para comprender las posibilidades reales de salud en un determinado espacio es necesario conocer el grado de vigencia o afectación de esos cuatro ejes de la vida, conectando siempre expresiones como la morbilidad y mortalidad en los humanos, los daños en ecosistemas y, en definitiva, la generación de ciclos de deterioro interdependiente de la salud, el ambiente y la sociedad que en algún momento se encarnan en personas.

condiciones biológicas y ecológicas (Breilh 2021, 133-219). Un enfoque sociohistórico que entrelaza la cultura y las estructuras de poder, estableciendo vínculos entre los ecosistemas y la vida social, con el propósito de modificar situaciones concretas y ofrecer una comprensión y explicación, que van más allá de la mera descripción. Es decir, establecer relaciones entre los procesos más amplios y estructurales de la sociedad, con aquellos más específicos, culturales y simbólicos.

La *determinación social de la salud* hace parte de la salud colectiva. Nace en contraposición a la escuela positivista y funcionalista en el campo de la salud. Reconoce que las poblaciones, en su vida social y relaciones con la naturaleza, están inmersas en un complejo proceso de determinación social y, en consecuencia, por ellas determinadas. En ese sentido, Jaime Breilh (2003, 2021) propone cinco categorías centrales: reproducción social, determinación social de la salud, inequidad, subsunción/autonomía relativa y metabolismo sociedad-naturaleza.

La *reproducción social* da cuenta de la sociedad como movimiento de producción-reproducción de la vida; la *determinación social* explica cómo dicho movimiento es generativo de condiciones de la vida y la salud; la *inequidad* trabaja las profundas desigualdades que surgen de un sistema social inequitativo; la *subsunción* clarifica el movimiento dialéctico entre los distintos niveles de complejidad de la sociedad, que pueden tener una *autonomía relativa*¹¹ y desarrollar sus propias dinámicas y lógicas internas, aunque estén condicionadas por las relaciones económicas y de clase; el *metabolismo sociedad-naturaleza* explica cómo en todo lo anterior se desarrolla una intensa relación de lo social con la naturaleza (Breilh 2021).

Esta propuesta es parte integral del movimiento pionero de la salud colectiva en América Latina. Fue dentro del contexto del movimiento de reforma sanitaria en Brasil en 1979 (Nunes, 1996) que surgió el concepto de salud colectiva. Inspirado por discusiones en congresos y seminarios, este concepto se plantea con el objetivo de superar los modelos predominantes en la salud pública, que eran principalmente individuales, farmobiomédicos y convencionales. Además, por la necesidad de establecer una

¹¹ La “autonomía relativa” es un concepto que Karl Marx introdujo para describir la autonomía parcial que tienen ciertos aspectos de la vida social y cultural respecto a la base económica de una sociedad. Marx sostuvo que la estructura económica de una sociedad (“base económica”), determina en gran medida las relaciones sociales, políticas y culturales. Sin embargo, dentro de esta superestructura, Marx reconoció que ciertos elementos pueden tener una autonomía relativa. Esto significa que, aunque están influenciados por las relaciones económicas y de clase subyacentes, estos aspectos pueden desarrollar dinámicas y lógicas internas propias, parcialmente independientes de la base económica (Marx 2010).

diferenciación conceptual y práctica entre la salud colectiva y otras dos nociones relativas: la salud individual y la salud pública (Breilh 2023, 72).



Gráfico 1 Salud colectiva, salud pública y salud individual

Fuente: Breilh J. 2024. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos (Ciencia ética y valiente en una civilización malsana). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar – Universidad Nacional Autónoma de México (Traducción María Cristina Breilh).

Elaboración: Jaime Breilh Paz y Miño

A diferencia de la salud pública, que se asocia con la categoría de “gobierno”, la salud colectiva se vincula a una dimensión más amplia: el Estado. Comprender esto implica reconocer que el Estado representa la correlación integral de fuerzas en una sociedad, mientras que el gobierno es el aparato público-administrativo-militar que surge de esa correlación de fuerzas históricas (Estado). El gobierno está encargado de llevar a cabo acciones públicas acordadas por el poder en una lucha con aquellos que se resisten al mismo. De manera similar, la salud individual es una dimensión de la salud colectiva que se refiere al bienestar de las personas. En algunas ocasiones, esta dimensión está relacionada con los movimientos sociales que se desarrollan en el contexto del Estado (salud colectiva), y en otras ocasiones, se sitúa en el ámbito de la salud pública (Breilh 2022).

Comprender esta distinción implica abandonar la lógica cartesiana y positivista, que sostiene que la salud pública se limita a recopilar estadísticas de individuos que utilizan un servicio o sistema de salud específico. El reduccionismo cartesiano, de manera equivocada, iguala el Estado con el gobierno, tratando a la salud pública como una entidad autónoma cuando, en realidad, depende profundamente de las contradicciones de las fuerzas históricas en una sociedad. Tal como evidencia esta investigación, hay una tendencia a simplificar todo como un dilema entre la salud individual y la salud pública

(2022). De ahí la importancia del trabajo realizado por el movimiento latinoamericano de medicina social/salud colectiva a lo largo del tiempo.

A continuación, se presenta una breve descripción de la diferencia entre salud individual, salud pública y salud colectiva. La confusión de estos términos, especialmente en el ámbito mediático, da lugar a una especie de estandarización de las noticias o concepciones, lo que a su vez refleja una postura poco crítica y reflexiva de los medios.

La salud individual involucra fenómenos personales que se observan, explican, tratan o afrontan en la vida cotidiana, ya sea a nivel personal o familiar. Su objetivo consiste en determinar los patrones, exposiciones y vulnerabilidades de la salud individual, así como su relación con los estilos de vida diarios, con sus expresiones de bienestar, de enfermedad y de satisfacción de las necesidades de salud. En contraste, la salud pública se refiere a las responsabilidades institucionales de los servicios públicos para las poblaciones, reguladas por normativas específicas. Aunque constituye una importante esfera de acción, no abarca muchas otras formas y áreas de intervención que trascienden las responsabilidades formales establecidas por entidades oficiales o privadas-sociales. Por otro lado, la salud colectiva se centra en fenómenos sociales y comunitarios que emergen, son observados y afrontados en la sociedad. La salud colectiva se preocupa por la acción colectivamente organizada y enfocada en procesos socialmente determinados e integrados. Su enfoque abarca no solo la prevención de aspectos perjudiciales para la salud, sino también la promoción de aquellos favorables, así como la facilitación de la reparación de los daños a la vida natural y humana. En sus tres dominios la salud es polisémica y multidimensional, considerando su existencia no como una teoría del ser, sino relacionada con la materialidad directa de la vida tangible. Es así que tres aspectos interdependientes de la salud merecen una comprensión multidimensional integral (Breilh 2023, 73).

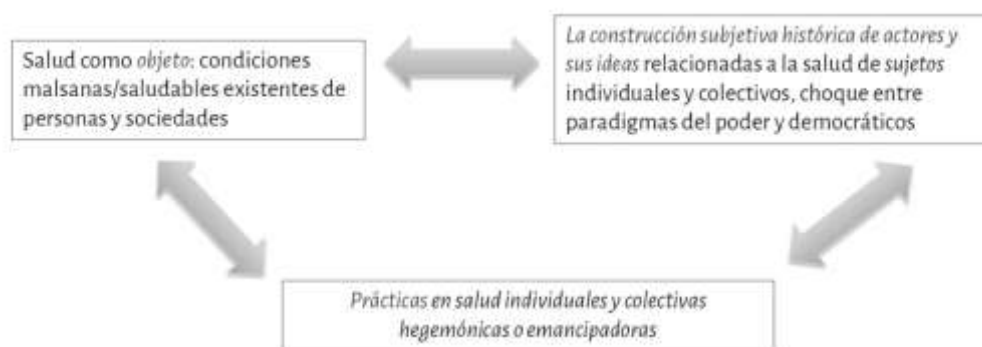


Gráfico 2 La salud como proceso complejo polisémico. Medicina social latinoamericana / salud colectiva

Fuente: Breilh J. 2024. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos (Ciencia ética y valiente en una civilización malsana). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar – Universidad Nacional Autónoma de México (Traducción María Cristina Breilh).

Elaboración: Jaime Breilh Paz y Miño

Así, la salud colectiva no es la sumatoria de la salud individual. Más bien, se relaciona con fenómenos que producen, observan y afrontan en la comunidad o sociedad, que llevan a una acción colectiva sobre procesos sociales, no sobre pacientes; procesos de reparación, prevención y promoción colectiva. A diferencia de la salud pública, que se centra en sistematizar procesos individuales según las directrices del poder.

La lucha histórica por el desarrollo de la salud colectiva requiere la confluencia de un determinado espacio social, la existencia de un bloque social activo de colectividades preocupadas y afectadas, las capacidades y destrezas técnicas para aplicar una agenda definida socialmente, en la lucha por la equidad en salud y la transformación social integral hacia una sociedad saludable (Breilh 2023, 75).

A lo largo de este estudio, se observa que la perspectiva predominante en la narrativa y la representación visual de la salud se centra en el enfoque biomédico, positivista y cartesiano de la *salud individual*. Investigaciones que se centran en el “pico del iceberg” y los factores de riesgo, y describen la superficie de los problemas sin abordar sus raíces. Presentan evidencia parcial sin vincularla a su matriz social, obscureciendo la realidad profunda y limitando la capacidad de los investigadores e investigadoras para comprometerse con propuestas transformadoras, relegándolos a un enfoque funcionalista y pragmático (Breilh 2023, 171). En definitiva, en todos los campos y bajo distintas disciplinas, la ciencia cartesiana trabaja con factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con la reproducción social del capital, y los procesos estructurales que los generan. Este enfoque aplanar y simplifica una realidad que es dinámica y compleja, convirtiéndola en estáticos fragmentos de un mundo desarticulado, sin enfoque de territorio (geografía crítica).

Tal como plantea Jaime Breilh, la ontología reduccionista de la ciencia cartesiana, arraigada profundamente en la salud pública funcionalista y la medicina reduccionista, se construye por pasos que pueden ser resumidos en el siguiente conjunto de operaciones relacionadas: *fragmentación* del mundo en partes o unidades ontológicas preeminentes (es decir, partes de la realidad aisladas cualitativa o cuantitativamente); *reificación* de esas partes en elementos estáticos, fragmentados e individualizados (por ejemplo, factores de riesgo y resultados); asociación de esas partes o fragmentos ontológicos por mera *conjunción externa*; separación de esas partes de sus “contextos y relaciones evaluativas” (es decir, desconexión, descontextualización y separación); limitación de la comprensión del movimiento a las variaciones de esas partes o *variables empíricas fragmentadas y desconectadas*; y aplicación de los resultados de esas operaciones para describirlas y para exponer sus conexiones externas empíricas, así como para calcular la probabilidad de los fenómenos, sin abordar su movimiento y determinación social (Breilh 2020, 85-86).

Tabla 2
Pensamiento lineal reduccionista y complejo sobre salud

Pensamiento lineal funcional	Pensamiento complejo crítico
Salud como Objeto	
Fenómenos de un solo plano (“pico del iceberg”) conectados linealmente (es decir, fragmentos descontextualizados Reificados)	Movimiento de procesos concatenado, multidimensional y contradictorio.
Factores de riesgo estáticos y fragmentados (es decir, entidades probabilísticas) que causan enfermedad; realidad factorial	Procesos que genera el complejo movimiento multidimensional de la salud colectiva con condicionamientos individuales.
El Sujeto de la salud	
Visión lineal en un solo plano	Visión que explica el movimiento multidimensional complejo concatenado y contextualizado
Visión biomédica uni-disciplinaria	Pensar transdisciplinariamente: no es una simple yuxtaposición de conocimientos y su complementariedad, sino una transvaloración mutua (Oxford UP Encyclopedia)
Visión monocultural, centrada en el monismo académico positivista.	Construcción intercultural del conocimiento y transvaloración
Concepción de la realidad centrada en el empirismo lógico y la teoría de sistemas (Estructural funcionalismo)	Pensamiento dialéctico metacrítico (que integra las diferentes epistemologías críticas para transformar la realidad: crítica de la acumulación, de la razón instrumental funcionalista, de la subjetividad acrítica)
La concepción de la praxis	
Acción focalizada en factores de riesgo , su sistematización basada en diferencias empíricas y peso probabilístico	Caracterizar la acción como: movimiento contrarrestado metacrítico, razonamiento sensible, neohumanismo multidimensional; operación sobre contradicciones de procesos críticos, basada en una noción radical de inequidad y el análisis de intereses estratégicos del bien común.

Fuente: Breilh J. 2021. Critical Epidemiology and the people’s health. New York: Oxford University Press.
Elaboración: Jaime Breilh Paz y Miño

Infelizmente, diversos estudios en el campo de la salud han sido invadidos e influidos por ese empirismo analítico que recorta y domestica la producción científica (Breilh 2023, 171). La salud -para ser integral, transformadora y estar ligada al “bien

vivir”- debe ser abordada como un proceso complejo, multidimensional y dialéctico, históricamente determinado, dentro de una subsunción y autonomía relativa. Al mismo tiempo, es fundamental tener en cuenta que el hacer ciencia crítica no se reduce en cambiar el membrete de factores de riesgo de la vieja epidemiología, a la noción igualmente cartesiana de los *determinantes sociales de la salud*, es decir, las “causas de las causas” (Breilh 2023, 180). En otras palabras, abordar factores aislados de la problemática sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas eco-sociales con los que entran en una dinámica determinante. Factores de riesgo que, en vez de revelar y explicar, simplemente señalan; pueden ofrecer información, pero no inducen a cambios reales ni movilización (Breilh 2021).

La expansión acelerada de corporaciones transnacionales y su dominio sobre las actividades individuales y públicas, así como sobre la naturaleza y aquello que llamamos desarrollo en nuestra sociedad, penetra profundamente en las fuerzas productivas, en nuestras interacciones con la naturaleza y la gestión lucrativa de la información privada más íntima. El control sobre la producción a gran escala y la codiciosa utilización de las nuevas tecnologías están debilitando los últimos resguardos y pactos sociales. Este ciclo destructivo se agrava por el estricto control de la información y la gestión del conocimiento científico. La violación del derecho cultural a una información oportuna y democrática, así como a una ciencia veraz y confiable, constituye un componente esencial de la crisis. En otras palabras, la sociedad actual no solo es neoliberal por su estructura económica basada en la propiedad y el mercado, centrada en el interés privado, sino que este neoliberalismo económico no podría persistir sin lo que podría denominarse como un neoliberalismo ideológico, una nueva manera de ser liberales en el siglo XXI (Breilh en Bohoslavsky 2022, 14).

Por eso, para una transformación profunda del paradigma de las ciencias de la vida y la salud es necesaria una ciencia que busque transformar y no fortalecer la sociedad hiperneoliberal y su sistema de salud decadente e insensible. Una ciencia “dura”, independiente, crítica y ética, que rompa el “diálogo de sordos” de los espacios académicos funcionalistas y burocráticos (Breilh 2021). Así también, pasar de una teoría cartesiana a una teoría de la complejidad. Esto implica abandonar la metodología lineal y empírico-analítica cartesiana para adoptar una metodología basada en el pensamiento complejo, en el marco de una construcción transdisciplinaria e intercultural. Este cambio está vinculado a la transición desde una filosofía de praxis funcionalista, unicultural,

antropocéntrica, racista y sexista, hacia una filosofía de praxis emancipadora que requiere un pensamiento metacrítico (2021). Desgraciadamente, mientras más formados están los especialistas en la ciencia social cartesiana y en una lógica tecnocrática, más difícil resulta que entiendan y se aproximen desprejuiciadamente a la riqueza de trabajar la ética y el derecho desde las ciencias críticas (Harvey 2014, 83).

Dicho de otra forma, es necesario pasar de la teoría cartesiana que acompaña a la ciencia del poder a una teoría de la complejidad y su determinación de procesos que están en movimiento; de una metodología lineal, empírico analítica a una metodología del pensamiento complejo cuya construcción debe ser participativa, transdisciplinaria e intercultural; de una filosofía de praxis funcional, y un pragmatismo unicultural, antropocéntrico y sexista a una filosofía de praxis metacrítica, transformadora, ecosófica, antipatriarcal y anticolonial (Breilh 2021, 126-127). Una perspectiva renovada que aborde el bienestar de las comunidades, sus territorios y los ecosistemas asociados, mediante la transformación de la epidemiología en el contexto de un cambio fundamental en el paradigma de la salud y de la comunicación.



Gráfico 3 Transformación de la epidemiología en el marco de un cambio radical del paradigma sobre salud

Fuente: Breilh J. 2021. Critical Epidemiology and the people's health. New York: Oxford University Press.

Elaboración: Jaime Breilh Paz y Miño

Dadas estas circunstancias, tanto la comunicación en un sentido general como la comunicación específicamente en el ámbito de la salud, transitan por un terreno

pantanosos, donde prevalece una inmensa hegemonía marcada por intereses económicos y políticos. Espacio en el que se produce y reproduce una comunicación e imagen basura, del espectáculo, de la mentira, de la superficialidad y la poca ética, que va más allá de la llamada Infodemia y las *fake news*¹². En la que la agnotología se manifiesta como una fabricación deliberada de una ignorancia cuidadosamente planificada, utilizada con el propósito de generar confusión, engaño y/o generar lucro a través de mercancías de todo tipo. Los impactos y propósitos de esta dinámica son tan terribles, carentes de ética e inhumanos, que eventos como la colonización deliberada y el genocidio son retratados de manera falaz y distorsionada. Representación cínica que busca “justificar” y “encubrir” la colonización, el racismo y el asesinato deliberado de miles de personas bajo la premisa de combatir el “terrorismo”. Aunque también es importante señalar que hay otra faceta de la comunicación que, en contraste, arriesga incluso la vida para exponer los hechos de manera ética y veraz.

En este complejo contexto comunicacional que forma parte de la cuarta revolución industrial del capitalismo 4.0, caracterizado por la aceleración del productivismo, la continuidad y fortalecimiento de la inequidad estructural y el aumento exponencial de la desigualdad, así como la presencia de la industria de la ignorancia planificada (Breilh 2021, 53-70), la imagen desempeña un papel crucial.

La sociedad contemporánea privilegia la imagen y centra su cultura en lo visual. Una visualidad mercantil, positivista, funcionalista y técnico-pragmática que se relaciona con la apología de la tecnología. Pero la tecnología, por sí sola, no ayuda -necesariamente- al avance de una sociedad del “bien vivir”. Detrás de la tecnología existe un modo de pensar y un método, además de usos productivistas y codiciosos, que resultan en la destrucción de la vida y de la salud. Además, la utilización de la tecnología implica una estructura simbólica y un modelo, es decir, valores y compromisos que en la sociedad hiperneoliberal se relacionan con la búsqueda de ganancia sin límites y el *ethos productivista*, en términos de Dussel.

No es el paso de un capitalismo de producción a otro de información, como algunos sostienen, sino de una economía de extracción nivel 3.0 a una 4.0, donde la información es central junto a otras tecnologías útiles a la aceleración, pero no substituye el encuadre esencial del sistema integral del capital. Lo que hace la tecnología 4.0 no es remplazar sino articularse a modos productivos y tecnología anteriores para acelerar la extracción (Breilh 2023, 1-18).

¹² Noticias falsas de producen y reproducen desinformación e ignorancia.

Esto no implica que la tecnología no sea útil, pero es necesario entrar en un debate serio de sus usos, así como de la metodología utilizada. Es decir, no es sólo una disputa de conceptos sino de modos de entender la metodología, al igual que replantear la idea y modelo de investigación. Para eso “es preciso tener claridad de las transformaciones conceptuales y metodológicas dentro de un marco científico no cartesiano [...] La concepción cartesiana es esencialmente estática, mientras que el pensamiento complejo es movimiento” (Breilh, 2021) y, “no hay manera de captar los temas históricos aislados, sueltos, desconectados, cosificados, detenidos, sino en relación dialéctica con los otros, sus opuestos” (Freire 2005, 107). Así pues, la teoría, el método y la práctica -en contenido, profundidad y extensión- deben transformarse para romper el molde cartesiano y occidental. Transformarse en un modo transdisciplinario e intercultural de hacer investigación (Breilh 2021, 126-127). “[L]a investigación se hará tanto más pedagógica cuanto más crítica y tanto más crítica en cuanto, dejando de perderse en los esquemas estrechos de las visiones parciales de la realidad, de las visiones “focalistas” de la realidad, se fije en la comprensión de la totalidad” (Freire 2005, 116).

[N]o puedo pensar por los otros ni para los otros, ni sin los otros. La investigación del pensar del pueblo no puede ser hecha sin el pueblo, sino con él, como sujeto de su pensamiento. Y si su pensamiento es mágico o ingenuo, será pensando su pensar en la acción que él mismo se superará. Y la superación no se logra en el acto de consumir ideas, sino de producirlas y transformarlas en la acción y en la comunicación. Siendo [las personas] seres en situación, se encuentran enraizad[a]s en condiciones temporales y espaciales que l[a]s marcan y que, a su vez, ell[a]s marcan. Su tendencia es reflexionar sobre su propia situacionalidad, en la medida en que, desafiados por ella, actúan sobre ella. Esta reflexión implica, por esto mismo, algo más que estar en situacionalidad, que es su posición fundamental. Los [seres humanos] son porque están en situación. Y serán tanto más cuanto no sólo piensen críticamente su estar, sino que críticamente actúen sobre él (117-118).

En ese sentido, es indispensable comprender e instrumentalizar este camino de doble vía entre una teoría crítica de la comunicación y de la salud colectiva. Comunicación e imágenes socialmente determinadas, cuyas características estéticas y comunicacionales pierden sustento y capacidad de incidencia para la transformación, si no se las relaciona con elementos económicos, filosóficos, culturales, políticos, ecológicos y espaciales. Ambas planteadas desde una mirada compleja (multidimensional); desde procesos -no factores- en movimiento (mirada dialéctica). Como constructoras y reproductoras de ideología, ideas fuerza, símbolos, sensibilidad, cultura, valores y formas de identidad en distintos espacios: el cotidiano, el trabajo, la

organización, el consumo simple y ampliado; desde la salud colectiva y la pedagogía crítica.

Y en este movimiento de ida y vuelta entre la salud y la comunicación críticas, es importante entender que la comunicación no es neutra o imparcial; tiene una intencionalidad. Tampoco se refiere -simplemente- a intercambio de información, sino todo lo contrario; es creación e interacción de formas simbólicas y de interpretaciones y/o significados social, política y ecológicamente determinados y eficaces (Breilh MJ 2018, 18). “La comunicación e información no son sinónimos” (Soares y Miranda 2007, 30); la comunicación va mucho más allá. Es decir, no es una operación mecánica que sólo transmite información, sino que la construye y resignifica; es por ello que debemos entender a la comunicación como fenómeno complejo. No como mera herramienta sino como cualquier campo teórico, metodológico y de praxis, dentro de este “[...] escenario cotidiano del reconocimiento social, de la constitución y expresión de los imaginarios a partir de los cuales la gente representa lo que teme o lo que tiene derecho a esperar, sus miedos y sus esperanzas” (Barbero 2005, 44). Por eso se constituye en el campo propicio para estudiar la sociedad contemporánea en sus lógicas internas de funcionamiento.

Del mismo modo, la comunicación es una disciplina tan importante como cualquier otra y, así como la salud, debe ser vista como un derecho público, que entra fuertemente en un ámbito de disputa por un nuevo modelo de sociedad y de sistema de salud. Por consiguiente, “un derecho social fundamental, el derecho a la salud, debería incluir derechos en salud y comunicación, ya que la justicia en salud no puede emerger ante injusticias persistentes en salud y comunicación” (Briggs 2017, 423). Entonces, la comunicación debe ser pública y estar centrada en: el bien común, la inclusión, la transparencia, la calidad y la verdad. Una comunicación en salud enfocada en los derechos y en la equidad; no como aparato de propaganda o promoción gubernamental o empresarial sino como “proyecto ético de sociedad, que contempl[a], sobre todo, mayor equidad en la distribución del capital y de los poderes materiales y simbólicos” (Soares y Miranda 2007, 15). Y, en el caso de la comunicación visual, la imagen no es sólo estética; debe ser ética y funcional, pero no funcional al poder.

Es en esa relación histórica entre la comunicación y las políticas públicas en salud, que se expresa la importancia de la comunicación en los “[...] procesos de elaboración, implantación y gestión de políticas públicas” (22). Es decir, no es posible prevenir, promocionar, desarrollar, gestionar, incidir en salud sin comunicación. “La cobertura informativa de la salud constituye uno de los rasgos más visibles del mundo

contemporáneo” (Briggs y Hallin 2016, 1). Y el tipo de respuestas que se den a las demandas y derechos de la comunidad dependerán -en gran medida- de la concepción que se tenga, tanto de la comunicación como de la salud; sobre todo en los medios de comunicación e instancias gubernamentales y estatales, tanto locales como nacionales e inclusive- en relación con las presiones transnacionales. Sabemos que “[l]as políticas públicas son decididas en un proceso de lucha por la hegemonía, en lo cual el poder simbólico es uno de los elementos centrales” (Soares y Miranda 2007, 23).

La lucha por la hegemonía genera una acelerada convergencia y sinergia tecnológica, así como una reformulación de los valores en la realidad a través de las nuevas tecnologías y la imagen digital. Con las nuevas tecnologías de información y comunicación, los seres humanos no solo pueden imitar la realidad, sino incluso “perfeccionarla”. Sin embargo, puede darse una degradación de esta, volviéndola aún más superficial, fugaz, ficticia e irreal debido a la manipulación y edición digital. Es así que la utilización de algoritmos e inteligencia artificial ha permitido el control cibernético de la comunicación, lo que ha llevado a una disputa por los medios y las nuevas tecnologías de información y comunicación. Esto ha transformado las redes de comunicación en plataformas de publicidad, espectáculo y *fake news*. Además, la robótica, la nanotecnología, la biotecnología, las operaciones de “big data”, la hipermedia y la inteligencia artificial generan “[...] impactos negativos de grandes dimensiones en medio ambiente, salud, trabajo; en producción de nuevas armas para guerra, vigilancia y control social de todas y todos, entre otras” (Ribeiro 2016, 3).

Los gobiernos, mayormente controlados por intereses corporativos y con el mito de que los avances tecnológicos son beneficiosos de por sí, han dejado que casi todas estas tecnologías prosigan, se usen, vendan, estén diseminándose en el ambiente y en nuestros cuerpos, sin siquiera mínimas evaluaciones de sus posibles impactos negativos y sin regulaciones, mucho menos aplicación del principio precautorio (Ribeiro 2016, 4).

En el ámbito de estas tecnologías, la inteligencia artificial experimenta un auge. A finales del año pasado, OpenAI lanzó dos productos: ChatGPT, un sistema automatizado capaz de proporcionar respuestas coherentes y bien organizadas a las preguntas de los usuarios; y Dall-E2, un sistema que genera imágenes en diversos estilos a partir de solicitudes escritas, obteniendo resultados con un nivel moderado de detalle y calidad. Como resultado, cada vez con mayor fuerza, la inteligencia artificial (IA) encuentra lugares privilegiados, sobre todo en empresas que hacen marketing y publicidad, dado que es una técnica efectiva y poderosa en estos campos.

De manera similar a lo que ocurre en las redes sociales, tanto el contenido como las campañas publicitarias se realizan con el objetivo de adaptarse por completo a las expectativas, necesidades y preferencias individuales del consumidor, utilizando algoritmos personalizados. Como sabemos, los algoritmos, aunque aparentemente neutros, reflejan y amplifican cierta ideología, sesgos y prejuicios existentes en la sociedad. La estructura de los algoritmos incluye sesgos de género, etno- raciales y de clase social, lo que puede resultar en discriminación e inequidad. Los datos utilizados para entrenar los algoritmos a menudo están contaminados con sesgos inherentes, ya que reflejan los patrones históricos y desigualdades arraigadas en la sociedad. Estas tendencias se pueden amplificar y perpetuar a medida que los algoritmos procesan la información y toman decisiones. Por ejemplo, en los sistemas de reconocimiento facial, existen informes que demuestran que estos algoritmos tienen tasas de error más altas al reconocer rostros de personas de color o de género femenino en comparación con los rostros de personas blancas o de género masculino. Además, en la publicidad en línea y los motores de búsqueda, los algoritmos pueden mostrar anuncios o resultados de búsqueda que refuerzan estereotipos de género, raciales o clasistas.

Este fenómeno está en sus inicios, pero ya grandes marcas como Martini han llevado a cabo campañas publicitarias utilizando IA capaces de reemplazar numerosos puestos de trabajo, inclusive, el de profesionales creativos. La base de la IA es la automatización, por lo tanto, con seguridad tomará el lugar de ciertos cargos laborales, lo cual tendrá un impacto en sectores y ocupaciones específicos. Pero más que eso, en el ámbito de la comunicación y la imagen, la IA produce y reproduce patrones hegemónicos. Y, a medida que los algoritmos y los sistemas de inteligencia artificial se vuelven más sofisticados, son capaces de realizar tareas que antes solo podían ser realizadas por seres humanos. En ese sentido, la inteligencia artificial plantea interrogantes y preocupaciones en el ámbito de las guerras y los conflictos, por ejemplo. A medida que la tecnología de inteligencia artificial avanza, se plantea la posibilidad de su aplicación en el ámbito militar, lo que esboza desafíos éticos y legales.

En este contexto, también encontramos el “aprendizaje automático” (Machine Learning), un método dentro de la IA que permite la creación de sistemas capaces de aprender automáticamente e identificar patrones complejos entre millones de datos. Recientemente, se llevó a cabo un proyecto experimental llamado “Synthetic Summer”¹³

¹³ Synthetic Summer | Comercial experimental de cerveza realizado con IA:
<https://www.youtube.com/watch?v=XqLm0qbLJqY>

realizado por Private Island en Londres, bajo la dirección de su fundador y director, Chris Boyle. Su equipo está explorando nuevas formas de trabajar en los medios visuales mediante el impulso del aprendizaje automático. El resultado es un video desarrollado por IA que produce espanto al mostrar sonrisas deformes, manos con más de seis dedos y personas que parecen sacadas de una película apocalíptica o de terror. Es así como nos preguntamos, ¿hacia dónde nos llevará la inteligencia artificial que, finalmente, no es inteligencia ni artificial? Consideramos que, como cualquier tecnología, podría tener impactos positivos si su enfoque primordial fuera la equidad y el bienestar tanto de las personas como de los ecosistemas. Sin embargo, en el contexto del mundo neoliberal, con las complejidades e implicaciones que acarrea, sumado al poder político y económico que la respalda, las posibles respuestas generan más bien poca esperanza e incertidumbre.

Como mencionamos anteriormente, la inteligencia artificial tiene la capacidad de generar narrativas a partir de comandos específicos. Esta habilidad radica en su capacidad para analizar patrones, reconocer relaciones semánticas y procesar datos de manera sofisticada. De ahí que consideramos sería interesante realizar un ejemplo en el ámbito de la salud utilizando ChatGPT, ya que, actualmente, el acceso a Dall-E2 está restringido a un grupo específico de personas. Al plantear categorías como la *determinación social de la salud*, la narrativa -en este caso específico- no tiene coherencia, rigurosidad ni profundidad epistemológica y metodológica. Además, es alarmante cómo se perpetúa lo que Boaventura de Sousa Santos (2009) denomina *epistemicidio*, refiriéndose a la dominación de un enfoque occidental que prevalece sobre los conocimientos y saberes de otras culturas y comunidades del Sur, dejando de lado las propuestas innovadoras presentadas por pensadores latinoamericanos. Como podemos ver en el Gráfico 4, a más de la falta de coherencia en categorías planteadas, no se citan a fundadores y referentes de tal propuesta. Es decir, hace que -asimismo- nos preguntemos y pongamos sobre la mesa cuestiones éticas vinculadas a la propiedad intelectual.

El pedido al ChatGPT es claro y directo: “elaborar dos párrafos sobre la “determinación social de la salud”:

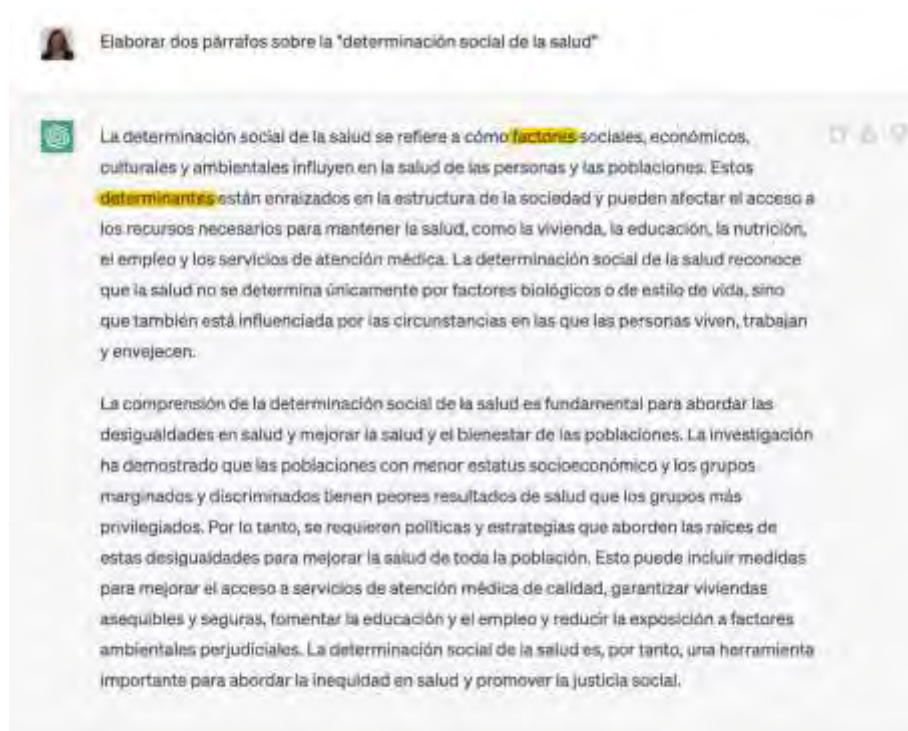


Gráfico 4 **Determinación social de la salud en ChatGPT**

Fuente: ChatGPT. “Determinación social de la salud”. Mayo 1 de 2023.

Elaboración propia

Como vemos, la respuesta se presenta desde una perspectiva caótica y confusa, que mezcla la mirada causa-efecto de los “determinantes sociales de la salud” (algunos resaltados en amarillo) con elementos que pretenden acercarse a explicaciones socialmente determinadas. Una configuración causalista y reformista, que no entra en el análisis de una *reforma*¹⁴ emancipadora y, mucho menos, en base a una crítica a la civilización de mercado. Además, no se analiza la práctica social intercultural como un movimiento histórico. Tampoco se abordan categorías fundamentales como reproducción social, determinación social de la salud, inequidad, subsunción / autonomía relativa y metabolismo sociedad-naturaleza (Breilh 2021).

Así, podemos observar que, al igual que en los resultados obtenidos a partir del estudio de las bases de datos en base a la *guía de caracterización documental y gráfica*, los cuales analizaremos más adelante, prevalece una perspectiva de un modelo causalista, individual, biomédico y asistencialista de la salud, que reduce la complejidad de la vida

¹⁴ Fundamentos de la epidemiología crítica como una herramienta para las políticas de salud y la planificación; es un instrumento irremplazable para discernir la mejor dirección a tomarse en la encrucijada entre el reformismo en salud y la reforma de salud. El primero significa cambiar algunas formas (i.e., “causas” o “factores”) de modo que la sustancia social es mantenida, mientras que la reforma significa hacer cambios que compiten con la sustancia existente con el objetivo de abrir el sistema entero al cambio (Echeverría 1990).

y la salud humana a una serie de factores biológicos y patológicos, o de estilos de vida individuales (como la nutrición), desconociendo su determinación social profunda.

De hecho, todavía no alcanzamos a percibir la huella que la inteligencia artificial neoliberal tiene y tendrá en un futuro próximo en nuestras vidas. A medida que la inteligencia artificial avanza, es evidente que su impacto transformará radicalmente la sociedad y, por lo tanto, el modelo de salud. A diferencia de Internet en sus primeros años, el control de la inteligencia artificial en Occidente está en manos del capital. En este aspecto, se hace urgente examinar críticamente este nuevo salto tecnológico y disputar su sentido. Para lo cual se requiere del respaldo de políticas públicas trabajadas colectiva y participativamente desde organizaciones sociales, espacios académicos y de investigación críticos, colectivos, así como gobiernos locales y Estados más democráticos y humanistas. En el caso de la salud, la IA tiene el potencial de despojar a las reformas en salud de su poder político y de mercantilizar aún más la vida, entre otros posibles efectos, y -como resultado- fortalecer la *biocomunicabilidad* y *biomediatización*, y debilitar la *justicia comunicativa en salud*, conceptos propuestos por Charles Briggs y Daniel Hallin, que los analizaremos más adelante.

La inteligencia artificial afecta también al mundo del arte, del diseño gráfico y otras profesiones relacionadas con la creación de la comunicación visual. Los algoritmos de inteligencia artificial pueden analizar el contenido de una imagen y modificarla completamente, creando una nueva a partir de indicaciones proporcionadas al sistema. Esta nueva tecnología genera la interrogante acerca de si reduce aún más el valor y significado del contenido visual, tornándolo más vacío y banal. Así también, si reduce la creatividad, la criticidad y el tiempo de análisis de los productores de imagen y, por lo tanto, aumenta su intención mercantil. Además, este sistema hace que nos planteemos problemas éticos relacionados con la propiedad intelectual, así como prejuicios y estereotipos sociales, culturales y de género introducidos en sus “data sets”. Sesgos de todo tipo, que van desde los roles de género hasta prejuicios clasistas, sexistas y racistas, y preferencias de una mirada blanco-occidental.

Desde la perspectiva de la acumulación de capital, es necesario examinar con seriedad cómo la inteligencia artificial afecta a la producción y el consumo de contenido visual, así como a las prácticas sociales, culturales y artísticas, en general. Si bien la tecnología puede ofrecer nuevas formas de expresión y creatividad, también puede tener efectos negativos en la integridad y profundidad de la comunicación. Es preciso abordar

la cuestión ética de la propiedad intelectual y analizar las imposiciones políticas, sociales y culturales que surgen de la aplicación de la inteligencia artificial.

Por las razones antes mencionadas, se requiere una discusión pública y la implementación de políticas cuidadosamente pensadas para garantizar que la inteligencia artificial sea utilizada de una manera [ética] justa y equitativa (Martins 2023, párr. 5). Aunque, mucho tememos que, dentro de la lógica neoliberal, tenga resultados catastróficos, como se puede constatar en un reciente artículo del filósofo y matemático brasileño Walter Carnielli. Él advierte que la inteligencia artificial puede, por ejemplo, “desestabilizar el delicado equilibrio que ha evitado la guerra nuclear desde 1945”. De igual manera, recuerda que, “según el físico Stephen Hawking, el surgimiento de una inteligencia artificial podría resultar en 'el peor evento en la historia de nuestra civilización'” (párr. 3).

Acorde a las tecnologías digitales en los sistemas de salud, la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) y su equipo de investigación *Implicaciones de las Tecnologías Digitales en los Sistemas de Salud* han destacado que -desde la década de 2000- Brasil instauró políticas que priorizan la apertura al sector privado en el área de la salud digital; especialmente, después de la pandemia, mientras que la participación popular queda por fuera (Monterastelli 2023, párr. 2). En un artículo reciente de la revista *Ciencia y Salud Colectiva*, investigadores señalan que “[e]n los últimos 30 años, se viabilizaron procesos de privatización, nuevas formas de regulación del mercado y liberalización comercial [...] la lógica de los servicios de salud digital ha seguido este camino a través de la gestión de un gran volumen de datos de la población, no solo recopilados por aplicaciones, sino también por organismos públicos compartidos con empresas privadas” (párr. 3) y comercializados a través de una comunicación en salud e imagen de tipo publicitario (mercantil).

Este fenómeno, llamado “plataformización”, se concentra en recopilar datos y tratar a los usuarios de diferentes aplicaciones como consumidores, en lugar de ciudadanos que deberían tener acceso a la salud como un derecho. Tal como explica Raquel Rachid, una de las investigadoras involucradas en el estudio desde *Outra Saúde*, “la digitalización, en este caso, se da a través de un razonamiento “tecno-solucionista”: la idea de que la tecnología es la solución a los problemas que hoy enfrenta el área, se reduce a la simple falta de servicio” (Monterastelli 2023, párr. 4). Como resultado, las aplicaciones, plataformas y otras herramientas digitales de salud se enfocan en recopilar datos para ofrecer servicios futuros y agilizar la atención, pensando en términos de

optimización de la producción. Las consultas en línea se han convertido en la norma para muchos médicos en todo el país, especialmente a través de aplicaciones desarrolladas por *startups* de atención primaria que ofrecen seguimiento de síntomas y consultas por videollamada con médicos (párr. 4), desde una mirada individual, asistencialista y farmobiomédica de la salud.

En el corazón de tales impactos, la comunicación se forma como lo obvio, lo simple o lo meramente instrumental; y la obviedad es peligrosa. Es como cuando vez un lápiz, tan obvio como un lápiz; no se discute, se da por hecho. Pero, además, se la uniformiza. Por ejemplo, se considera a todos los jóvenes y adolescentes como una masa uniforme. Como si todos fueran idénticos y no pertenecieran a una clase social, etnia-raza o género. Y sabemos que no es lo mismo ser joven indígena, pobre y mujer que ser un hombre joven mestizo de clase alta. Habitualmente es así, la comunicación es clasista, racista, jerárquica, patriarcal, colonial y adulto-céntrica y, por lo tanto, ahistórica, unilateral, autoritaria y prepotente. Es decir, para construir una comunicación distinta debemos salir de la obviedad y dejar de uniformizar y hablar de grupos como si fueran masas homogéneas.

En relación con el lenguaje, la comunicación hegemónica concibe la lengua como códigos con un significado preestablecido y estable, por lo tanto, transferible; cuando sabemos que el lenguaje está dentro de estas disputas y negociaciones del poder simbólico (Soares y Miranda 2007, 46 - 57). No toma en cuenta aspectos importantes como las mediaciones; estos territorios en que la cultura se concreta, cambiando la forma de concebir la comunicación. Estas resistencias y variadas formas de apropiación de los contenidos de los medios que Jesús Martín Barbero las analiza magistralmente.

La comunicación y las nuevas tecnologías de la información se convierten en elementos centrales de los nuevos modelos de sociedad. En América Latina, esa centralidad da lugar a formas peculiares de modernización, a transformaciones profundas de la economía, la política y la cultura” (Barbero 1994, 39-46).

Precisamente, Barbero transforma la manera de abordar la historia de los medios de comunicación. Ubica a los procesos de comunicación dentro de la cultura y propone investigarlos desde las mediaciones, transformando al espacio cultural en vital para entender y construir la historia de los medios masivos desde los procesos culturales (194-198). Critica algunas categorías de la modernidad que mantienen lo popular como lo sin importancia y a lo masivo como lo deplorable. Así, desde las ciencias sociales trabaja en una nueva teoría de la comunicación conectada a la realidad latinoamericana. Formula la

importancia de un nuevo imaginario en el que se establece por primera vez el estatus de cultura a lo que viene del pueblo. Se centra en los procesos de comunicación más cotidianos; los que se dan en el mercado, en la calle, en las fiestas populares. Justamente, recalca la importancia de expresiones culturales esenciales en Latinoamérica como el cine mexicano, el radioteatro y circo criollo argentino, la música afro brasilera y la prensa popular chilena (180-189). Pero, así como existen formas culturales riquísimas que se insertan en lo masivo, la cultura de masas también acarrea consecuencias complejas. El “hechizo” de las nuevas tecnologías y sus procesos de imposición, deformación y dependencia que orientan, hacen que los pueblos renuncien a tener y desarrollar su propia memoria. La imagen de los medios y nuevas tecnologías refuerza en las clases populares latinoamericanas la fascinación por el nuevo fetiche.

La transición de la comunicación de masas a la comunicación digital produce cambios significativos y contrastantes. En la comunicación de masas tradicional, un emisor dominante transmite información a una audiencia masiva que no puede interactuar o reflexionar de manera significativa. En cambio, la comunicación digital permite la globalización y el acceso instantáneo y fácil a la información o a la “ignorancia planificada” desde cualquier lugar y en cualquier momento, lo que ha llevado a la estandarización de las preferencias culturales, los modos y estilos de vida en la sociedad, así como de identidades e ideologías.

En la modernidad globalizada y *líquida* -como lo denomina Bauman-, la instantaneidad es un elemento importante, sobre todo para el capital ya que éste también se alimenta de flujos. “La 'fluidez' es la cualidad de los líquidos y los gases. Lo que los distingue de los sólidos es que 'en descanso, no pueden sostener una fuerza tangencial o cortante' y, por lo tanto, sufren un continuo cambio de forma cuando se los somete a esa tensión” (Bauman 2002, 7). De esta manera, se produce un deterioro en un análisis más profundo de los temas tratados. La característica de la cibercultura es que no hay permanencia y continuidad, sólo hay fluctuaciones.

La fugacidad, liquidez y fluctuación generan y replican tipos de relaciones características de la posmodernidad, que se ven afectadas por diversos procesos. Según Bauman, estos vínculos se caracterizan por carecer de solidez y calidez, y por su propensión a ser efímeras, superficiales y con menor nivel de compromiso. Su naturaleza fugaz está en consonancia con la propagación de una ideología consumista que ha llevado a la mercantilización de distintos aspectos de la vida. En este contexto, todas las cosas, incluso las personas, son consideradas como objetos de consumo para satisfacer

necesidades inmediatas. Como resultado, el amor se ha convertido en una forma de consumo mutuo, guiado por una racionalidad mercantil competitiva, individual, egoísta, narcisista y hedonista que pone la satisfacción personal e inmediata en el centro de la vida.

Tal vez hablar de «deseo» sea una exageración. Es como lo que ocurre con las compras: los compradores de hoy en día no compran para satisfacer su deseo, sino que, como bien ha señalado Harvie Ferguson, compran por apetito. Lleva tiempo (un tiempo insoportablemente largo desde el punto de vista de una cultura que aborrece la procrastinación y fomenta la «satisfacción instantánea» en su lugar) sembrar, cultivar y abonar el deseo. El deseo necesita tiempo para germinar, crecer y madurar. El «largo plazo» se hace cada vez más corto en nuestros días, pero la velocidad de la maduración del deseo se resiste tozuda a acelerarse; el tiempo requerido para cobrar los rendimientos de la inversión en el cultivo del deseo se nos hace cada vez más irritante y prohibitivamente largo (Bauman 2003, 30).

En este contexto, los vínculos afectivos estables se convierten en una carga. La idea de ser padres, así como el matrimonio “para toda la vida” requiere de compromisos muy complejos y de un plazo que no es posible asumir en una sociedad de consumo marcada por el eterno presente y el “usar y tirar a la basura” (27). El amor se ha vuelto líquido, fluye, cambia constantemente y toma caminos inesperados, de la misma forma en que cambia el individuo. Ya nada es sólido como lo fue en el pasado.

Todo esto también se ve reflejado en la educación, tanto en temas de salud como de comunicación. Lamentablemente, en ambos campos, existe un predominio de visiones pragmáticas, positivistas y cartesianas. Teorías instrumentalistas que, como hemos indicado, reducen la comunicación a la información, a la técnica o a la estética. Ven al mensaje como simple transferencia de información, y no son capaces de reconocer que los medios no son sólo instrumentos, sino el resultado de mediaciones, de la cultura humana y de procesos históricos -inmersos en estructuras de poder- que producen, transmiten y reproducen formas de realidad, identidad y pensamiento; además de formas simbólicas que pueden mercantilizar hasta el sentido de la vida.

Tales teorías se naturalizan y pasan a ser verdades absolutas. Y, en esa lucha por el poder simbólico son poderosas ya que pueden hacer que las personas vean y actúen a través de determinada óptica. En tal sentido, la visión más tradicional, que sigue vigente en algunas facultades de comunicación, nos habla de una simple “transferencia de

información”. Teorías tradicionales como las de Shannon y Weaver¹⁵, que parten de la idea pragmática de “optimizar” la comunicación a través de un emisor que envía un mensaje -por un canal determinado- a un receptor, miran a la comunicación como una operación mecánica y ahistórica; de una sola vía. Cuando, en realidad, tendríamos que hablar de los sujetos de la comunicación como co-enunciadores que llevan a cabo una acción conjunta de producción de sentido; co-enunciadores activos, pensantes, conscientes y socialmente determinados. Receptores constructores de comunicación que no pueden ser percibidos como un *cero a la izquierda*, o como excluidos e ignorantes que no tienen nada que decir. “En la redefinición de la cultura es clave la comprensión de su naturaleza comunicativa. Esto es, su carácter de proceso productor de significaciones y no de mera circulación de informaciones y, por tanto, en el que el receptor no es un mero decodificador de lo que en el mensaje puso el emisor, sino de un productor también” (Barbero 1991, 228).

Hablamos de un modelo concentrador que deja por fuera las demás voces y ecos que hacen parte del escenario de comunicación. Y esto no tiene coherencia ya que la “comunicación es esencialmente relación [...] y debe ser construida desde varias voces, no una sola [...] Es una de las condiciones de la existencia y permanencia de la vida” (11). Al contrario de la matriz hegemónica, que ve a la comunicación como individual y pasiva, en lugar de colectiva y constructora; y la considera mecanicista, lineal, instrumental, funcionalista y técnico-pragmática, y -por lo tanto- no dialéctica.

La comunicación en salud no es una excepción; raramente incorpora otras voces, así como prácticas y saberes ancestrales. Cuando lo hace, la mayoría de las veces es el resultado de la neutralización de su fuerza simbólica, el “blanqueamiento” (*desnegrificación*¹⁶) y su anulación o, lo que es peor, la desfiguración de sus saberes, la subordinación y degradación de su historicidad y esencia. Como hemos señalado, no se puede entender la comunicación sin ligarla a la cultura; y no hay cultura sin comunicación, ni comunicación sin cultura; y -mucho menos- comunicación sin historia y comunidad.

¹⁵ Uno de los modelos pioneros y de mayor influencia en el ámbito de la comunicación (1948). Se trata de una teoría matemática que aborda la comunicación a través de cinco elementos fundamentales: una fuente, un emisor, un canal, un receptor y un destino.

¹⁶ Término usado por Frantz Fanon, que señala “desde hace algunos años, hay laboratorios que tienen el proyecto de descubrir un suero de *desnegrificación*; hay laboratorios que, con toda la seriedad del mundo, han enjuagado sus pipetas, ajustando sus balanzas y emprendido investigaciones que permitan a los desgraciados negros blanquearse de esta forma no soportar más el peso de esta maldición corporal”. Fanon, *Piel negra, máscaras blancas*, 341.

[L]o que predomina hoy es una *comunicación sin comunidad*, pues se ha producido una pérdida de los rituales sociales. En el mundo contemporáneo, donde la fluidez de la comunicación es un imperativo, los ritos se perciben como una obsolescencia y un estorbo prescindible. Es esta pérdida la que acarrea el desgaste de la comunidad y la desorientación del individuo, con patologías y erosión social (Byung-Chul 2020, 70).

En tal sentido, Charles Briggs nos propone lo que él llama *justicia comunicativa en salud* y su consecuente democratización de los sitios de producción del conocimiento. Planteamiento que, influido por la *determinación social de la salud* (Breilh 2003, 2021), no acoge la vigilancia o imposición epidemiológica sino un monitoreo comunitario participativo. Es así como, la comunicación en salud -desde una mirada crítica- acompañaría y fortalecería este proceso. Comunicación construida desde el territorio, junto a las comunidades. Todo lo contrario a la comunicación hegemónica en salud, que es producida por “expertos” e impuesta a la colectividad a través de procesos y definiciones en los cuales las comunidades son olvidadas, maltratadas, desvalorizadas y puestas a un lado.

Hay que ir más allá de la simple búsqueda de desigualdades comunicativas de salud para plantear el problema de la comunicabilidad. Las inequidades no surgen meramente de un acceso desigual a las tecnologías de comunicación y al capital simbólico, por importante que sea, sino de la forma en que las personas son situadas ideológicamente en los procesos de la reproducción del conocimiento médico tal como son imaginados [...] Aspectos claves de gran parte de la comunicación en salud son que ésta representa en su estructura las ideologías dominantes, de carácter lineal, así como los roles sociales que proyecta (Briggs 2005, 105).

Insistimos que una visión transformadora de la comunicación en salud se relaciona a una matriz social que la explica desde un modelo capitalista y extractivista (minero, petrolero, agroindustrial y cibernético); a prácticas industriales y financieras altamente destructivas que generan modos de vida malsanos, injustos e inequitativos. Tal enfoque trabaja, acompaña, apoya, fortalece la investigación-acción participativa en territorio a través de la comunicación crítica y el *paradigma del diseño de comunicación visual*. ¿Cómo lo hace? Entendiendo y aplicando teoría, metodología y praxis desde la salud colectiva y la determinación social de la salud; y fortaleciendo las 4S de la vida (Breilh 2019). Acogiendo y aplicando categorías como la *justicia comunicativa en salud*, la *biocomunicabilidad* y la *biomediatización* (Briggs Hallin 2005, 2017) (Briggs y Hallin 2016), así como la *educación como práctica de libertad* (Freire 1974). Visibilizando la realidad de comunidades activas, que luchan por la soberanía, la salud, la solidaridad, la justicia, la equidad y la sustentabilidad. Impidiendo que se deslegitimen cientos de años

de sabiduría e historia “oral” y medicina ancestral ante la hegemonía de la evidencia cuantitativa y la jerarquía de la “eficacia” y “eficiencia” de la visión biomédica occidental. Evidenciando la importancia de la salud comunitaria, la organización social, así como los rituales y la cultura (sin folclorizarla). Defendiendo el papel de la mujer en su participación política, profesional, cultural y comunitaria. Fortaleciendo una comunicación-acción dialógica, intercultural, no dominante, así como una democratización de los sitios de producción del conocimiento. Transformando cómo se conceptualiza la salud y cómo se imaginan las soluciones a los problemas de salud. Poniendo en relieve cómo se reproduce el maltrato, la prepotencia, la injusticia y la inequidad en la comunicación y la política pública, en los procesos de investigación, en la vigilancia epidemiológica, en la prevención y promoción de la salud, al igual que en los entornos clínicos.

Este diálogo [con las masas populares], como exigencia radical de [toda revolución auténtica], responde a otra exigencia radical, que es la de [concebir] como seres que no pueden ser al margen de la comunicación, puesto que son comunicación en sí. Obstaculizar la comunicación equivale a [transformarlas] en objetos, y esto es tarea y objetivo de los opresores, no de los revolucionarios (Freire 2005, 145).

Lamentablemente, en el caso de la comunicación visual, a más de esta característica cartesiana, injusta, inequitativa, prepotente y unicultural, el problema generalizado, sobre todo en el ámbito de la salud, es no saber leer críticamente la imagen y conformarse con lo que nos venden o imponen. Inclusive, vemos a pensadores importantes de la comunicación y la salud usar en sus clases o ponencias infografía del tipo *e-health* o *Health Community Management*. Imagen que refleja un sistema de gestión de la salud que por el nombre parecería comunitario, pero que de comunitario sólo tiene la información en red. Tecnología biomédica y positivista cuantitativa que -desde el escritorio- genera un “diagnóstico de salud de la comunidad” basada en casos individuales de enfermedad que son medidos sin ningún nexo ni participación comunitaria, y que -por lo tanto- no concebirán ningún cambio profundo o estructural.

En definitiva, “cualquier intento de lograr justicia en salud debería incorporar -desde sus inicios- el principio de *justicia comunicativa en salud*” (Briggs 2017, 425; el énfasis me pertenece). Con ese propósito la epidemiología y la comunicación críticas en salud no pueden tratarse como campos separados. He ahí la importancia de la transdisciplinaridad y la interculturalidad.

Así como la epidemiología popular es crucial para desafiar a las epidemiologías hegemónicas, necesitamos *epidemiologías en salud y comunicación populares* para convertir la conciencia cotidiana de inequidades en salud y comunicación en inventarios sistemáticos de dónde se ubican en contextos clínicos, epidemiológicos, legislativos y periodísticos y los efectos que traen (425).

Para ilustrar lo dicho y aclarar el panorama, nos parece importante presentar algunos ejemplos relacionados con la imagen en salud:



Imagen 1 Comparación de dos casos de comunicación visual relacionados al COVID-19
Elaboración propia

Observamos que la representación en la imagen de la derecha encarna y fortalece una perspectiva biomédica, reduccionista y lineal de la salud. Esta visión fragmenta la realidad en partes y considera lo social como algo externo a la salud, la cual es percibida como un fenómeno esencialmente individual. Da preeminencia a una mirada asistencialista de la salud y, además, se enfoca en la lógica causal-funcionalista y de mercado. Según esta perspectiva, la pandemia es el virus que, además, es descrito como un “enemigo invisible”. Pero de invisible no tiene nada, ya que ahora, más que nunca, se desnuda el profundo clasismo, racismo y sexismo de la pandemia. Una pandemia que - como todas las condiciones de vida, de salud, y de vulnerabilidad- es producto de un sistema económico y social. Sabemos que, como indica este grafiti, “grandes agroindustrias producen grandes pandemias”, así como “corona es el virus, el capitalismo es la pandemia”.

Del mismo modo, observamos que en esta representación no se involucra a la comunidad, es decir, no se consideran la transdisciplinaridad ni la interculturalidad. A través de la elección de colores, contrastes y personajes, se promueve una perspectiva iluminista, clínico-hospitalaria, elitista, higienista, blanqueadora y patriarcal. Se destaca la epidemiología clásica, fundamentada en el causalismo y los factores de riesgo, así como en la vigilancia e imposición epidemiológica, que no encarna el monitoreo comunitario participativo ni la justicia comunicativa en salud. Lo mismo sucede con las enfermedades infecciosas, como podemos ver en la siguiente imagen:



Imagen 2 **Comparación de dos casos de comunicación visual relacionados al dengue**
Elaboración propia

Tanto en el sector público como en el privado se refuerza una visión causa-efecto de la salud (factores de riesgo). En el dengue, por ejemplo, se refuerza la idea de que la mosca *Aedes aegypti* es la causa de la enfermedad, cuando sabemos que tiene que ver con: las condiciones y modos de vida de la comunidad; las alteraciones y contaminación del ambiente; las políticas públicas; la agroindustria; entre otros.

En diversos sectores en los cuales el CILABSsalud (Centro de Investigación y Laboratorios en Salud Colectiva del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar del Ecuador) realiza estudios epidemiológicos -como El Oro y Guayas-, vemos como estos gigantes mares de monocultivo agroindustrial de banano y camarón hacen que suba la temperatura del ambiente, y esto facilita la reproducción de la mosca, así

como el incremento del cambio climático. Igualmente, por la fumigación con agrotóxicos -sobre todo con avioneta- mueren los sapitos, que son depredadores de la mosca; además de, evidentemente, producir enfermedades y muerte en las comunidades por contaminación y toxicidad de diversos tipos.

En relación con las condiciones y modos de vida de la comunidad, los barrios de bajos recursos no tienen acceso a agua potable ni a recolección de basura. Es por ello que deben utilizar tanques grandes para recolectar agua, en los cuales es más fácil la reproducción de las pupas¹⁷, lo cual es representado en la composición de la derecha de la Imagen 2.

Sin embargo, las respuestas en el sector público y privado se siguen dando solamente en el plano individual y biomédico, combatiendo los factores de riesgo a través de la fumigación, por ejemplo. Proceso que, además de ser tóxico, es draconiano, aunque -desgraciadamente- en ocasiones, necesario. Pero, si sólo nos quedamos en un plano individual causa-efecto, biomédico y desde una prepotente perspectiva de la vigilancia epidemiológica, no transformamos la realidad profunda. De igual manera, perdemos de vista que la vida colectiva organizada según las condiciones de un modelo de sociedad y su reproducción social, se expresa -justamente- en la salud de la comunidad, incluyendo los perfiles de salud, las concepciones y las prácticas. No es casual que en esta sociedad injusta, inequitativa y malsana exista una rápida propagación de enfermedades infecciosas, sobre todo en los barrios de más bajos recursos.

De esta manera, observamos que, en la representación visual de la salud, predomina una perspectiva positivista, que sólo ve las partes y no el todo. Mira la salud clínica e individual y no la salud colectiva, e induce a una visión medicalizada de los problemas. No explica ni le interesa entender por qué y cómo se producen los procesos de salud, cómo se determinan y cómo se distribuyen; y deja de lado la relación de estos con la vida social.

Esto se muestra claramente en el siguiente ejemplo, al realizar un seguimiento en un buscador de internet con la palabra “salud”:

¹⁷ Estadio larval de la mosca *Aedes aegypti*



Imagen 3 Búsqueda de “salud” en Imágenes Google (2020)
Elaboración propia

Observamos imágenes “de blancos para blancos”, agringada; construida desde un concepto “*image bank*”¹⁸, ligado al marketing y a la publicidad. Una comunicación visual acentuadamente urbana y occidental; además de racista y clasista. Imagen que pertenece -muchas veces- a corporaciones o grandes farmacéuticas y, por lo tanto, tenderán a funcionar en favor de sus intereses económicos y políticos. Una mirada clínico-hospitalaria, cartesiana y reduccionista que no analiza las relaciones culturales, de clase, de género, y etno-raciales.

La promesa del lenguaje es limitada. La resistencia semiótica, aunque importante (Fanón, después de todo, reprueba el uso del lenguaje condescendiente), intensifica en ocasiones el problema en vez de aliviarlo. El dominio del lenguaje en pro del reconocimiento *como blanco* refleja una dependencia que subordina la humanidad negra [...] La importancia del lenguaje es su inherente publicidad. Frustrado el abordaje a lo público, el negro se moverá ahora introspectivamente, hacia la esfera privada, la esfera sexual, la de la soledad (Fanon 2009, 226).

Los ejemplos presentados muestran el análisis que hacemos desde la comunicación crítica y la salud colectiva, así como su función social e histórica.

Finalmente, al abordar la comunicación, el pensamiento y las acciones en el ámbito de la salud desde una perspectiva multidimensional, es crucial considerar, desde

¹⁸ Banco de imágenes o fotografías en línea, pensadas -esencialmente- en posicionamiento de marcas y competitividad (marketing, branding y publicidad).

un enfoque antiextractivista, un análisis profundo de la salud integral del sistema agroalimentario y la salud colectiva. Esto implica una aproximación sociohistórica y desde la geografía crítica a nivel general, así como una consideración de los modos de vida de los campesinos y las campesinas, y de los consumidores y las consumidoras según su género, etnia-raza y clase social a nivel particular. Además, se deben tener en cuenta los estilos de vida individuales tanto en entornos urbanos como rurales. Porque la salud inscrita en el “bien vivir”, en el caso del sistema agroalimentario, no puede reducirse al aspecto de la nutrición, o a la alimentación, ni tampoco -exclusivamente- a la soberanía alimentaria sino a una salud integral del sistema alimentario y a lo que se plantea desde la epidemiología crítica y las 4S de la vida: soberanía, solidaridad, sustentabilidad y seguridad integral (Breilh, 2019). Es decir, una alimentación que va más allá de la nutrición y es vista como constructora y reproductora de modos de vida, cultura, ideología, valores, formas de identidad. Perspectiva que incluye una salud integral en todos los procesos del sistema alimentario, desde la producción y transformación hasta la comercialización, consumo y excreción. En consecuencia, es necesario llevar a cabo una profunda reforma en el ámbito de la salud que no solo considere la salud individual y biomédica del sistema de salud asistencial, sino que también tenga en cuenta la salud colectiva y enmarcada en esta, una salud integral del sistema alimentario.

Entonces, el gran desafío no es solamente de equidad y de justicia económica sino de una profunda transformación de la salud y el ambiente. Y para eso es esencial una comunicación que concientice, construya y fortalezca la transición de un sistema agroalimentario peligroso -destructor, extractivista, con uso intensivo de agrotóxicos, transgénicos, hormonas, antibióticos- a un mundo agrario protector, saludable, solidario, soberano y sustentable. Pasar de una agricultura de la muerte a una agricultura de la vida (Breilh, 2019).

Por consiguiente, una verdadera reforma en salud sitúa a la agroecología como elemento central. El pensar y accionar la agroecología no solo desde una perspectiva técnico-pragmática, productivista, o meramente mercantil, sino en términos sociales, culturales, políticos, económicos y filosóficos. Para lo cual, la comunicación y, específicamente, la comunicación visual es crucial, ya que sabemos de la fuerza de las preferencias que te crea el mercado a través de la imagen, la comunicación y la publicidad. Como ilustramos a continuación (Imagen 4), frecuentemente -como consumidores- optamos por un banano pulcro, brillante, sin manchas, que parece de plástico. No nos ponemos a pensar qué está por detrás de esa “imagen perfecta”, que corresponde más al

alimento visto como mercancía y no como vida. En definitiva, no nos interesa si este modo de producción generó explotación agresiva del ser humano y del ambiente; entre muchos otros procesos destructores: daño en las fuentes de agua, en la tierra, en las comunidades, en los consumidores; acaparamiento de tierra e injusticia en su tenencia; explotación y falta de derechos laborales; enfermedades por el uso intensivo de agrotóxicos; entre otros.



Imagen 4 **Poder de la imagen para transformar los alimentos en mercancía**
Elaboración propia

Al contrario, la agroecología va más allá del interés individual y se asienta en la solidaridad y el trabajo colectivo y comunitario, así como en una relación ética, respetuosa y profunda con el ambiente. Se enfrenta al sistema agroalimentario mundial y plantea proteger y respetar la *Pachamama*; acoger el *sumak kawsay*; fortalecer la agricultura familiar, campesina, comunitaria; defender los circuitos de comercialización directa, de economía popular y solidaria y de comercio justo; proteger derechos, como el derecho a la salud y el “bien vivir”, así como la justicia y equidad en la tenencia de la tierra. Y, cada vez con mayor fuerza, va impulsando la lucha por la equidad de género en territorio. Como sabemos, gran porcentaje de la producción agroecológica es realizada por mujeres. Mujeres resilientes y valientes, cuidadoras de vida, que pese a todo deciden enfrentarse a un sistema agroalimentario mundial ahogado por la agroindustria, los extractivismos, la codicia, el consumismo, el individualismo y la falta de solidaridad.

En conclusión, no podemos generar una comunicación distinta en salud si no partimos de un paradigma crítico, tanto en salud como en comunicación para, así, repensarnos y repensar la imagen como elemento emancipador. En ese marco, la imagen puede ser devastadora, pero también puede ser instrumento de ruptura y transformación liberadora. Parafraseando a Fanon, el ámbito de la cultura es también de resistencia y disputa (Fanon 2009).

2.2. Determinación social de la imagen y justicia comunicativa en salud

La imagen en el mundo neoliberal es poderosa y está muy presente como mecanismo de hegemonía y de imposición de los modos de vivir, de consumir y de pensar. Existe un régimen de la visualidad imperante en la sociedad contemporánea, en el que se privilegia la imagen por sobre el texto y -en ocasiones- incluso por sobre la realidad. La palabra va siendo desplazada cada vez con mayor fuerza por la imagen, y ahora con las redes sociales, los teléfonos móviles, eso queda absolutamente claro; comunicamos, amamos, hacemos sociedad con las imágenes (Christian León 2018, entrevista personal).

El poder simbólico como poder de constituir lo dado por el enunciado, *de hacer ver* y *hacer creer*, de confirmar o transformar la visión del mundo y, de este modo, la acción sobre el mundo, por lo tanto, el mundo; poder casi mágico que hace posible obtener el equivalente de lo que se obtiene por la fuerza (física o económica), gracias al efecto específico de la movilización, sólo se ejerce si es reconocido, es decir, ignorándolo como arbitrario (Bourdieu 1989, 14).

La imagen es comunicación en acto y, como afirma el muralista Josep Renau¹⁹, “el cartel es como un grito en la pared”. Podríamos decir entonces que, en el mundo del ciberespacio, la imagen digital también puede ser un “grito en la red”. Precisamente, para entender el papel contemporáneo de la imagen -especialmente como comunicadores visuales- es necesario analizar su función social e histórica. El diseño gráfico no está fuera de la comunicación sino todo lo contrario; su principal función es transmitir y construir información y significados, es decir, comunicar. “Es por el hecho de ser *gráfico* (más que

¹⁹ Josep Renau (1907-1982) fue un destacado artista, diseñador gráfico y político español conocido por sus contribuciones al fotomontaje y diseño gráfico. Nacido en Valencia, España, estudió Bellas Artes y se involucró activamente en movimientos artísticos y políticos de su tiempo. Durante la Guerra Civil Española, trabajó para la República en el frente artístico y, tras el exilio, continuó su carrera en México y Alemania Oriental. Renau también fue un militante político comprometido, uniéndose al Partido Comunista y desempeñando roles políticos, incluyendo el de director general de Bellas Artes en el Gobierno de la Segunda República Española. Su obra refleja su compromiso político y su crítica a las injusticias sociales.

por ser diseño) y por ser *comunicación* (más que por ser visual) lo que hace del diseño gráfico un lenguaje específico de relación comunicativa. Y es, por eso mismo, un hecho *sociocultural*” (Costa 2024). Como asevera Peter Kneebone, “el diseñador es [o debería ser] un arquitecto de comunicaciones” (Fascara 2006, prólogo). Como diseñadores gráficos, es importante entender a la comunicación como una función fundamental de nuestro trabajo. Y al hacerlo, enriquecernos con una teoría crítica de la comunicación y la sociedad. Del mismo modo, en relación con la comunicación crítica en salud, es necesario acoger la *determinación social de la salud* (Breilh 2003, 2015, 2018, 2021), así como la *justicia comunicativa en salud*, la *biocomunicabilidad* y la *biomediatización* (Briggs Hallin 2005, 2017) (Briggs y Hallin 2016), así como la *educación como práctica de libertad* (Freire 1974) como categorías centrales, las mismas que analizaremos más adelante. Dentro del contexto de la comunicación crítica en salud, tanto la salud como la comunicación son consideradas procesos complejos y multidimensionales. Por lo tanto, el desafío consiste en transformar la forma de pensar y abordar la salud, así como también la forma de pensar y abordar la comunicación.

Las políticas neoliberales han reconfigurado tanto la comunicabilidad como el mercado médico. La diferencia radica no sólo en el mero cambio de los mecanismos comunicativos, sino en las nuevas prolongaciones de las esferas de comunicabilidad. La creciente desigualdad social ha conducido a mayores desfases de capital simbólico y de acceso a las tecnologías comunicativas. Los regímenes neoliberales de “ajuste estructural”, en líneas generales, han concentrado aún más las áreas que se perciben como productoras de conocimiento médico [particularmente clínico-hospitalario y farmobiomédico] en Europa y los Estados Unidos, con alguna participación asiática. Esto significa que regiones y países enteros son relegados al estatus de receptores de conocimiento de autoridad, dependientes de las organizaciones internacionales (OMS, OPS, UNICEF, UNAIDS²⁰, etc.) y de las organizaciones no gubernamentales para su conexión con aquellas áreas de producción. Así, los países de la “periferia” mantienen una relación de comunicabilidad con las metrópolis similar a la de las poblaciones subalternas en el interior de aquéllos. Incluso cuando los sectores de salud en los “países periféricos” comparten las mismas epistemologías que las instituciones metropolitanas, o cuando han producido teorías y estrategias altamente sofisticadas -como la epidemiología crítica y la medicina social en Latinoamérica-, su estatus de comunicabilidad niega credibilidad a cualquier conocimiento que puedan producir (Briggs 2005, 113).

Siendo así, la sociedad y políticas neoliberales, determinan la salud, la comunicación, así como la comunicación en salud (incluida la comunicación visual). Es evidente que en la actualidad la imagen ha adquirido una importancia y una

²⁰ N. del T.: respectivamente, siglas de: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [United Children’s Fund], y Programa de las Naciones Unidas para el HIV/SIDA [United Nations Programme on HIV/AIDS].

responsabilidad sin precedentes, ya que implica un compromiso profundo en cuanto a la producción y el consumo, la conciencia social y la construcción de la cultura e identidad, tanto a nivel individual como colectivo. Por tanto, es importante pensar cómo juega la comunicación visual en nuestras vidas, profesiones y luchas. Tanto en lo que nos llega y las imágenes que consumo, como en las imágenes que produzco. Y dentro de este análisis poner en discusión algunas preguntas como: ¿Qué es la imagen, comunicacionalmente hablando? ¿Por qué es tan importante para posicionar un problema? ¿Por qué es tan importante para construir cultura y pensamiento? ¿Cuál ha sido el rol de la imagen como parte de un aparato comunicacional político y empresarial hegemónico? ¿Qué tipo de imagen es la que se privilegia y reproduce en la sociedad hiperneoliberal? ¿Qué tenemos que hacer para una construcción contra-hegemónica de una comunicación visual para la vida?

Para tal fin es importante que nos acerquemos al significado e intención de la imagen. De acuerdo con lo propuesto y para esclarecerlo, en el diccionario encontramos conceptos que nos hablan de representación, reproducción e imitación. En ese sentido, pensamos que la imagen no es solo reproducción sino “representación-construcción” en movimiento y, por lo tanto, no puede ser concebida como comunicación visual ahistórica, dominante, individual, lineal, instrumental, unidireccional, y bipolar. Aunque existan campos del conocimiento -como la radiología- en los que se necesita una imagen lo más idéntica posible a la realidad, como es el caso de los rayos X, esta no puede ser la constante (Breilh MJ 2018, 18). De ser así, “la relación entre los significados y los significantes no es de 'transformación' sino de 'registro’” (Barthes et al. 1970, 135) e imitación.

Entonces, para adentrarnos en este concepto, partamos de definiciones tradicionales de la imagen como la que encontramos en el diccionario de la Real Academia Española (Diccionario RAE 2023, párr. 1):

- f. Figura, *representación*, semejanza y apariencia de algo.
- f. Estatua, efigie o pintura de una divinidad o de un personaje sagrado.
- f. Ópt. *Reproducción* de la figura de un objeto por la combinación de los rayos de luz que proceden de él.
- f. Ret. *Recreación de la realidad* a través de elementos imaginarios fundados en una intuición o visión del artista que debe ser descifrada, como en las monedas en enjambres furiosos.

Estas nociones nos hablan de representación, reproducción, imitación, recreación de la realidad; inclusive comprenden la idea de intuición o visión del artista. Así también, es interesante ver que los términos en que se refieren a la imagen dependen de su procedencia. En Alemania, por ejemplo, la imagen es *bild*, cuyo significado remite más bien a construcción o formación (*bilden*: construir, crear, componer, conformar).

Pero, como hemos detallado en la primera parte de este escrito, para analizar y entender la comunicación visual en profundidad, y reconocer sus raíces sociales debemos incluir una mirada histórica y desde la determinación social²¹. Un paradigma complejo que incorpora una matriz social bajo la cual operan las relaciones sociales y comunicativas, con sus procesos culturales, económicos y políticos; así como los modos de vivir colectivos; los estilos de vida individuales; y las mediaciones y formas de comunicarnos. La formación de campos semánticos y semióticos está condicionada por la base material y social, como nos demuestra la palabra “*bild*”. Esta construcción implica una actividad intelectual que abarca procesos de percepción, selección, registro, interpretación y resignificación, así como la expresión de las emociones desde el sentir, lo que resulta muy interesante.

La *imagen* puede ser entendida como una representación de algo, lo cual implica la presentación a través de palabras y figuras de lo que la imaginación retiene, y a su vez, actúa como una forma de informar, declarar o referir. También puede considerarse como una idea que sustituye la realidad o como una reproducción de la misma. Sin embargo, para abordar la comunicación visual de manera crítica, es fundamental comprenderla como un proceso de construcción y formación. “La imagen como objeto de pensamiento, pero, a la vez, como operación del pensamiento” (Abril 2007, 49).

Esto se ve reflejado claramente en campos como la comunicación, la fotografía, el arte y el diseño gráfico. La imagen actúa como una representación-construcción y es más poderosa cuando está menos físicamente relacionada con su referente y más mediada por estructuras simbólicas. Los parámetros culturales, los valores que nos guían y el paradigma desde el cual se formula y se imagina la imagen, adquieren importancia para otorgarle un sentido semántico y semiótico, con el fin de informar de una cierta manera, declarar una visión de la realidad o referirse a una teoría desde cierta perspectiva. Incluso

²¹ La determinación social como concepto crítico de la sociedad está en los textos del pensamiento crítico europeo y latinoamericano desde el siglo XIX. La noción de determinación social ha sido planteada desde diferentes autores del pensamiento crítico social y se ubica en la matriz de la crítica a la noción liberal de la determinación individual de los hechos sociales. En el caso de la salud, fue planteada por Jaime Breilh.

en el caso del hiperrealismo, la exacerbación de un puntilloso objetivismo es una forma de representación (Breilh MJ 2018, 19-20). “En términos peirceanos ya no estamos hablando, obviamente, de la imagen como icono, primeridad, forma sensible, sino como símbolo, terceridad y mediación” (Abril 2007, 50).

No hay cultura contemporánea que no pase por lo visual, y la imagen posmoderna homogeniza y fragmenta los sentidos, así como refuerza ciertos estilos y modos de vida. Están ahí las imágenes que fortalecen ciertos estilos consumistas de las que nos habla Stuart Ewen (1991), que pertenece al dominio de los conductos individuales, o aquellos “modos de vida” colectivamente estructurados de los que nos habla Jaime Breilh, que abarcan una dimensión más amplia y una profundidad dialéctica.

En la mirada posmoderna la vista se va acentuando y es cada vez más poderosa. “No se trata de cualquier mirada que ha sido refinada por la tecnología [...] es una mirada estandarizada, racionalizada, calibrada para una búsqueda de indicios a través, justamente, de una visión de mundo muy precisa” (Le Breton 2009, 38). No es un mecanismo de registro; conlleva selección y acción. “[L]os efectos inducidos por la extensión tecnológica de la visión y de las facultades sensoriales en general, no son lineales ni unilaterales, sino extraordinariamente complejos, y siempre mediados por los cambios económicos, políticos e institucionales de las sociedades” (Abril 2007, 23).

Sin embargo, para examinar la realidad de manera más profunda, es necesario tener en cuenta tanto la visión del mundo como el sentir. En nuestra sociedad y cultura, caracterizada por el desperdicio, la desechabilidad y la fragmentación, a menudo prevalece un sentimiento frío, insensible, pragmático, morboso y desprovisto de compasión. Por esta razón, Perniola sostiene que hoy en día el sentimiento es más importante que el pensamiento y la acción. Sin embargo, es importante tener en cuenta que este sentimiento puede ser falso, ya que los objetos, las personas y los eventos a menudo son percibidos como algo que *ya se ha sentido* (Breilh MJ 2018, 58).

Lo ya sentido y lo ya hecho suprimen lo sentido y el hecho [...] Se exime al ser humano tanto de la participación como de la indiferencia, tanto de la sensibilidad como de la insensibilidad, se lo libera de la carga, del esfuerzo, de la responsabilidad, de la atención, de la elección, de la aplicación, para que no derroche la ingente cantidad de energías que se consume al sentir ni se pierda en el marasmo de objetos, personas y sucesos que pasan sin ser sentidos (Perniola 2008, 29).

Por ende, en tal *sentir de lo ya sentido*, el mercado de bienes simbólicos, las imágenes y representaciones, los medios audiovisuales y las nuevas tecnologías son la marca. Marca que es metáfora de las identidades líquidas; del individualismo y

consumismo extremos; de una realidad indefinida, que se presta a todas las adaptaciones. Y que, en esta cultura de lo *ya sentido*, se presenta desde una enorme oferta de videojuegos, redes sociales, películas digitales, que hacen todo más fácil e inmediato, además de más atractivo y espectacular, y que no te invitan a ver, pensar y sentir más profundamente.

Los filtros neuronales influyen en cómo procesamos, interpretamos y comprendemos la información, y tienen la capacidad de incrementar la resolución de las imágenes hasta convertirlas en hiperreales, lo que agrava la dificultad de la posmodernidad para diferenciar la realidad de la fantasía. La aplicación de estos procesos cognitivos y neuronales no solo limitan la capacidad de lectura y pensamiento crítico, sino que también refuerzan una sociedad pragmática, consumista, individualista, narcisista y obsesionada con el espectáculo. Esto, a su vez, promueve una adicción a las pantallas y dificulta que los nativos digitales, que se centran en lo audiovisual, mantengan su atención durante períodos prolongados o establezcan una conexión emocional más profunda. La imagen de la máquina es poderosa y genera fascinación; no importa su mensaje, la imagen misma vende más. Por eso se da una relación ambivalente y de dependencia entre el ser humano y la máquina. Tal fenómeno es terreno propicio para lo que Guy Debord (1995) denomina la “sociedad del espectáculo”. Sociedad que se empeña en una carrera interminable de un productivismo funcionalista, en un ritmo acelerado de instantaneidad y fluidez, lo cual es clave para sostener y acumular capital.

La sobreexposición de la realidad afecta la forma en que vemos y valoramos el mundo, lo que conduce a una redundancia de la imagen del espectáculo. “Hoy se trata de exhibirse [...] exhibir hasta las tripas, y el interior de sus tripas, e incluso el interior del interior” (Imbert 2010, 87). No basta con ver, sino verse y ser visto. Por eso, en la actualidad la línea demarcatoria entre el humor y lo grotesco es muy fina; aparece lo que se llama “tinelización de la cultura”²² y la supremacía de la estética sobre la ética.

Las imágenes digitales dan forma a una sociedad alienada y desconectada, que se plasma en las pantallas de televisión, iPads, celulares y otros medios, siguiendo modelos similares cuyo principal propósito es la mera diversión y el espectáculo, y donde la reflexión y la crítica no tienen lugar. Sociedad que se caracteriza por ser ecléctica y pragmática, degradando la vida y poniendo como su principal objetivo el consumo

²² Tal término se acuña en Argentina, haciendo alusión a Marcelo Tinelli y programas de alto rating como *Showmatch*, que presentan un circo montado sobre la base de peleas preparadas, escándalos, malas palabras, calumnias y pornografía “suave”. Tinelización como una crítica a la devastación cultural y social.

irracional (Breilh MJ 2018, 47). Las imágenes no solo transmiten significados y valores culturales, sino que también pueden influir en la formación de ideología e identidades. Son utilizadas para el fortalecimiento y reproducción de modelos consumistas, individualistas, clasistas, racistas, patriarcales y narcisistas que fomentan la alienación colectiva y limitan la reflexión crítica.

Precisamente, se requiere una representación visual desprovista de su contenido solidario y sumida en una lógica mercantil para facilitar la acumulación y concentración de capital, fortaleciendo así la modernidad del gran negocio. La visualidad también se relaciona con el género, la raza y la etnia, lo que legitima prejuicios y estereotipos. Las imágenes moldean las costumbres sociales con estereotipos que reproducen hasta las prácticas alimentarias de la población (47). El caso de la anorexia demuestra la relación entre la construcción mediática de la imagen del cuerpo y la aparición de conductas obsesivas que provocan la malnutrición y trastornos de la salud mental. Las *enfermedades de la imagen* permiten entender “cómo el mercado opera precisamente en cuerpos sanos y jóvenes, de quienes se sirve para poner en marcha un discurso basado en el consumo y [manipulación] permanente[s]” (Tillería 2020, 272-273).

Por ende, las grandes industrias culturales y la publicidad son un campo de análisis fundamental para entender cómo se desarrolla la imagen hegemónica en el hiperneoliberalismo. La publicidad no solo impulsa la circulación de mercancías y la reproducción del sistema neoliberal, sino que también construye significados y genera falsas necesidades. Como se ha señalado previamente, a través de la publicidad, se refuerza el mundo imaginario y se dificulta la capacidad del sujeto contemporáneo para distinguir entre la pseudoimagen (simulaciones y comunicaciones falsas) y la imagen “real”.

Es clara la influencia de la publicidad en nuestros actos, pensamiento, ideología e identidad. Manipulación que se relaciona a mecanismos de disciplina, vigilancia y control social como los que propuso Jeremy Bentham desde la estructura panóptica a fines del siglo XVIII. Que, al igual que el panóptico de Foucault de 1975, son dispositivos de poder, control y permanente vigilancia, que garantizan la pasividad y control total, además de la alienación. De esta forma, pasamos de la sociedad de la vigilancia a la *sociedad del control* planteada por Deleuze. Sociedad que nos controla a través del marketing, la publicidad, el branding, las deudas, los fármacos, el consumo televisivo, las redes sociales, el consumismo extremo y -sobre todo- la comunicación y la educación. Ese Gran Hermano que nos vigila y controla a través de algoritmos e inteligencia

artificial, al igual que en la novela política de ficción distópica, escrita por George Orwell (1984). Grandes corporaciones que son dueñas de nuestros perfiles, tarjetas de crédito, de la plusvalía que genera la explotación laboral a través de plataformas digitales y redes sociales, de la política, de la información; en definitiva, de nuestras vidas. Pero tal como señala Jaime Breilh (2015, 970), quedarnos en un análisis parcial de un *Estado Policial* es incompleto. Necesariamente debemos conectarlo a un “capitalismo acelerado de acumulación salvaje y que tiende a un control omnipresente [...] período que tiene su base material en la confluencia de los tres mecanismos de aceleración: la convergencia de tecnologías que aceleran y abaratan la extracción de plusvalor; el despojo fraudulento de recursos vitales; y el aprovechamiento oportunista de los estados de shock social” (Breilh 2015, 970).

Así también, este sistema acelerado de acumulación de capital genera un consumismo desmedido, promovido por la publicidad, que se encuentra vinculado a un individualismo extremo como forma de vida. Pasolini, el escritor, poeta y director de cine italiano, señala que esto constituye una nueva forma de fascismo, uno que no necesita recurrir -necesariamente- a la fuerza o la represión para imponerse. Oligopolios y corporaciones dominan la industria, inundándola con formas y significados tanto materiales como simbólicos. En ocasiones, ni siquiera se requiere el uso real; simplemente se trata de la compulsión por adquirir. El consumo excesivo se ha desvinculado de las necesidades básicas y se ha transformado en un modo de vida, un estilo de vida que contribuye a construir nuestra identidad, reafirmando quiénes somos. Es así como el *american way of life* inunda el mundo entero, dejando una huella cada vez más profunda.

En ese sentido, otro tema importante al desarrollar comunicación crítica en salud, es no seguir utilizando términos y lógicas empresariales. Si se quiere un accionar emancipador e integral, corresponde dar un salto cognitivo con relación a las categorías utilizadas en el diseño gráfico de corte empresarial. Parar de usar conceptos ligados a la publicidad y al marketing, como el *branding*; término utilizado en mercadotecnia que se refiere al proceso de construir marcas dentro de una praxis corporativa. Desgraciadamente, inclusive en sectores progresistas y organizaciones sociales, se siguen utilizando los mismos conceptos ligados al mercadeo y la publicidad. Así, la marca y el branding suplantando la vida, y la sociedad neoliberal no deja espacios para el desarrollo y la práctica de una comunicación visual fuera del campo comercial y empresarial.

Para hacer comunicación crítica en salud, no podemos abordar las luchas, sueños y praxis desde lo comercial, en desconexión con la realidad profunda. El marketing y la publicidad no hablan de educación, ni de pedagogía; mucho menos de transformación y emancipación. Su objetivo es esencialmente mercantil (acumulación de capital) e individualista (hiperconsumista), además de tecnocrático y burocrático. No tiene que ver con valores, imaginarios; con el derecho a la comunicación y, mucho menos, con el derecho a la salud, a la justicia y a la equidad. A la publicidad le interesan temas como: ganancia, impacto, rating, targets, espectáculo, consumidores y marketing.

Por ello es importante contar con una comunicación crítica, participativa y comunitaria, enfocada en la economía política, así como el deber democrático y ético de la pedagogía, la comunicación y la salud críticas. Educación popular y cultura pensadas desde la perspectiva de Paulo Freire, quien propone la *educación como práctica de libertad* y una *pedagogía de la pregunta* (Freire y Faundez 2013).

Ciertamente, Paulo Freire demuestra como la acción educadora debe ser de comunicación y no de “domesticación”, si se quiere llegar al ser humano concreto no al ser abstracto; es decir, ser que hace parte de una realidad histórica. Y, al referirse a esta realidad, señala que no puede ser vista como “algo detenido, estático, dividido y bien comportado” (Freire 2005, 65). O a “[c]ontenidos que sólo son retazos de la realidad, desvinculados de la totalidad en que se engendran y en cuyo contexto adquieren sentido. En estas disertaciones, la palabra se vacía de la dimensión concreta que debería poseer y se transforma en una palabra hueca, en verbalismo alienado y alienante” (66).

La educación como práctica de la libertad, al contrario de aquella que es práctica de la dominación, implica la negación del [ser humano] abstracto, aislado, suelto, desligado del mundo, así como la negación del mundo como una realidad ausente de los [seres humanos]. La reflexión que propone, por ser auténtica, no es sobre este [ser humano] abstracción, ni sobre este mundo sin [ser humano], sino sobre los [seres humanos] en sus relaciones con el mundo. Relaciones en las que conciencia y mundo se dan simultáneamente. No existe conciencia antes y mundo después y viceversa (81).

La *educación como práctica de libertad* (Freire 1974) y su *dialogicidad*²³, es fundamental para una comunicación crítica en salud ya que no rompe la relación

²³ Al intentar un adentramiento en el diálogo, como fenómeno humano, se nos revela la palabra: de la cual podemos decir que es el diálogo mismo. Y, al encontrar en el análisis del diálogo la palabra como algo más que un medio para que éste se produzca, se nos impone buscar, también, sus elementos constitutivos. Esta búsqueda nos lleva a sorprender en ella dos dimensiones -acción y reflexión- en tal forma solidarias, y en una interacción tan radical que, sacrificada, aunque en parte, una de ellas, se resiente inmediatamente la otra. No hay palabra verdadera que no sea unión inquebrantable entre acción y reflexión y, por ende, que no sea praxis. De ahí que decir la palabra verdadera sea transformar el mundo (Freire 2005, 89).

pensamiento-lenguaje-contexto o realidad. “Las codificaciones, por un lado, son la mediación entre el 'contexto concreto o real' en que se dan los hechos y el 'contexto teórico' en que son analizadas; por otro, son objeto cognoscible sobre el cual los educadores-educandos, como sujetos cognoscentes, inciden su reflexión crítica” (Freire 2005, 126). A este respecto, la *pedagogía del oprimido* es valiosa, ya que disminuye distancias y conserva esta forma de *estar siendo*²⁴. “[L]a educación se rehace constantemente en la praxis. Para ser, tiene que estar siendo” (84).

Lo que puede y debe variar, en función de las condiciones históricas, en función del nivel de percepción de la realidad que tengan los oprimidos, es el contenido del diálogo. Sustituirlo por el antidiálogo, por la esloganización, por la verticalidad, por los comunicados es pretender la liberación de los oprimidos con instrumentos de la “domesticación”. Pretender la liberación de ellos sin su reflexión en el acto de esta liberación es transformarlos en objetos que se deben salvar de un incendio. Es hacerlos caer en el engaño populista y transformarlos en masa maniobrable (59).

La posibilidad de este diálogo horizontal e intercultural sólo puede darse en igualdad de condiciones y desde un ejercicio respetuoso y fraterno que resignifica la vida, la dignidad, el aprendizaje mutuo y la autodeterminación. Desafortunadamente, la comunicación está -constantemente- inmersa en prácticas de racialización, exclusión, marginalización, y manejos disciplinarios de dominación. Por eso es necesario un proceso comunicativo que no es dominante, lineal, instrumental, mecanicista, jerárquico, unidireccional, clasista, ahistórico, patriarcal. Al contrario, debe ser dialéctico, emancipador, integral, proyectual, descentralizado, multidimensional, intercultural, no utilitario, participativo, transdisciplinario, descolonizado, antipatriarcal. Por ello, tal diálogo debe darse desde “[...] un profundo amor al mundo y a los [seres humanos]. No es posible la pronunciación del mundo, que es un acto de creación y recreación, si no existe amor que lo infunda [...] Siendo el amor fundamento del diálogo, es también diálogo” (91).

El diálogo es este encuentro de los [seres humanos], mediatizados por el mundo, para pronunciarlo no agotándose, por lo tanto, en la mera relación yo-tú [...] Si diciendo la palabra con que al pronunciar el mundo los [seres humanos] lo transforman, el diálogo se impone como el camino mediante el cual ganan significación en cuanto tales. Por esto, el diálogo es una exigencia existencial [...] Tampoco es discusión guerrera, polémica, entre dos sujetos que no aspiran a comprometerse con la pronunciación del mundo ni con

²⁴ No se puede desconocer a los [seres humanos] como seres históricos [...] Es por esto por lo que se los reconoce como seres que están siendo, como seres inacabados, inconclusos; en y con una realidad que siendo historia es también tan inacabada como ellos (Freire 2005, 83).

la búsqueda de la verdad, sino que están interesados solamente en la imposición de su verdad (91).

Y tal dialogicidad intercultural no puede ser concebida solamente entre seres humanos, sino junto a otras expresiones de comunicación, al igual que sentimientos desde el *corazonar*²⁵. Así pues, se genera una comunicación profunda “[...] con los pájaros, con las ranas, con las mariposas, con los colibrís, con el tiempo, con el sol, con la laguna, con las montañas, con las estrellas; en definitiva, con la *Pachamama*” (Pacha Cabascango 2018, entrevista personal).

Desde la matriz colonial de poder, así como se dominó, silenció, subalternizó seres humanos, conocimientos y prácticas de vida; se hizo lo mismo con la afectividad, con las emociones, con la espiritualidad, pues éstas negaban la hegemonía de una racionalidad que ve al mundo y la vida como objetos de dominio, por tanto, no había espacio para ellas; por eso, la afectividad y la espiritualidad fueron excluidas de la academia, pues construir un saber disciplinario instrumental al poder, demandaba, la negación de la ternura y del sentido sagrado de la vida (Guerrero 2014, 3).

De la mano con esa profunda comunicación dialógica, la justicia comunicativa en salud (Briggs 2005) adquiere relevancia al abordar de manera crítica la inequidad en salud, demandando derechos y una democratización, tanto en el acceso a la salud como en los sitios de producción del conocimiento. Reconociendo que la salud no es simplemente el resultado de procesos biológicos, sino de su determinación social (Breilh 2003), pero -además- relacionándola a cómo se comunica la salud en la sociedad contemporánea. Comunicación en salud que debe ser construida en territorio, junto con la sabiduría, necesidades y demandas de las comunidades, desde procesos más equitativos, horizontales, justos y dialógicos. Es decir, una comunicación social y culturalmente más profunda y respetuosa de las diferentes formas en que el colectivo y las personas piensan, sienten y demandan la salud. Comunicación en salud no lineal, justa y equitativa, que es conocedora de la realidad profunda, y respetuosa de ella y que, por lo tanto, disputa el derecho a la salud e incide en su avance y transformación epistemológica, metodológica y de praxis.

Para entender la justicia comunicativa en salud, se propone un marco conceptual basado en dos neologismos: biocomunicabilidad y biomediatización (Briggs y Hallin

²⁵ El *corazonar* como respuesta emancipadora a la colonialidad del poder, saber y ser; desde sabidurías insurgentes o sabidurías del corazón y la existencia. *Corazonar* que busca desplazar el centro hegemónico de la razón para poner primero el afecto, pero no por ello negar la razón, sino romper su hegemonía (Guerrero 2014, 99).

2016, 9). La *biocomunicabilidad*, término planteado por Charles Briggs, se refiere a “un poderoso modelo cultural [centrado en una mirada biomédica de la salud] que proyecta quién produce el conocimiento científico y médico, cómo circula y quién debe recibirlo” (Briggs y Hallin 2016, 24). Tiene que ver con un “modelo fuertemente normativo que indica cómo debe circular el conocimiento en salud, así como los roles que deben jugar diferentes tipos de actores en ese proceso, en el cual los médicos y los investigadores biomédicos se presentan como fuentes autorizadas de información” (8). Aunque, “el modelo de autoridad médica no es el único modelo de biocomunicabilidad presente en las noticias de salud, ya que compete y se combina con otros modelos” (8). La biocomunicabilidad tiene que ver con la forma en que los conceptos médicos y las prácticas terapéuticas se transmiten, reciben y conocen a través de diferentes contextos sociales y culturales. Lógicas médicas que parten de un enfoque reduccionista, individual, funcional, clínico-hospitalario y farmobiomédico de la salud. La biocomunicabilidad es la interacción entre tal mirada de la salud y la comunicación. “Se basa en la literatura sobre 'biopolítica' de Foucault-1997, la 'biosocialidad' de Rabinow-1992, y la 'biomedicalización' de Clarke et al.-2003” (46-47).

La *biomediatización* implica cómo la mirada biomédica de la salud y los medios de comunicación han llegado a dominar la forma en que se piensa y se habla sobre la salud. Involucra “la operación simultánea de dos procesos que, superficialmente, podrían parecer mutuamente excluyentes, y cuya relación ciertamente ha sido poco explorada: la mediatización y la biomedicalización” (9). Esto ha creado una cultura de la salud que enfatiza en la medicalización de los problemas de salud y la idea de que la única forma válida de pensar, investigar y accionar la salud es desde una mirada farmobiomédica, individual y cartesiana. Asimismo, considera a la atención médica un bien consumible y de elección individual, por sobre la salud colectiva y las políticas de salud más amplias. De la misma manera, se refiere a la forma en que la información médica se transmite y se recibe a través de los medios de comunicación, que a menudo simplifican un proceso complejo como la salud, presentándola en un formato de “fácil entendimiento”, puramente biomédico y mercantil (publicitario y desde el espectáculo). Es decir, la salud como mercancía.

La biomediatización no se trata solo de la producción de artículos, transmisiones, sitios web y tweets, es decir, cosas que están contenidas en la esfera de “los medios”; nociones básicas de salud, enfermedad, ciudadanía, inmigración, categorías étnico-raciales y del “estado” también se están construyendo en el proceso (13) [...] Nuestro enfoque principal, sin embargo, no es el efecto de los medios en el comportamiento

individual, sino su papel en la constitución y circulación de la comprensión pública de la salud y la medicina; y para ello, los diarios y la televisión, incluidas sus versiones digitales, las secciones de comentarios en línea y la integración con las redes sociales, permanecen en el centro del análisis (15).

Por lo tanto, el pensamiento y categorías planteadas por Charles Briggs y Daniel Hallin -justicia comunicativa en salud, biocomunicabilidad, biomedicalización y biomediatización-, son de suma importancia para entender y alcanzar una comunicación crítica en salud. Estas herramientas conceptuales nos permiten abordar de manera crítica y reflexiva las problemáticas que enfrenta el campo de la salud, y nos ayudan a identificar las inequidades y desigualdades presentes, tanto en la comunicación como en la salud. Además, nos invitan a repensar la relación entre la biomedicina, la sociedad, el ambiente y la cultura, y a pensar en la influencia que tienen las formas de comunicación en la configuración del pensamiento, las prácticas y políticas en salud (Briggs y Hallin 2016).

El concepto de *biomedicalización*²⁶ se refiere al fenómeno en el que la biomedicina, principalmente la biología molecular y la genética, se ha convertido en la piedra angular de la medicina moderna. Este proceso ha llevado a un enfoque biomédico, lineal, individualista y positivista de la salud, que -por supuesto- es apoyado por grandes corporaciones e industrias farmacéuticas, ya que constituye una poderosa herramienta del capitalismo. La biomedicalización y la *biomediatización* están íntimamente relacionadas y es esencial comprender ambas para distinguir cómo la comunicación y la publicidad contribuyen al proceso de biomedicalización de la salud. La biomediatización se refiere al papel que juegan los medios de comunicación, la publicidad y la mercadotecnia en la promoción y adopción del discurso y la práctica de la biomedicina como enfoque predominante. Esto desvía la atención de las causas estructurales de la salud y la enfermedad, fortaleciendo la influencia de las grandes corporaciones e industrias farmacéuticas en la salud pública (Briggs y Hallin 2016, 211-213).

Puede verse claramente el entrelazamiento de la biomedicalización y la mediatización [...] ya que los medios de comunicación asumen el papel, no de transmitir pasivamente información de las autoridades biomédicas, sino de negociar activamente

²⁶ Adele Clark et al. (2003) trazan un cambio aproximadamente a mediados de la década de 1980 desde la medicalización, la creciente extensión de las prácticas médicas y formas de autoridad en esferas más amplias de la vida (Zola 1972), a lo que denominan *biomedicalización*. Este término describe la mayor interpenetración de la biomedicina en otras estructuras sociales, como la industria, el estado y los medios de comunicación, el papel cada vez más central de la ciencia y la tecnología, la proliferación y diversificación de los flujos de conocimiento biomédico a través de canales públicos, y este proceso 'influencia sobre las identidades y los modos de autoconstrucción (ver también Rose 2007). Su amplia discusión sobre las "Transformaciones de la información y la producción y distribución de conocimientos" apunta a la centralidad de las prácticas y tecnologías comunicativas y relacionadas para constituir, no solo representar, objetos y sujetos biomedicalizados (Briggs y Hallin 2016, 3-4).

entre construcciones en competencia del conocimiento biomédico, negociando los límites entre la biomedicina y otras formas de conocimiento, y representar y abogar por la biomedicina con los múltiples públicos a los que se dirigen (Briggs y Hallin 2016, 101). [Es así como se genera una] creciente colonización de otras esferas sociales por parte de “los medios” y la “medicina” (205).

Este proceso ha cambiado la forma en que se piensa la salud, así como la manera en que se generan sus políticas (Briggs y Hallin 2016, 3-4). Antes, la medicalización implicaba la idea de que los problemas de salud podían ser tratados por la medicina y por los médicos, y que la responsabilidad del cuidado de la salud estaba principalmente en manos de los profesionales de la medicina. Sin embargo, la biomedicalización “implica un alejamiento del médico individual como actor principal hacia científicos de investigación, instituciones a gran escala del complejo biomédico-industrial (particularmente corporaciones farmacéuticas) y una multiplicidad de sitios mediados, incluidos sitios web, boletines electrónicos, y las redes sociales, así como ‘los medios tradicionales’” (30). En otras palabras, la ciencia de la investigación y las industrias farmacéuticas se vuelven más poderosas en comparación con los médicos a nivel individual (10). Este enfoque tiene un gran impacto en la manera en que se abordan los problemas de salud. Por un lado, ha permitido importantes avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y ha llevado a la aparición de nuevas terapias y medicamentos altamente especializados. Por otro lado, conduce a una visión positivista, cartesiana y reduccionista de la salud, en la que se ignora su complejidad y multidimensionalidad. Además, la biomedicalización lleva a una mercantilización de la salud.

Los sociólogos y antropólogos de la medicina han presentado argumentos sobre la biomedicalización que son paralelos en muchos sentidos al trabajo de estudios de medios sobre la mediatización, centrándose en una expansión de la influencia social y cultural de la biomedicina. Las lógicas médicas han penetrado en otras esferas; hemos llegado a pensar en la alimentación, el ocio, el sexo y la educación en términos biomédicos. En la superficie, la mediatización y la biomedicalización parecen contradecirse, y surge una pregunta interesante sobre cómo se cruzan: ¿los medios son colonizados por un campo biomédico cada vez más poderoso, o la biomedicina es penetrada y colonizada por los medios? [...] La mejor pregunta no es qué esfera tiene más poder, sino cómo la compleja interpenetración de los medios y la medicina ha remodelado cada dominio (10).

Esto resalta la necesidad de establecer una comunicación en salud alternativa e integral a través de medios de comunicación independientes y comunitarios. Estos medios requieren la participación de grupos de investigación formados por comunicadores, epidemiólogos, geógrafos, educadores, productores agroecológicos, la comunidad, entre

otros. Es decir, colectivos transdisciplinarios e interculturales que adopten enfoques críticos como la *justicia comunicativa en salud* (Briggs 2005), la *determinación social de la salud* (Breilh 2003) y la *educación como práctica de libertad* (Freire 1974), así como una teoría crítica de la comunicación. Además, en el ámbito de la imagen, es relevante considerar perspectivas como el *paradigma crítico del diseño de comunicación visual* (Breilh MJ 2018). De esta forma, se pueden construir tejidos de comunicación alternativa que, desde una visión liberadora y solidaria de medios comunitarios, así como de asociación en red, compartan recursos, metodología, programación, procesos de formación en teoría crítica desde distintos campos. Un ejemplo, entre muchos que se podrían mencionar, es la *Escuela de Comunicación Crítica y Comunitaria*, que se concibió desde el Comité Nacional de Agricultura Familiar Campesina Comunitaria del Ecuador, el CILABSalud y el programa Andina EcoSaludable de la Universidad Andina Simón Bolívar.

Además de otros procesos formativos cuyo objetivo es promover el desarrollo de habilidades teórico-metodológicas y contribuir al fortalecimiento y promoción de la salud colectiva. Iniciativas que, asimismo, comprenden un análisis más detallado desde disciplinas como: epidemiología crítica; inequidad, género y salud; comunicación crítica; geografía crítica; interculturalidad; y toxicología crítica. Procesos que inciden en política pública y promueven una salud integral del sistema agroalimentario en Ecuador. Todo lo anterior basado en la determinación social de la salud y los principios de las 4S de la vida (Breilh 2003, 2019, 2021, 2023). Iniciativa permanente que lleva a cabo el CILABSalud y el programa Andina EcoSaludable, en colaboración con diferentes instituciones, universidades y organizaciones en cada etapa. Como muestra, se trabajó de la mano con la Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES, al igual que con el Pueblo Kayambi, el Movimiento Cantonal de Mujeres de Cayambe, la Asociación Buen Vivir de Pedro Moncayo, el GADIP-C, y los productores agroecológicos de banano de ASOPROLIFLO. De igual forma, conjuntamente con FIAN Ecuador y la Red de Mujeres Rurales, se realizó el curso-taller de formación y actualización “Nueva perspectiva sobre el derecho a la salud en la agricultura de la vida”.

Es así como, la comunicación crítica y el impulso de medios de comunicación independientes y comunitarios resultan esenciales para el desarrollo, fortalecimiento e incidencia en este tipo de procesos relacionados con una mirada integral de la salud. Medios que funcionan desde una lógica no mercantilista, cooperativa y descentralizada; cuya base es participativa y, por lo tanto, dan entrada a diversas voces y formatos (radio,

video, redes sociales, diseño de comunicación visual²⁷), incorporando contenidos interculturales y más locales. Es decir, que no siguen la misma agenda o lógica de los medios convencionales o privados. Para ello es importante formar comunicadores desde “una visión metacrítica, que rebasa la 'lógica del pico del iceberg' (burbuja cartesiana), para incorporar una mirada transdisciplinaria e intercultural que se construye a tono con las relaciones sociales, de género y etno-culturales” (Breilh, comunicación personal). Y, en referencia a la comunicación en salud, como hemos insistido, comunicadores con un conocimiento profundo de la salud colectiva, así como médicas, epidemiólogos o promotores de la salud con conocimiento de una teoría crítica de la comunicación en salud.

En definitiva, planteamos que en un mundo plagado de *imágenes mercancía*, sin un fondo ni un sentido social y cultural, cuyo fin es -principalmente- la aceleración de un hiperneoliberalismo cada vez más injusto e inequitativo, es preciso caminar hacia una comunicación de resistencia y resiliencia. Una comunicación visual que construya un contenido y discurso emancipador.

2.3. Paradigma crítico del diseño de comunicación visual²⁸

En la sociedad contemporánea, el paso de la comunicación visual hacia un *paradigma crítico del diseño de comunicación visual* no es simple. Tradicionalmente, el diseño es visto como un campo técnico-pragmático, concerniente únicamente a lo estético o al consumo; del lado de las artes o, mucho peor, de la mercancía, dejándose de lado el estudio, pensamiento y praxis en el campo filosófico, económico, cultural y político. Tal “[...] perspectiva sociosemiótica, cultural y crítica, en negativo, supone reconocer las

²⁷ Más adelante explicaremos por qué llamarlo *diseño de comunicación visual* y no simplemente diseño gráfico.

²⁸ ***Propuesta teórica y metodológica de la autora*** (Breilh MJ 2018, 51- 59), que aterriza en una ***matriz de análisis crítico de la imagen*** como herramienta de acción. Como sabemos, una matriz es el enlace entre el análisis de una postura social y ética, así como una adherencia social en un espacio sociohistórico concreto que recurre a elementos de contenido y forma adecuados. De ahí que esta matriz de análisis crítico de la imagen lo que busca es redefinir e integrar para transformar. En ese sentido, para transformar la imagen, hay que conocerla en profundidad, distinguir cómo se la construyó y aprender a mirarla. El objetivo de esta matriz no es meramente formal o de un análisis técnico de la imagen, algunas de sus categorías no se basan en la composición visual física observada, sino en elementos sociales y culturales que están por detrás. De ahí que, para analizar cualquier pieza de diseño gráfico utilizando esta matriz, necesariamente, debemos realizar una investigación más profunda de la misma (Breilh MJ 2018, 89-102).

limitaciones de un análisis formal y puramente 'inmanentista'²⁹ del texto visual” (Abril 2007, 19).

Lo que es importante distinguir -para implementar un paradigma crítico del diseño de comunicación visual, como de cualquier otro campo del conocimiento- es que la perspectiva asumida debe integrar el análisis de lo epistemológico y de las formas socioculturales, con la base material e histórica que las posibilita y sustenta. Es decir, en este caso, una base teórica crítica del diseño, de la cultura, de la sociedad, de la comunicación y de la salud.

En el caso de la comunicación e imagen críticas, dicha base teórica se fundamenta en las aportaciones de los distintos autores y períodos de la Escuela de Frankfurt, el constructivismo crítico, el marxismo, la teoría poscolonial, los saberes emancipadores desarrollados por los pensadores de pueblos y nacionalidades indígenas, afro, montubias, amazónicas, entre otras. Y, específicamente, proponemos integrar o complementar tres enfoques: Primero, el llamado “arte de la crítica” de Michel Foucault, que define el abordaje crítico como el proceso de de-construir y reinventar, interrogar y cuestionar las ideas dominantes, explicar la subyugación implícita en los actos del saber y descubrir un mecanismo de *desubyugación*, así como el coraje de abrir los límites de lo que puedo llegar a ser (Lotringer 1997, 23-81). Segundo, el análisis sociológico de Pierre Bourdieu que incluye lo simbólico entre las formas de poder, distinguiendo el capital económico (tierra, fábricas, bienes), del capital social (conjunto de relaciones sociales), del capital cultural (consumos refinados, reconocimientos académicos) y del capital simbólico; todos finalmente constituyendo el capital global. Para nuestro análisis, el poder simbólico es esencial ya que es ese poder invisible el que ejerce formas de violencia simbólica que generan estructuras mentales y formas de percepción y de pensamiento, de manipulación, que las clases dominantes instauran en los dominados (colonización mental). Para Bourdieu el lenguaje es un instrumento de comunicación, pero también de poder (Bourdieu 1989).

En tercer lugar y como fue mencionado previamente, al buscar una forma de ligar los procesos más amplios, estructurales, de la sociedad, con los procesos más específicos, culturales y simbólicos, acogemos la teoría de la *determinación social de la salud* de

²⁹ La inmanencia es el ente intrínseco de un cuerpo; en filosofía se califica a toda aquella actividad que pertenece a un ser, cuando la acción perdura en su interior, cuando tiene su fin dentro del mismo ser. Se opone por lo tanto a la trascendencia (Wikipedia 2023. Accedido 26 de abril. <https://es.wikipedia.org/wiki/Inmanencia>).

Jaime Breilh, que si bien fue concebida para entender la salud, nos asiste para desentrañar las relaciones entre los procesos de la dimensión general (sociedad: sistema, acumulación de capital, relaciones políticas y culturales; metabolismo sociedad-naturaleza), con los procesos particulares socio culturales de los estamentos constitutivos (clases/grupos: modos de vivir y vulnerabilidad bajo relaciones de clase, género y etnia-raza), y con los procesos individuales (individuos: estilos de vida y condiciones psicológicas y biológicas; “embodiments”), su reproducción social y metabolismo con la naturaleza (Breilh 2003, 2015, 2018, 2021).

En el caso de la comunicación visual estas dimensiones interdependientes nos permiten entender la lógica de un sistema productivo que refuerza la construcción de una imagen hegemónica inscrita en la mirada de una modernidad capitalista, colonial y patriarcal, que no se da en un vacío ecológico y social, y que está ligada al mercado (acumulación de capital) y sus relaciones de poder. Una comunicación visual que debe ser entendida desde contextos sociohistórico-territoriales. Igualmente, el hecho de que las grandes corporaciones cooptan y son dueñas del espacio de la comunicación e información en todo el mundo.

Como venimos insistiendo, un paradigma crítico del diseño de comunicación visual debe partir de la determinación social de la imagen y de una nueva estética. Es decir, el tomar en cuenta elementos sociales, ambientales y culturales, sin los cuales los elementos estéticos y comunicacionales pierden consistencia y capacidad de incidencia y transformación.

De igual forma, es necesario ubicar la particularidad de los diversos paradigmas del diseño gráfico en correspondencia con el pensamiento crítico en comunicación, para así entender con mayor profundidad una configuración socio-histórica de la imagen - atravesada por la cultura, las estructuras de poder y las mediaciones- y, por lo tanto, fortalecer un camino hacia un diseño de comunicación visual *otro*, reconocido y pensado

desde su función social e histórica: emancipador, inclusivo, respetuoso, humano; que genere desarrollo -desde el “bien vivir”³⁰- y conciencia social³¹.

Entonces, ¿por qué *diseño de comunicación visual* y no simplemente diseño gráfico? Joan Costa, al proponer una sociología crítica del diseño, asevera que el diseño gráfico no es un adorno sino una actividad mediadora que tiene que ver con la configuración de la cultura, del ambiente, de la comunicación, y del entorno social de una sociedad (Costa 2014, 89).

En este sentido, el diseño es una actividad mediadora que tiene mucho que ver con la configuración del entorno artificial y constituye un elemento significativo de sus interacciones con los individuos y la sociedad. En la medida que la esencia del diseño es el impulso proyectual y creativo orientado hacia un fin determinado, su influencia en nuestros actos, nuestra mente y nuestra conducta puede llevarnos a lo mejor y a lo peor. A la mejora de nuestro hábitat, a la resolución de problemas y a la mayor calidad de vida. O bien a la manipulación y al control social (89).

Su característica proyectual tiene un objetivo determinado, así como una intencionalidad de comunicar. Es un sistema semiótico y semántico de lenguaje y, por lo tanto, comunica; no sólo imita o representa, también informa y transforma; transmite y construye significados. De ahí la importancia en llamarlo diseño de comunicación visual desde un paradigma crítico.

El sustantivo “diseño” y el adjetivo “visual” [...] no pueden dar respuesta a la pregunta sobre la especificidad del diseño gráfico. Si todo producto de diseño, en tanto que existente, es visual, la palabra clave que lo define es, pues, comunicación. Que al mismo tiempo es “acto de contacto” y “medio de transmisión de información” que va del mensaje al individuo [o a una colectividad] (93).

Asimismo, nos preguntamos ¿por qué la necesidad de desarrollar un *paradigma crítico del diseño de comunicación visual*? Como hemos expuesto, la comunicación visual está circunscrita en relaciones de poder, así como una base material y paradigma que predominan en una sociedad. Justamente, un análisis de este tipo requiere que

³⁰ [Se propone] avanzar la noción de bienestar a la de *modos de vivir saludables*, o más claramente aún, a la construcción y adopción intercultural de la categoría kichwa “sumak kawsay” que consta en la cosmovisión indígena de los pueblos andinos y que traducimos como bien vivir. El bienestar pleno, o mejor, el bien vivir, comprende tanto recursos materiales indispensables básicos como condiciones espirituales culturales -ligadas a las condiciones mencionadas- necesarios para producir un sentido colectivo e individual, sustentable y de apoyo, psicológico y espiritual del bienestar [...] Para trascender la connotación psicológica individual predominante del bienestar desde una perspectiva epidemiológica holística, necesitamos ir más allá del bienestar individual relacionado con la satisfacción empíricamente definida (Breilh 2021, 119-123).

³¹ Tal análisis fue realizado en nuestra tesis de maestría: “De lo comercial a lo social. Desafíos del diseño gráfico y la comunicación. Análisis de dos instituciones de nivel superior en Quito” (Breilh MJ 2018, 23 - 61).

abordemos dichas relaciones, siendo indispensable aclarar qué es lo que queremos decir cuando hablamos de una postura crítica en el conocimiento que, como hemos dicho, parte de la determinación social de la salud y las 4S de la vida.

El movimiento de la determinación social del conocimiento y la comunicación visual se produce en el Estado³² y sus relaciones de poder. Es en los espacios del gobierno, las comunidades y la academia, donde se generan y reproducen las distintas formas de comunicación visual, según las posibilidades, condiciones e intereses estratégicos que las caracterizan. La base de ese movimiento es la praxis comunicativa que se concibe, implementa y ejerce en dichos espacios según los intereses estratégicos que priman en los mismos; en el gobierno, las empresas, las comunidades y movimientos sociales, y la academia e institutos especializados. Por esa vía se generan distintas formas de poder simbólico comunicativo que tienen que ver con la gobernanza, la productividad, la construcción contra-hegemónica y el conocimiento. Es decir, las formas y relaciones de praxis comunicativa se dan en cada espacio social, según un movimiento dialéctico entre los sujetos, objetos que actúan en cada escenario (MJ Breilh 2018).

El movimiento entre el(los) sujeto(s) del conocimiento y praxis comunicativa que buscan conocer y actuar sobre objeto(s) comunicativo(s) se establece gracias a ciertas mediaciones. En este movimiento, el objeto comunicacional abarca los fenómenos comunicacionales que se producen en cada uno de dichos espacios, considerando también su relación con el Estado en general. El sujeto comunicacional comprende los conceptos e ideas con los que los sujetos sociales involucrados comprenden y transforman el objeto. Y la praxis entendida como el conjunto de acciones comunicativas que requieren impulsar cada uno de estos actores sociales desde sus espacios y en relación con la sociedad en general (2018).

Tal accionar, desde una mirada crítica -como hemos insistido a lo largo de todo este escrito- debería darse en una construcción transdisciplinaria, intersectorial e intercultural, para ser más efectivo. En la comunicación visual la estructura simbólica se da a través de la imagen que puede ser concebida como representación, reproducción e imitación o la categoría que se propuso anteriormente: representación-construcción de la realidad. Dicha estructura y el poder simbólico que la expresa, genera distintas formas de conocimiento y comunicación, a su vez mediadas, tanto por un pensamiento racional

³² El Estado es el espacio en que se desarrollan, organizan las relaciones de poder. El gobierno con su aparato administrativo y de las fuerzas del orden, es el espacio del Estado donde se ejerce el poder político resultante de la correlación de fuerzas del Estado en su conjunto.

como por las emociones y el senti-pensar. Todo este proceso, en la sociedad de consumo, promueve imágenes hegemónicas, pero, también, permite un margen de lo que Marx llama autonomía relativa y la posibilidad de generar imágenes de resistencia y resiliencia desde espacios *otros* (2018), tal como se representa en el gráfico a continuación (Gráfico 5):

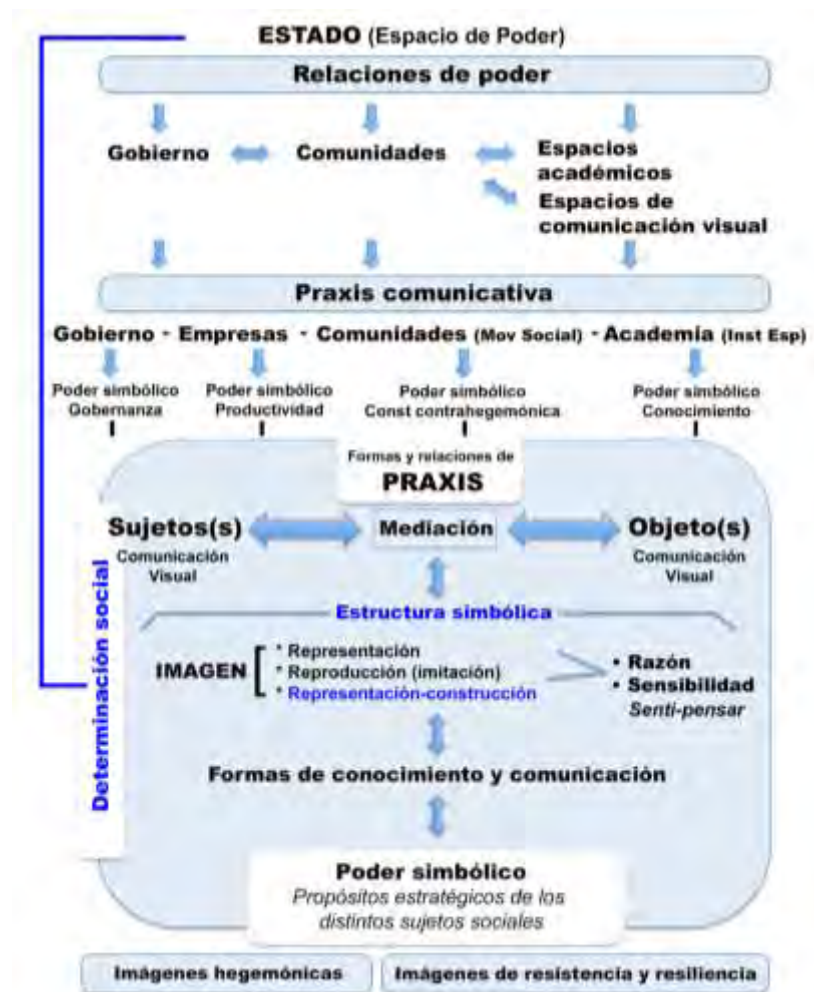


Gráfico 5 El movimiento del conocimiento y la comunicación visual

Fuente: elaborado en base a la teoría de la Determinación Social de la Salud de Jaime Breilh

Elaboración propia

Esta aproximación nos ayuda a trabajar la comunicación visual como proceso socialmente determinado, y relacionar las expresiones particulares de la misma en grupos y escenarios específicos de la vida social, de sus grupos e individuos con las condiciones más amplias de la reproducción social de una sociedad en su conjunto. En el caso de la comunicación en salud, la categoría de la reproducción social nos permite “entender cómo se generan las formas de salud, sus componentes favorables o saludables, tanto como sus

procesos malsanos, todos los cuales conforman una modalidad de determinación de salud” (Breilh, comunicación personal).

El abordaje desde la determinación social de la imagen, en sintonía con una corriente pedagógica que profundice en esa línea, nos permite una aproximación crítica, así como una articulación con otros saberes desde una teoría y praxis emancipadoras. Al igual que una *concepción proyectual*³³ que puede dar alternativas y soluciones innovadoras, socialmente comprometidas, transformadoras, objetivas y ricas, cultural y estéticamente hablando.

Es una grave limitación que la actividad y la auto-imagen del diseñador gráfico sea la del mercado y, lo que es peor, la del *silencio*. “En [un] entramando de voces suena la ausencia de una voz que traiga a la escena teórica uno de los protagonistas de la transformación cultural: el diseño” (Arfuch et al 2003, 31).

No todas las profesiones tienen congresos; hay profesiones que desarrollan autoconciencia teórica y otras que no. Pues bien, los congresos de diseñadores hoy no superan el nivel teórico de cualquier encuentro gremial y no deben diferir mucho del carácter de los congresos de modelos; que me disculpen unos y otros. Los diseñadores se reúnen básicamente para mostrarse entre sí sus gracias y compartir sus desgracias. Esto es estrictamente opuesto a lo que hubieran sido los congresos en la década de los treinta y, desde ya, a lo que fueron en los sesenta. Hoy se hacen congresos a granel y resulta que se dice poquísimo. Se entra en un discurso crudamente descriptivo donde las famosas “condiciones materiales de existencia”, las relaciones que generan un determinado resultado, no aparecen jamás (Chaves 2001, 33).

Como hemos visto, el diseño gráfico surge con ideales de transformación social. Se origina con un propósito emancipador en el que las vanguardias plantean nuevas perspectivas y posibilidades para la sociedad. Pero “el discurso del diseño [pasa] de manos de las vanguardias a manos de la empresa: así como la sociedad devino 'mercado', el usuario devino 'consumidor'; la calidad de diseño devino 'valor agregado'; objeto de diseño es 'producto', y producto es 'mercancía' [...] racionalidad es 'competitividad’” (25). Con la producción industrial y la lógica mercantil del sistema capitalista, esa mirada más funcional y humanista se va transformando hacia lo exclusivamente comercial. “Con ello el diseño ha sufrido un proceso de metabolismo: ya no es una propuesta exclusiva de unas vanguardias, sino una propiedad de nuestra sociedad en todos sus planos, en términos

³³ *Concepción proyectual*: se refiere a la forma en que se idean, diseñan y llevan a cabo proyectos, destacando la importancia de la planificación, la creatividad y la implementación eficaz de ideas o soluciones. Este concepto se utiliza comúnmente en disciplinas como la arquitectura, el diseño, la ingeniería y otros campos donde la planificación y ejecución de proyectos son fundamentales. En resumen, se relaciona con la planificación, diseño y desarrollo de proyectos.

económicos y en términos culturales. Existe una cultura del diseño que no es una mera propuesta sino una cultura efectivizada” (22).

Indudablemente, el diseño gráfico ejerce una influencia marcada en diversas prácticas sociales, afectando en significados, identidades, concepciones y perspectivas. No es simplemente una técnica o tecnología, ni una imagen estética atractiva e inocente. Su quehacer no es inofensivo; trae consecuencias sociales, culturales y ecológicas muy complejas, dado que también tiene un carácter masificador.

En otras palabras, su incidencia va más allá de lo simbólico. Se trata de un poderoso medio de información y comunicación, intrínsecamente vinculado al entramado de poder político y económico de la sociedad contemporánea. Por supuesto, en una cultura centrada en la imagen, el diseño también ostenta un fuerte valor simbólico. Muchas veces, es la imagen la que ilustra la palabra. “El diseño es mucho más que la actividad de un maquillador de productos o de imágenes, es mucho más que una estética del consumo. Es la actividad que da categoría de existencia al mundo de los objetos tal como los conocemos; es la actividad fundante del orden actual de las cosas” (32).

De ahí que es indispensable este vínculo histórico con el análisis teórico crítico del diseño y de la comunicación, “que extraiga conclusiones conscientes y explícitas de los procesos de desarrollo de la profesión y las aporte al desarrollo de la conciencia social” (44). Plasmar un diseño gráfico que sea elemento primordial de lo social y cultural, y fortalezca su aspecto comunicacional.

El objetivo del Diseño Gráfico es la comunicación visual necesaria para la vida social [...] “la vida social” no es una abstracción monolítica sino que, al contrario, está llena de contradicciones e intereses contrapuestos [...] su funcionamiento está regido por sus relaciones con el poder económico, político, cultural. Las necesidades de comunicación visual no son “naturales” sino que provienen del contexto económico-social al que se pertenezca (Arfuch et al 2003, 41).

No podemos entender la comunicación de una manera reduccionista. El comunicador no es un simple divulgador y los periodistas, así como los comunicadores visuales, habitualmente, no funcionan al margen de las empresas y sus lógicas. Sabemos que la mayoría de corporaciones y medios están ligados a intereses económicos y políticos, por lo tanto, es una falsedad histórica el pensar que son “objetivos”, independientes y neutrales. La comunicación no está en el limbo; se relaciona profundamente con el contexto social, del ambiente y cultural de la sociedad.

Como vemos, son estos procesos que presentan, de una manera contundente, la necesidad de incorporar en esta comunicación *otra* en salud, un pensamiento, metodología y praxis desde la salud colectiva.

III Estado del arte de la comunicación en salud en América Latina en el Siglo XXI: narrativas, imágenes y bibliografía destacadas

Como previamente señalado, este estudio tiene como objetivo esclarecer las concepciones, valores y significados asociados a la salud que se transmiten a través de narrativas especializadas e imágenes en el contexto de Ecuador y escenarios influyentes de países de América Latina, El Salvador, México y Cuba.

En la actualidad, marcada por las nuevas capacidades, tecnologías y recursos comunicativos en la era del hiperneoliberalismo, la comunicación en salud se percibe desde una perspectiva positivista, sujeta a un enfoque reduccionista, funcional y vinculado a intereses predominantes en entornos clínico-hospitalarios centrados en la asistencia clínica individual. Además, se enfoca en la lógica de mercado o transmisión vertical de narrativas e imágenes al servicio de los intereses de los sectores del poder económico, político y público.

La importancia de esta investigación radica en que, ante la persistencia de un enfoque convencional de la comunicación en salud de carácter pasivo y de una lógica lineal -biomédica, reduccionista, individual y asistencialista-, es necesario dar un salto hacia un paradigma crítico de la comunicación en salud. Con ese objetivo, un elemento fundamental es conocer el estado del arte del tipo de proceso comunicacional que se hace en salud. Esto será un especificador para que la teoría propuesta del paradigma crítico del diseño de comunicación visual, la comunicación crítica y la salud colectiva aterricen en evidencias y casos concretos.

Los resultados que siguen permitirán analizar la narrativa e imagen de la comunicación en salud, revelando vacíos, debilidades y desafíos para alcanzar una comunicación crítica, participativa e intercultural en salud, en consonancia con un paradigma crítico tanto en comunicación como en salud.

3.1. Análisis de la narrativa en salud

En este capítulo se realizará el análisis bibliográfico cuali-cuanti sobre la percepción del estado del arte de comunicación en salud en Ecuador, Argentina, Colombia, Uruguay, Brasil, México, Cuba, Chile, Bolivia, Perú, Venezuela, El Salvador en el siglo XXI (2000 al 2021), etapa de un capitalismo hiperneoliberal.

Primero se analizará el universo estudiado en las bases de datos Scielo, PubMed y Lilacs, del 2000 al 2021, tomando como referencia la *guía de caracterización documental y gráfica*. Como resultado, en la Tabla 3 se observa el porcentaje y número de artículos revisados por cada criterio de búsqueda y base de datos:

Tabla 3
Documentos analizados en bases de datos (2000 – 2021)

Criterios de búsqueda (2000 al 2021)												TOTAL %	NÚM.
Bases de datos	Comunicación en salud	Comunicación en medicina	Comunicación en salud colectiva	Campañas de prevención y promoción de salud	Comunicación en salud intercultural	Comunicación en medicina ancestral	Comunicación en epidemiología	Comunicación en salud pública	Comunicación y vacunación	Determinación social de la salud	Determinantes sociales de la salud		
Scielo	276	3	72	25	16	2	86	4	40	42	412	40.0	978
PubMed	2	1	16	0	25	6	253	0	0	0	19	14.0	322
Lilacs	711	0	0	0	0	0	0	0	0	11	455	46,0	1177
TOTAL %	40.0	0.3	3.9	1.2	1.9	0.6	13.7	0.3	1.6	0.6	35.9	100%	2477
NÚM.	989	4	88	25	41	8	339	4	40	53	886		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

A primera vista, se puede ver una considerable diferencia -en número y porcentaje- entre categorías relacionadas a una mirada crítica de la salud como la “determinación social de la salud” (53 de 2477 publicaciones / 0,6%), en relación con una mirada positivista y cartesiana de la salud desde los “determinantes sociales de la salud” (886 de 2477 publicaciones / 35,9%).

Asimismo, realizando un análisis de cada base, por separado, se aprecia un reducido número de publicaciones enmarcadas en la categoría “determinación social de la salud”: Scielo cuenta con 42 publicaciones, mientras Lilacs apenas con 11, de entre 2477 publicaciones (antes de realizar la depuración de la base de datos). En PubMed, un portal de la *National Library of Medicine (NLM)*, en donde se pueden encontrar artículos de investigación biomédica, así como de revistas de ciencias de la vida, no existe ni una sola publicación que se relacione con la “determinación social de la salud”. La revisión inicial de Scielo, siendo la primera base evaluada, reveló que muchos de los artículos se

duplicaban en las otras plataformas, lo cual tiene un impacto en la distribución. De todas formas, nos da un panorama inicial de por dónde camina la narrativa de la comunicación en salud.

Como se indicó previamente, y en consonancia con las categorías de búsqueda y los criterios de inclusión, inicialmente se registraron 2477 publicaciones en las tres bases de datos. Como se ilustra en el Gráfico 6, tras depurar la base mediante criterios de exclusión y eliminación, además de incorporar los 22 artículos del periódico El Comercio, se disponen de 603 documentos para el análisis de la narrativa de la comunicación en salud. En lo que concierne a la imagen, hubo un menor registro; la explicación detallada se proporciona más adelante.

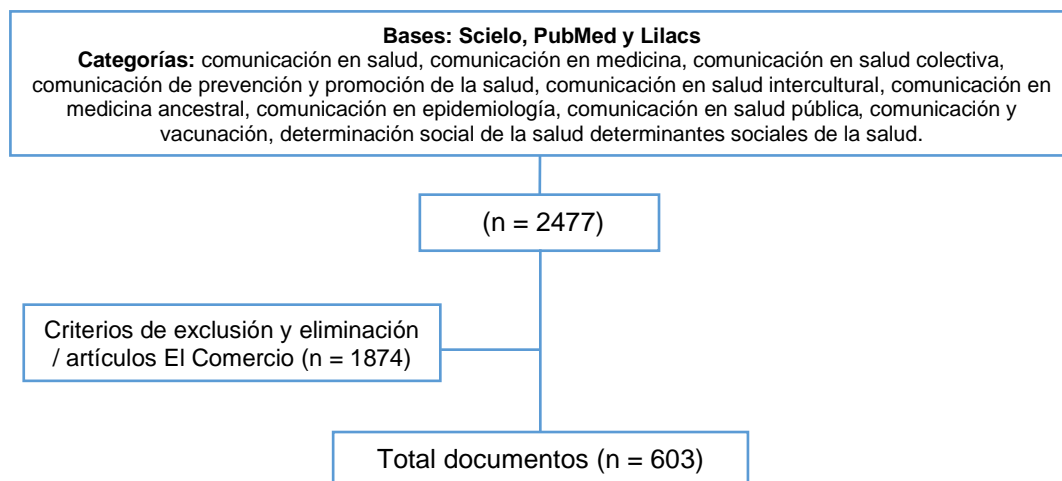


Gráfico 6 Número de documentos analizados (2000 – 2021)

Fuente: Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

Tal como se especifica en la metodología del estudio, se aplicó la *guía de caracterización documental y gráfica* para llevar a cabo un análisis detallado de la narrativa de la comunicación en salud, incluyendo la evaluación de las imágenes utilizadas en cada documento. Para este propósito, se utilizó la representación visual propuesta por los autores en sus libros o artículos, o, en su ausencia, la portada de la revista a la que pertenecía el artículo correspondiente. Si no se contaba con ninguna de las dos opciones o la imagen era de carácter abstracto, se consideró como datos faltantes (*missings*) con el fin de no afectar los porcentajes. Estas imágenes se archivaron en Google Drive.

En el Gráfico 7 se puede observar que, a partir del año 2018, se registra un aumento significativo en la cantidad de publicaciones relacionadas con la salud en

revistas indexadas. En términos proporcionales, el 60% de los artículos en la muestra corresponde a este período. Se deduce de esto que, aunque se asigna una creciente cantidad de recursos a la investigación en salud con el paso del tiempo, la perspectiva predominante sigue siendo la biomédica y, de hecho, se va incrementando. Este aumento en la inversión está relacionado con el avance y la aceleración del capitalismo 4.0, que abarca las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTIC) y el mercado tecnológico. Además, deben tenerse en cuenta los enfoques médicos predominantes, el surgimiento de empresas farmacéuticas y la subsiguiente comercialización de la salud, junto con el aumento en el número de facultades de medicina, así como los modelos y políticas de salud que siguen esta misma perspectiva. Aunque existen nichos de investigación en salud desde un enfoque más integral, estos son, en proporción, menos significativos. Es fundamental señalar que el crecimiento en la investigación no asegura mejoras en su accesibilidad, ni tampoco garantiza necesariamente un cambio en el paradigma tradicional de la salud, que continúa siendo mayormente asistencial y biomédico.

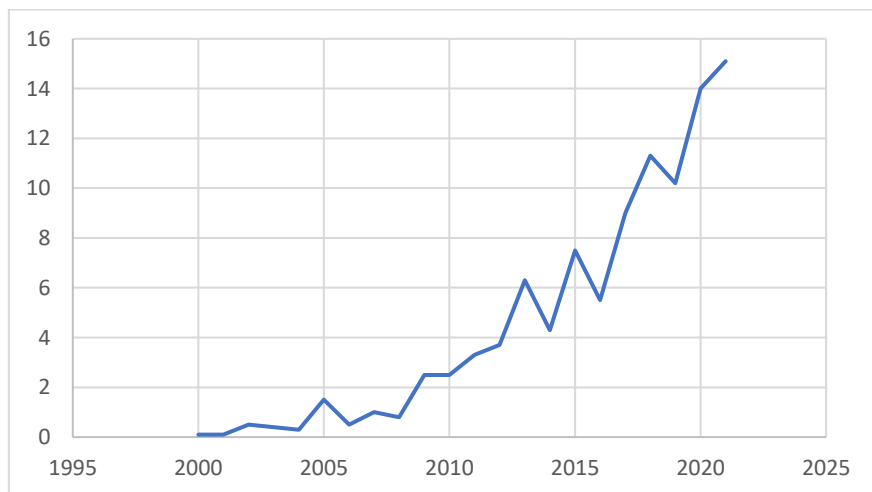


Gráfico 7 Documentos por año identificados en bases de datos (2000 – 2021)

Fuente: Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

El 93,3% de los documentos analizados corresponde a revistas arbitradas o indexadas, lo cual era previsible dado que son la principal fuente de información de las bases de datos seleccionadas (Tabla 4). Sin embargo, también es importante destacar que este fenómeno se relaciona con una cultura del “paperismo” en la academia, donde se valora obsesivamente la publicación de artículos en revistas indexadas y la producción de investigación en serie, similar a una línea de montaje en una fábrica. Esto con el objetivo

de cumplir con los requisitos de ascenso, permanencia y reconocimiento dentro del sistema universitario, pero también como un elemento “extra” de ganancia. Aunque, en teoría, esto puede parecer beneficioso para el progreso del conocimiento, en la práctica, ha dado lugar a una serie de dificultades que -del mismo modo- pueden entrelazarse con un comportamiento poco ético, tecnócrata y funcionalista.

Por otro lado, ha llevado a una sobreproducción de investigaciones que, en muchas ocasiones, no tienen un valor real o significativo, lo que genera una sobrecarga en el sistema científico y puede desviar recursos de otros proyectos más importantes. Del mismo modo, genera una cultura de competencia desmedida, donde se valora más la cantidad de publicaciones que la calidad o el impacto real de las mismas. Además, este fanatismo por publicar en revistas indexadas ha llevado a muchos académicos a enfocarse únicamente en la producción de artículos, dejando de lado la docencia y la vinculación profunda y real con la colectividad, lo que pone en entredicho lo que realmente significa la “excelencia” académica. Esta tríada docencia-investigación-vinculación con la colectividad que debe ser inseparable en un modelo de universidad transdisciplinario e intercultural.

Tabla 4

Tipo de publicación en bases de datos consultadas (2000 – 2021)

<i>Tipo de publicación</i>		
	Porcentaje %	Número
Libro	0,3	2
Revista no arbitrada	1,3	8
Revista arbitrada o indexada	93,3	562
Guía o manual	1,5	9
Periódico - El Comercio	3,6	22
Otra	0,0	0
TOTAL	100	603

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

En cuanto a las bases de datos por países, tal como se evidencia en el Gráfico 8, Brasil lidera en frecuencia el número de publicaciones en las bases de datos seleccionadas. Con una diferencia de 10 puntos porcentuales, le sigue Colombia, mientras

que Ecuador se presenta en la lista en la séptima posición con un 5%. Es interesante recalcar el orden y porcentajes de cada país: Brasil (34,6%), Colombia (24,8%), Cuba (8,3%), México (7,0%), Chile (7,0%), Perú (6,0%), Ecuador (5,0%), Argentina (4,0%), Uruguay (1,3%), Bolivia (1,0%), Venezuela (1,0%), y El Salvador (0,0%).

Observamos que Cuba ocupa la tercera posición, mientras que Bolivia y Venezuela se sitúan al final de la clasificación, siendo notoria la ausencia de El Salvador en la lista. Esto resulta llamativo, especialmente considerando el interés de algunos grupos de salud pública en la perspectiva de la salud colectiva y la determinación social de la salud, razón por la cual dicho país fue incluido en el análisis. Lamentablemente, su no inclusión es evidente.

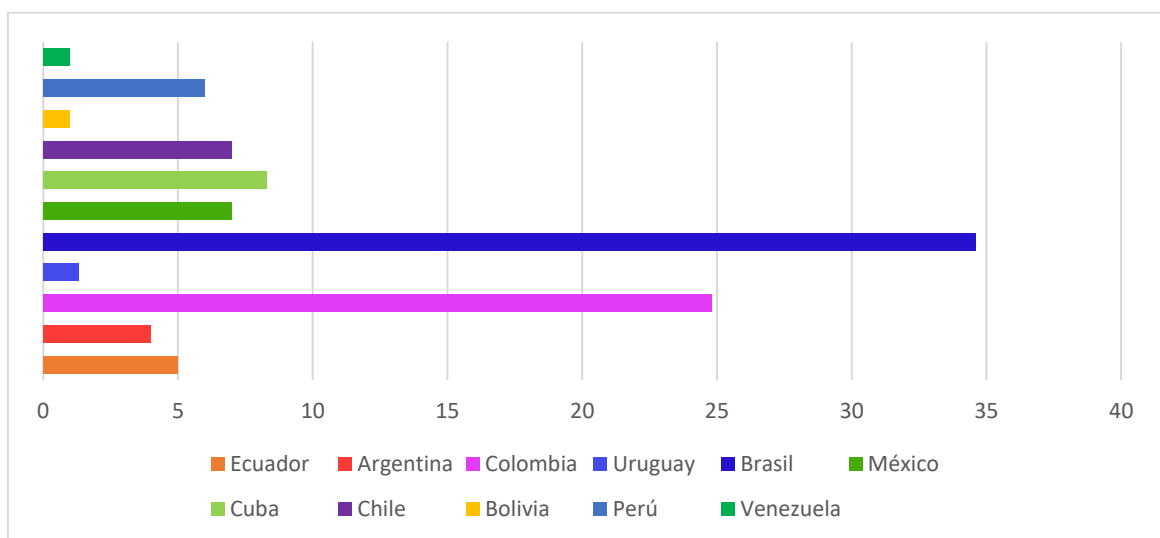


Gráfico 8 Documentos por países en bases de datos (2000 – 2021)

Fuente: Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

Dos aspectos llaman la atención. A pesar de que los porcentajes pueden variar dependiendo de las bases de datos utilizadas, es notorio que Ecuador no figura como un país destacado en publicaciones relacionadas con la salud intercultural. Este hecho es motivo de preocupación, considerando la importancia que la medicina tradicional y la sabiduría ancestral tienen en nuestra cultura, especialmente entre los pueblos y nacionalidades indígenas, amazónicas y afrodescendientes. Por otro lado, resulta sorprendente, desde una perspectiva biomédica, la baja cantidad de publicaciones sobre vacunas en esta era pandémica.

Con relación a una perspectiva de salud multidimensional y compleja, es importante destacar que Ecuador cuenta con uno de los fundadores de la salud colectiva,

el Dr. Jaime Breilh Paz y Miño. Él ha inspirado a hombres y mujeres en varios continentes, siendo reconocido como un referente latinoamericano de la epidemiología crítica y la salud colectiva. Su modelo teórico y metodológico, basado en la determinación social de la salud, es de gran importancia tanto para nuestro país como para el resto del mundo. No obstante, es preocupante observar que su propuesta sea más conocida en países como Brasil, Colombia y Argentina, así como en el Norte global, incluyendo a Estados Unidos y Europa, que en su propia patria. Además de la expresión comúnmente utilizada “nadie es profeta en su propia tierra”, esta situación se debe a la hegemonía de una visión biomédica, reduccionista y lineal de la salud, que tiende a fragmentar la realidad y considera lo social como algo ajeno a la salud, la cual se percibe principalmente como un fenómeno individual. Perspectiva que se ajusta a los intereses del sistema hiperneoliberal.

Estos hallazgos resaltan la importancia de transformar, tanto las políticas públicas como la comunicación y la educación en salud, así como la metodología utilizada para desarrollar investigación en este campo. Es crucial fomentar un tipo de investigación que, al mismo tiempo sea rigurosa científicamente hablando, entre en modelos innovadores y de ruptura en el campo de la salud, así como establezca redes y colectivos de discusión y formación desde una perspectiva integral: transdisciplinaria e intercultural.

Respecto al criterio de búsqueda, se encontró un mayor número de documentos en “comunicación en salud”, seguido por “determinantes sociales de la salud” (categoría que, conforme se muestra en las distintas tablas, tiene un alto índice de publicaciones). El porcentaje de artículos que se obtuvieron a través del criterio de búsqueda “comunicación en salud pública” es menor a 1, sin embargo, esto podría explicarse por la repetición de los nombres de los artículos dentro de otras categorías.

La Tabla 5 presenta en detalle el porcentaje de cada uno de los criterios de selección y búsqueda usados a través de la *guía de caracterización documental y gráfica*:

Tabla 5

Criterios de selección y búsqueda en bases de datos (2000 – 2021)

Selección y búsqueda		
	Porcentaje %	Número
Comunicación en salud	39,5	238
Comunicación en medicina	1,0	6
Comunicación en salud colectiva	3,0	18
Comunicación en prevención y promoción de la salud	4,5	27
Comunicación en salud intercultural	2,8	17
Comunicación en medicina ancestral	1,0	6
Comunicación en epidemiología	3,0	18
Comunicación en salud pública	0,0	0
Comunicación y vacunación	3,5	21
Determinación social de la salud	4,8	29
Determinantes sociales de la salud	33,3	201
El Comercio	3,6	22
TOTAL	100	603

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

En cuanto a la entidad o sector a la que pertenece la publicación (Tabla 6), al menos una de cada dos investigaciones es patrocinada por universidades (354 de 603 / 58,7%), sector con gran responsabilidad sobre el enfoque de la salud en los países de la región, así como en los avances científicos y la actualización de conocimientos de quienes se encuentren en el campo laboral. Así también, existe un número alto de publicaciones que hacen parte de programas de estudio de posgrado, por lo cual se podría deducir que es una actividad que promueven las universidades para el cumplimiento de los requisitos de estudio, sin un nexo con lo que necesita la sociedad y los sectores más vulnerables.

El sector público tuvo un alcance del 20.6% (124 de 603). De igual manera puede ser producto de consideraciones y estatutos que deben cumplir los profesionales en las instituciones. Por su parte, un 6,6% (40 de 603) de las publicaciones pertenecen al sector privado y 5,1% (31 de 603) a ONG.

Los investigadores sin afiliación institucional representaron el 9% de la muestra (54 de 603), lo cual -aunque se esperaba una proporción mayor- es alentador ya que indica un aumento en el interés por la investigación en salud por parte de personas no asociadas a organizaciones o entidades específicas, lo que contribuye a que los países latinoamericanos se conviertan en productores de conocimiento y no solo consumidores de este. Esto sin una “camisa de fuerza” en relación con líneas de investigación/incidencia

que pueden ser impuestas por entidades académicas, gubernamentales u organismos internacionales. No obstante, como se verá más adelante, este cambio en la afiliación no necesariamente implica una modificación en su enfoque clínico-asistencial y biomédico de la salud.

Es notable y preocupante la ausencia de documentos provenientes de organizaciones campesinas e indígenas, organizaciones barriales, o de promotores de salud comunitarios. Los resultados sugieren que el acceso y la participación en el mundo de las investigaciones y las publicaciones en revistas indexadas están limitados a académicos, estudiantes y funcionarios del sector público y privado. Esto guarda relación con enfoques lineales, unidisciplinarios y monoculturales que están organizados en términos de mando y control en políticas públicas, educación y salud. Asimismo, se vincula con prácticas de investigación cerradas y jerárquicas, y actitudes de arrogancia académica. Esto puede resultar en una producción limitada de conocimiento en términos de diversidad de perspectivas y alternativas que tengan nuevos elementos simbólicos, nuevas categorías y una nueva ética académica, así como dificultar los procesos de transformación e incidencia real.

Tabla 6

Entidad o sector al que pertenece la publicación (2000 – 2021)

Sector / Entidad		
	Porcentaje %	Número
Sector público	20,6	124
Sector privado – empresas	6,6	40
Organización social o barrial	-	0
Organización indígena	-	0
Organización campesina	-	0
Universidades	58,7	354
ONG	5,1	31
Promotores de salud comunitarios	-	0
Investigador(a) independiente	9,0	54
Otra	-	0
TOTAL	100	603

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

En cuanto al enfoque de las publicaciones, según el sector o entidad que está por detrás (Tabla 7), a pesar de no existir diferencias estadísticamente significativas a través de la prueba chi cuadrado, el sector público tiene una mayor cantidad de publicaciones

relacionadas con la promoción de salud (31,7%), y un bajísimo porcentaje de publicaciones que corresponden a la medicina ancestral y elementos culturales (2,4%).

En el caso del sector privado, alcanza un mayor porcentaje en acciones clínico-asistenciales (30,9%). Esto indica que se enfoca en una perspectiva de salud basada en la medicina individual y clínica. Del mismo modo que en el ámbito público, en el sector privado se observa una escasa producción de contenidos sobre medicina ancestral y aspectos culturales relacionados (3,8%).

Por otra parte, los investigadores independientes han publicado con porcentajes similares en acciones clínico-asistenciales (22,2%), acciones preventivas (27,8%) y políticas de salud (25%), así como en temas relacionados a la promoción de la salud (16,7%). En cuanto a la medicina ancestral, no se encontró ninguna publicación de investigadores independientes en esa área. Asimismo, resulta desafortunado que apenas un 2,8% de dichas investigaciones se inscriban en el campo de la salud colectiva.

Tanto las universidades como las ONG tienen un mayor porcentaje de publicaciones en el campo de la promoción de la salud (34,5% y 31,6%, respectivamente). Resulta sorprendente que, a pesar de que muchas ONG trabajan en el ámbito comunitario, no se hayan encontrado publicaciones sobre medicina ancestral, mientras que sí las hay en temas relacionados con políticas de salud (21,1%). Asimismo, se observa claramente que en las universidades prevalece un enfoque biomédico y clínico-asistencial (17,9%), y existe una escasa investigación con enfoque intercultural en salud (6%), así como desde una perspectiva integral de la salud y la epidemiología crítica (6%).

A continuación, se puede ver de manera evidente cómo en diversas entidades (sector público, sector privado, universidades, ONG e investigadores independientes) existe una prevalencia del enfoque cartesiano y farmobiomédico en el ámbito de la salud, con una proporción mínima de investigaciones relacionadas con la salud colectiva. Adicionalmente, es lamentable constatar la ausencia de organizaciones sociales o barriales, organizaciones campesinas e indígenas, así como de promotores de salud comunitarios en esta realidad.

Tabla 7
Enfoque de la comunicación en salud según entidad o sector (2000 – 2021)

Entidad o sector que está atrás del escrito	Acciones clínico- asistenciales	Preventiva	Políticas de salud	Medicina ancestral - Elementos culturales	Acción sobre procesos (salud colectiva)	Vacunas	Promoción de la salud	Otra	NÚM.
	Porcentaje %								
Sector público	20,7	20,7	11,0	2,4	9,8	3,7	31,7	-	124
Sector privado - empresas	30,9	15,4	11,5	3,8	7,7	7,7	19,2	3,8	40
Universidad	17,9	16,6	16,2	6,0	6,0	2,6	34,5	0,4	354
ONG	10,5	10,5	21,1	-	10,5	5,3	31,6	10,5	31
Investigador(a) independiente	22,2	27,8	25,0	-	2,8	2,8	16,7	2,8	54
NÚM.	118	108	95	26	41	20	187	8	603

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

En el contexto del enfoque de la comunicación en salud, según se ilustra en la Tabla 8, aproximadamente, 1 de cada 5 artículos (19,6%) promueve procesos clínico-asistenciales basados en una mirada positivista de la salud, mientras que al menos 3 de cada 10 (31%) centran su atención en la promoción de la salud, y el 17,9% tiene como objetivo la prevención. Es importante tener en cuenta que tanto la promoción como la prevención de la salud pueden estar, y de hecho suelen estar, enmarcadas en un paradigma cartesiano de la salud basado en la relación causa-efecto.

Por otro lado, la propuesta de salud colectiva aparece en **menos de 1** de cada 10 artículos (6,8%); es decir, apenas 41 documentos de entre 603. En consecuencia, se puede deducir que el incremento en la cantidad de publicaciones en los últimos 5 años no necesariamente indica un cambio de paradigma ni una visión integral de la salud.

Además, se identificó que en varios artículos los títulos utilizan términos como “determinación de la salud” o “salud colectiva”, que sugieren una concepción más integral, pero, tanto epidemiológica como metodológicamente, se adscriben a una mirada de la vieja salud pública o de la salud individual desde los factores de riesgo (mirada causalista). Esta falta de coherencia es preocupante, ya que puede generar confusión y

diseminación de conocimientos y modelos erróneos en cómo se piensa, entiende y acciona desde la salud colectiva el proceso complejo de la salud y su movimiento.

Resulta llamativo que, en plena era pandémica, se observe una escasa cantidad de publicaciones relacionadas con las vacunas (3,3% / 20 de 603).

Tabla 8
Perspectiva de la comunicación en salud (2000 – 2021)

Enfoque	Porcentaje %	Número
Acciones clínico-asistenciales	19,6	118
Preventiva	17,9	108
Políticas de salud	15,8	95
Medicina ancestral - Elementos culturales	4,3	26
Acción sobre procesos (Salud Colectiva / Monitoreo crítico participativo / Metabolismo sociedad-naturaleza)	6,8	41
Vacunas	3,3	20
Promoción de la salud	31,0	187
Otra	1,3	8
TOTAL	100	603

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

La Tabla 9 muestra el enfoque de comunicación en salud de los 603 documentos analizados según la entidad o sector al que pertenecen. En general, se observa un predominio del enfoque clínico-asistencial, causal-funcionalista, que según Jaime Breilh (2021) representa el “pico del iceberg” de la salud. Es decir, evidencias empíricas cosificadas, aisladas y desconectadas que generan acciones sobre factores y no sobre procesos. Que no consideran una perspectiva crítica -transdisciplinaria e intercultural- que aborde las relaciones sociales (de clase), de derechos humanos, género y diversidades, así como etnoculturales y raciales. Esta orientación entra con fuerza, tanto en el sector público (20.7%) como en el sector privado (30.9%), teniendo -como era de esperarse- mayor preminencia en el sector privado.

Las organizaciones no gubernamentales, como universidades y ONG, se centran en la promoción de la salud (34,5% y 31,6%, respectivamente), trabajando en colaboración con políticas en salud (16,2% y 21,1%, respectivamente). El sector que más trabaja en políticas en salud está conformado por investigadores independientes (25%). Es posible que los investigadores independientes se centren en las publicaciones sobre políticas de salud porque les permite abordar problemas esenciales, evaluar la efectividad de las políticas existentes y generar posibles cambios en el sistema de salud. Sin embargo,

es importante destacar que estos sectores (universidades, ONG e investigadores independientes) no están exentos de la mirada tradicional de la salud pública. En este punto es importante insistir que la epidemiología crítica, que está dentro la salud colectiva y va más allá de las tareas epidemiológicas del sector público del Estado, busca comprender -en profundidad- los mecanismos que afectan la salud de la población y promover procesos saludables. Es decir, la epidemiología crítica, abarca tanto los aspectos convencionales de la epidemiología institucional, pero también abre su horizonte como gran campo “diagnóstico” o constructor de información sobre los tipos, magnitudes y distribución de los procesos que generan los problemas de salud en las colectividades y las personas, así como de las expresiones observables de tales procesos (Breilh 2021).

Resulta desalentador constatar que la investigación y las publicaciones en el ámbito de la salud colectiva apenas representan el 6,8% (41 de 603) del total de documentos analizados (603), siendo principalmente abordados por ONG con un 10,5%, seguido por el sector público con un 9,8%. La diferencia entre estos dos sectores es mínima, de tan solo 0,7 puntos porcentuales. Por otro lado, los investigadores independientes (2,8%), las universidades (6%) y el sector privado empresarial (7,7%) son los que menos se enfocan y, por ende, publican, desde esta perspectiva (salud colectiva / epidemiología crítica).

En cuanto a la medicina ancestral y los aspectos culturales, se observa que la universidad es el sector que más publica desde esta perspectiva, aunque el porcentaje de publicaciones es muy bajo, solo del 6%. También es penoso notar que, de las 603 publicaciones analizadas, únicamente 26 aborden una perspectiva intercultural de la salud, lo que representa un porcentaje muy bajo (4,3%).

Un aspecto adicional que resulta paradójico es la escasa cantidad de publicaciones vinculadas al tema de las vacunas. Se observa que tanto el sector público (3,7%) como el sector privado (7,7%), las universidades (2,6%), las ONG (5,3%) y los investigadores independientes (2,8%) presentan un bajo porcentaje en cuanto a la producción de documentos en esta área. En consecuencia, la proporción global de publicaciones sobre este tema es de apenas un 3,3% (20 de 603).

En términos generales, existe una clara preminencia de una acción clínico-asistencial, al igual que una prevención y promoción individual de la salud. Al menos 3 de cada 10 documentos analizados tienen un enfoque en la promoción de la salud, mientras que -aproximadamente- 2 de cada 10 se enfocan en acciones clínico-asistenciales y prevención de la salud, desde una mirada biomédica.

Tabla 9
Entidad detrás del escrito y su enfoque en la comunicación en salud (2000 – 2021)

En qué está enfocada principalmente la comunicación en salud	Entidad o sector que está atrás del escrito						NÚM.
	Sector público	Sector privado – empresas	Universidades	ONG	Investigador(a) independiente	TOTAL %	
	Porcentaje %						
Acciones clínico-asistenciales	20,7	30,9	17,8	10,5	22,1	19,6	118
Preventiva	20,7	15,4	16,5	10,5	27,8	17,9	108
Políticas de salud	11	11,5	16,2	21,1	25	15,8	95
Medicina ancestral - Elementos culturales	2,4	3,8	6	-	-	4,3	26
Acción sobre procesos (Salud Colectiva)	9,8	7,7	6	10,5	2,8	6,8	41
Vacunas	3,7	7,7	2,6	5,3	2,8	3,3	20
Promoción de la salud	31,7	19,2	34,5	31,6	16,7	31,0	187
Otra	-	3,8	0,4	10,5	2,8	1,3	8
TOTAL %	20,6	6,6	58,7	5,1	9	100	603
NÚM.	124	40	354	31	54		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

Se veía como prioritario obtener más detalles del tipo de salud que comunica la narrativa. Por consiguiente, se presenta la Tabla 10, que revela que la mayoría de las publicaciones van por la vía de la salud pública (338 de 603 / 56,1%), seguida por la salud individual (206 de 603 / 34,1%), mientras que la salud colectiva representa un porcentaje significativamente menor (59 de 603 / 9,8%). Es posible que el indicador de salud pública haya obtenido un mayor puntaje debido a su proximidad con los criterios de búsqueda seleccionados. En cualquier caso, se observa la predominancia total de la salud individual y de una salud pública que, como se ha constatado, proviene de una concepción biomédica y cartesiana, esencialmente individual, lineal y estática de la salud. Ambas categorías suman **544** publicaciones de las 603 analizadas.

Tabla 10
Tipo de salud que comunica la narrativa (2000 – 2021)

<i>Tipo de Salud</i>		
	Porcentaje %	Número
Salud individual	34,1	206
Salud pública	56,1	338
Salud colectiva	9,8	59
TOTAL	100	603

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
 Elaboración propia

A pesar de que las 603 publicaciones fueron desarrolladas en Latinoamérica, Caribe y Centroamérica -específicamente en Ecuador, Argentina, Colombia, Uruguay, Brasil, México, Chile, Bolivia, Perú, Venezuela, Cuba-, solo el 6% de ellas (36 de 603) incorpora conocimientos ancestrales o tradicionales en salud (Tabla 11).

Este hecho refleja el “epistemicidio” que se produce y reproduce en el mundo entero. Término acuñado por Boaventura de Sousa Santos para describir la exclusión sistemática de conocimientos y saberes que no encajan en la cosmovisión hegemónica de la modernidad occidental. Cosmovisión en la que se privilegian cierto tipo de conocimientos, especialmente aquellos que pueden ser cuantificados, medidos y experimentados. Como resultado, otros conocimientos y saberes, como la sabiduría y ecosofía indígena, los saberes populares, los conocimientos tradicionales y los conocimientos de las mujeres y grupos subalternos son marginados y desvalorizados. A menudo se los considera “no científicos” y se les niega su legitimidad e importancia. De esta manera, la cultura occidental ha tendido a apropiarse de los conocimientos que le interesan o a rechazar aquellos que no se ajustan a su cosmovisión bajo la excusa de “escasa evidencia científica”, lo que refleja un desprecio por otros modos de conocimiento (De Sousa Santos 2009).

Es por ello que se necesita una acción urgente para fomentar una investigación-acción-participativa, de profunda incidencia, así como procesos de formación dialógicos desde diversos sectores (público, privado, ONG y academia) que se basen en enfoques críticos, transdisciplinarios e interculturales, e integren la sabiduría y pensamiento popular, así como de pueblos y nacionalidades indígenas, afro, montubios, amazónicos. Además, resulta indispensable incluir propuestas teóricas, metodológicas y de praxis, como la determinación social de la salud y las 4S de la vida (Breilh 2003), la justicia comunicativa en salud (Briggs 2005) y la educación como práctica de libertad (Freire

1974). Con esto, podemos avanzar hacia una comprensión más profunda e integral de la salud, e impulsar una sociedad más justa, equitativa, solidaria, sustentable, soberana y saludable.

Tabla 11
Incorporación de mirada ancestral o tradicional en salud (2000 – 2021)

<i>Mirada ancestral tradicional</i>		
	Porcentaje %	Número
Definitivamente no	67,8	409
Probablemente no	16,4	99
Probablemente si	9,8	59
Definitivamente si	6,0	36
TOTAL	100	603

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

Ahora bien, con la finalidad de analizar la variable de estudio sobre inclusión de la mirada ancestral o interculturalidad y su relación con la perspectiva del enfoque en salud, hemos realizado la siguiente tabla (Tabla 12).

En la Tabla 12, de manera clara y concluyente, se puede observar que, con diferencias altamente significativas, los artículos relacionados con la determinación social de la salud y la salud colectiva son aquellos que priorizan una mirada intercultural, siendo que “definitivamente sí la incorporan” el 63,6%, y “probablemente sí la incorporan” el 41,7%. Aquí vemos claramente la coherencia entre el discurso, el pensamiento y la praxis en salud.

En cambio, en lo que respecta a los determinantes sociales de la salud, no hay una correspondencia entre un discurso aparentemente social e intercultural y las perspectivas y acciones en salud. El 48,4% “definitivamente no la incorporan”, y 67,2% “probablemente no la incorporan”. En otras palabras, alrededor de uno de cada dos artículos no incluyen una mirada intercultural.

Un número reducido de las publicaciones que adoptan una perspectiva positivista, reduccionista, individual y asistencialista de la salud abordan la interculturalidad y los principios de la medicina ancestral, apenas alcanzando el 9,1%. Por otro lado, la gran mayoría no lo hace, ya que la suma de los porcentajes de “definitivamente no los incorporan” y “probablemente no los incorporan” asciende al 66%.

Tabla 12
Perspectiva en salud e interculturalidad (2000 – 2021)

<i>Perspectiva en salud e interculturalidad</i>				
	Determinación social de la salud / Epidemiología crítica / Salud Colectiva	Determinantes sociales de la salud (acción sobre factores de riesgo)	Mirada positivista, reduccionista, individual y asistencialista	Otra
	<i>Porcentaje %</i>			
Definitivamente no	2,4	48,4	48,0	1,2
Probablemente no	14,8	67,2	18,0	0
Probablemente si	41,7	47,2	8,3	2,8
Definitivamente si	63,6	27,3	9,1	0

*** $p < 0.01$ para el estadístico chi cuadrado. Existen diferencias altamente significativas.

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
 Elaboración propia

A continuación, se presenta una tabla de doble entrada que describe las bases de datos analizadas (Lilacs, PubMed y Scielo), así como el país, el criterio de selección y búsqueda y la entidad o sector que ha financiado o presentado la investigación (Tabla 13):

Tabla 13
País, selección de búsqueda y entidad o sector al que pertenece
el escrito (2000 – 2021)

		<i>Base de datos consultada</i>		
		Lilacs	Pubmed	Scielo
		Porcentaje %		
País	Ecuador	0,0	4,0	2,1
	Argentina	11,1	8,0	3,1
	Colombia	2,8	16,0	28,8
	Uruguay	2,8	4,0	0,9
	Brasil	77,8	4,0	33,4
	México	0,0	0,0	8,6
	Cuba	0,0	4,0	9,8
	Chile	0,0	32,0	6,1
	Bolivia	0,0	8,0	0,6
	Perú	5,6	20,0	5,2
	Venezuela	0,0	0,0	1,2
	El Salvador	0,0	0,0	0,0
Selección y búsqueda	Comunicación en salud	88,9	4,0	37,7
	Comunicación en medicina	0,0	4,0	0,9
	Comunicación en salud colectiva	0,0	48,0	0,0
	Comunicación en prevención y promoción de la salud	0,0	4,0	5,2
	Comunicación en salud intercultural	0,0	20,0	1,8
	Comunicación en medicina ancestral	0,0	12,0	0,3
	Comunicación en epidemiología	2,8	0,0	3,4
	Comunicación en salud pública	0,0	0,0	0,0
	Comunicación y vacunación	0,0	0,0	4,3
	Determinación social de la salud	2,8	0,0	5,5
	Determinantes sociales de la salud	5,6	8,0	40,8
Entidad que está atrás del escrito	Sector público	25,0	16,0	20,9
	Sector privado – empresas	2,8	12,0	3,7
	Universidades	58,3	48,0	62,0
	ONG	8,3	16,0	3,4
	Investigador(a) independiente	2,8	8,0	10,1

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

Los resultados en la Tabla 13 tienen un sesgo por criterios de búsqueda, por cuanto en primera instancia se realizó el análisis de la base de datos Scielo.

Como se muestra en la Tabla 14, en cuanto al análisis por base de datos -en este caso, Lilacs, PubMed y Scielo, así como El Comercio- no se logra identificar diferencias significativas entre plataformas. No obstante, los resultados indican una amplia prevalencia de la falta de comprensión y aplicación de la determinación social de la salud, así como una subvaloración de los conocimientos populares y ancestrales:

Tabla 14
Enfoque de la comunicación en salud e interculturalidad (2000 – 2021)

		<i>Base de datos consultada</i>			
		Lilacs	Pubmed	Scielo	El Comercio
		<i>Porcentaje %</i>			
<i>En qué está enfocada principalmente la comunicación en salud</i>	Acciones clínico-asistenciales	33,3	20	16,6	50
	Acciones de salud pública:				
	a) Preventiva (prevenir)	22,2	12	18,4	27,3
	b) Vacunas	2,8	4	3,1	13,6
	c) Promoción de la salud	33,3	12	33	9,1
	Acción sobre procesos (Salud Colectiva - Monitoreo crítico participativo - Metabolismo sociedad-naturaleza)	5,6	4	7,4	0
	Políticas de salud	0	24	17,5	0
	Medicina ancestral - Elementos culturales	0	16	4	0
	Otra	2,8	8	0	0
<i>Tipo de salud comunica</i>	Salud Individual	50	36	31	59,1
	Salud pública	44,4	60	58	40,9
	Salud colectiva	5,6	4	11	0
<i>Cuál es la perspectiva, la mirada en la salud</i>	Determinación social de la salud / Epidemiología crítica / Salud Colectiva	5,6	8	14,1	0
	Determinantes sociales de la salud (acción sobre factores de riesgo)	27,8	48	54,3	36,4
	Miradas esencialmente farmobiomédica, clínico-hospitalaria, positivista, reduccionista, individual y asistencialista	63,9	36	31,3	63,6
	Otra	2,8	8	0,3	8,3
<i>Incluye una mirada ancestral o tradicional de la salud/ Interculturalidad</i>	Definitivamente no	77,8	47,8	67,6	81,8
	Probablemente no	11,1	34,8	16,1	9,1
	Probablemente si	11,1	8,7	10	9,1
	Definitivamente si	0	8,7	6,4	0

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

De igual manera, en el contexto de la pregunta *¿en qué está enfocada principalmente la comunicación en salud?* (Tabla 15), se observa que las acciones clínico-asistenciales son predominantes en todas las bases de datos, especialmente en Lilacs (33,3%) y El Comercio (50%). La promoción de la salud es el siguiente tema más abordado, con porcentajes altos y similares en Lilacs (33,3%) y Scielo (33%). Por otro lado, El Comercio presenta un alto porcentaje de artículos sobre salud preventiva con enfoque biomédico (27,3%), seguido de artículos sobre vacunas (13,6%). Cabe destacar que, en el caso específico de El Comercio, se examinaron 22 artículos vinculados a temáticas de salud, publicados desde el año 2000 hasta 2021 en el mes de abril (uno por año), coincidiendo con el Día Mundial de la Salud. Aunque la muestra no es extensa, adquiere relevancia al proporcionar una visión de la orientación principal de la comunicación en salud en un importante medio de prensa del Ecuador.

En cuanto al tipo de salud que se comunica a través de cada base de datos, se observa que en *Lilacs* predomina la comunicación de la salud individual (50%) y la salud pública (44,4%), mientras que el porcentaje relacionado con la salud colectiva es extremadamente bajo (5,6%). En *PubMed*, también se registran altos porcentajes en la comunicación de la salud individual (36%) y la salud pública (60%), mientras que el porcentaje relacionado con la salud colectiva es -asimismo- bajo (4%). Esta tendencia se repite en *Scielo*, con un 31% en salud individual, 58% en salud pública y solo un 11% en salud colectiva. En *El Comercio*, todos los artículos se enfocan en la salud individual (59,1%) y la salud pública (40,9%). Sorprendentemente, no se identificaron textos relacionados con la salud colectiva en ninguno de los 22 periódicos analizados.

Retomando lo antes mencionado, vale la pena considerar que, en cuanto al análisis de El Comercio, se trabajó con una submuestra con el propósito específico de explorar temas vinculados a la comunicación en salud en un importante medio de comunicación del Ecuador. Por lo tanto, no sería apropiado comparar directamente los resultados de El Comercio con los de las otras bases de datos (Lilacs, PubMed y Scielo). También conviene insistir que Scielo fue la primera base de datos examinada, y muchos de los artículos de las otras plataformas fueron separados del análisis en función de los criterios de exclusión. Este proceso, sin duda, afectó la distribución de temas en cada base de datos.

En la Tabla 15, se observa que de la totalidad de documentos que abordan investigaciones sobre “determinación social de la salud”, el 60% proviene del entorno universitario, mientras que aproximadamente el 20% es elaborado por profesionales que desempeñan funciones en el sector público. La tendencia es similar en las perspectivas de

“determinantes sociales de la salud” y en la “mirada esencialmente farmobiomédica”. En cuanto a la opción “otra”, se registra una similitud del 20% en los documentos producidos por universidades, sector privado (empresarial) e investigadores independientes, mientras que las ONG representan el 40%. En esta categoría (“otra”), se encuentran documentos que realizan revisiones bibliográficas o críticas en el ámbito educativo que no pueden ser clasificados en las categorías previamente propuestas.

Tabla 15
Mirada de las narrativas en salud por sectores o entidades (2000 – 2021)

Cuál es la perspectiva La mirada en salud	Entidad o sector que está atrás del escrito							NÚM.
	Sector público	Sector privado – empresas	Organización social, barrial, indígena, campesina	Universidades	ONG	Investigador(a) independiente	TOTAL %	
	Porcentaje %							
Determinación social de la salud / Epidemiología crítica / Salud Colectiva	18,0	6,0	-	62,0	6,0	8,0	12,4	75
Determinantes sociales de la salud (acción sobre factores de riesgo separados)	20,6	5,9	-	60,3	3,9	9,3	51,1	308
Mirada esencialmente farmobiomédica, clínico-hospitalaria, positivista, reduccionista, individual y asistencialista	22,1	7,9	-	57,1	4,3	8,6	35,2	212
Otra	0	20,0	-	20,0	40,0	20,0	1,3	8
TOTAL %	20,6	6,6	0	58,7	5,1	9,0	100	603
NÚMERO	124	40	0	354	31	54		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

La Tabla 16 es importante porque muestra la relación entre el enfoque de la comunicación en salud y la entidad o sector al cual pertenece el escrito. Se observa que el sector público, las universidades y las ONG producen principalmente documentos para la promoción de la salud, mientras que el sector privado se enfoca en acciones clínico-asistenciales y en una visión biomédica de la salud. Por su parte, los investigadores independientes trabajan en documentos tanto de prevención como de acciones clínico-asistenciales, en porcentajes similares.

En cuanto a la perspectiva de la determinación social de la salud, la salud colectiva y la epidemiología crítica, se nota que las universidades son la entidad más activa en la

generación de documentos en este enfoque, alcanzando un porcentaje del 62%. Le siguen el sector público con un 18% y, con una participación considerablemente menor, los investigadores independientes con un 8%. En contraste, las ONG y el sector privado muestran una participación mucho menor, ambos con un 6%.

Tabla 16
Enfoque de la comunicación en salud según entidad o sector a la cual pertenece (2000 – 2021)

En qué está enfocada principalmente la comunicación en salud	Entidad o sector que está atrás del escrito							NÚM.
	Sector público	Sector privado – empresas	Organización social, barrial, indígena o campesina	Universidades	ONG	Investigador(a) independiente	TOTAL %	
	Porcentaje %							
Acciones clínico-asistenciales	20,7	30,9	0	17,8	10,5	22,1	19,5	117
Preventiva	20,7	15,4	0	16,5	10,5	27,8	18	108
Políticas de salud	11	11,5	0	16,2	21,1	25	15,8	95
Medicina ancestral - Elementos culturales	2,4	3,8	0	6	0	0	4,3	26
Acción sobre procesos (Salud Colectiva - Monitoreo crítico participativo - Metabolismo sociedad-naturaleza	9,8	7,7	0	6	10,5	2,8	6,8	41
Vacunas	3,7	7,7	0	2,6	5,3	2,8	3,3	20
Promoción de la salud	31,7	19,2	0	34,5	31,6	16,7	31,0	187
Otra	0	3,8	0	0,4	10,5	2,8	1,3	8
TOTAL %	20,6	6,6	0	58,7	5,1	9	100	603
NÚMERO	124	40	0	354	31	54		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

En la Tabla 17, se evidencia una narrativa preponderante en la salud pública, abarcando aproximadamente más del 50% de los documentos examinados en cada entidad o sector. La salud individual constituye el segundo enfoque de salud al que se dedican las diversas entidades (sector público, sector privado, universidades, ONG, investigadores independientes), presentando una proporción de aproximadamente uno de cada tres documentos.

En lo que respecta a la salud colectiva, los porcentajes son significativamente menores: el sector público contribuye con el 9,8%, el sector privado con el 11,5%, las universidades con el 8,9%, las ONG con el 15,8% y los investigadores independientes con el 11,1%. Es importante señalar que, como se mencionó previamente, las organizaciones sociales o barriales no figuran en la tabla.

Tabla 17
Tipo de salud que se comunica según entidad o sector (2000 – 2021)

Tipo de salud	Entidad o sector que está atrás del escrito							NÚM.
	Sector público	Sector privado – empresas	Organización social o barrial	Universidades	ONG	Investigador(a) independiente	TOTAL %	
	Porcentaje %							
Salud Individual	35,3	42,3	0	33,2	31,6	30,6	34,1	206
Salud pública	54,9	46,2	0	57,9	52,6	58,3	56,1	338
Salud colectiva	9,8	11,5	0	8,9	15,8	11,1	9,8	59
TOTAL %	20,6	6,6	0	58,7	5,1	9	100%	603
NÚMERO	124	40	0	354	31	54		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

Era esencial analizar la naturaleza de la comunicación en salud que se está generando en cada país de América Latina. Según lo revelado en la Tabla 18, Brasil (41%) y Colombia (17.8%) destacan como los países con una presencia más significativa en salud colectiva, y a su vez, lideran en la producción de artículos científicos en las bases de datos examinadas (209 y 149, respectivamente, de un total de 603 publicaciones).

La presencia de la salud colectiva en Chile se refleja con un 7,7%, en Cuba con un 5,1%, y en Argentina, Perú y Venezuela con un 2,6%. En contraste con otros países, Ecuador no muestra un porcentaje tan bajo de publicaciones sobre salud colectiva (10.3%), manteniendo la misma proporción que México. Este fenómeno se atribuye, presumiblemente, a la influencia de Jaime Breilh Paz y Miño, destacado ecuatoriano y uno de los fundadores del pensamiento crítico en salud en América Latina.

Breilh ha dejado un legado significativo en la salud colectiva a través de diversas contribuciones, como sus múltiples y destacadas publicaciones, participación en grupos de discusión a nivel nacional e internacional, programas de formación comunitaria,

incidencia en política pública, y propuestas pioneras en los ámbitos epistemológico y metodológico, destacando su enfoque de metodología metacrítica e investigación-acción participativa. Al mismo tiempo, fundó y lideró instituciones de gran relevancia en Ecuador como el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), el Centro de Investigación y Laboratorios en Salud Colectiva (CILABSalud), el programa Andina EcoSaludable, y asumió el cargo de rector en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, así como la dirección del Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad. Estas iniciativas han consolidado este programa de doctorado como un referente mundial en el pensamiento crítico en salud.

Tabla 18
Tipo de comunicación en salud según países (2000 – 2021)

País	<i>Cuál es el objeto que enfoca. Qué tipo de salud comunica</i>				
	Salud Individual	Salud pública	Salud colectiva	TOTAL %	NÚMERO
Ecuador	6,6	3,1	10,3	5,1	31
Argentina	3,7	4,5	2,6	4,0	24
Colombia	20,6	28,6	17,8	24,7	149
Uruguay	2,2	0,9	0,0	1,3	8
Brasil	39,7	30,4	41,0	34,7	209
México	4,4	8,0	10,3	7,0	42
Cuba	9,6	8,0	5,1	8,3	50
Chile	5,9	7,6	7,7	7,0	42
Bolivia	0,7	1,3	0,0	1,0	6
Perú	6,6	6,3	2,6	6,0	36
Venezuela	0,0	1,3	2,6	1,0	6
TOTAL %	34,1	56,1	9,8	100	603
NÚMERO	206	338	59		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
 Elaboración propia

En la Tabla 19, se puede apreciar la distribución de la narrativa sobre salud según la entidad o sector por país que respalda el escrito. Se destaca que el sector público de Brasil lidera en mayor proporción la producción de artículos en este tema, representando el 40,2% del total. Después aparece el sector público de Cuba con un 19,5%, seguido por México con 17,1%, Colombia con 11%, Perú con 6,1%, Argentina con 3,7%, y Ecuador y Venezuela con 1,2%. En el caso de Bolivia, Uruguay y Chile, el sector público no figura como entidad auspiciante de artículos relacionados con comunicación en salud.

Del mismo modo, en lo que respecta a las ONG que respaldan artículos sobre salud, la mayoría proviene de Brasil, representando un 57,9%. En relación con otros países, un 15,8% de las ONG respaldan publicaciones sobre salud en Argentina, un 10,5% en Perú y un 5,3% en Ecuador. Es notable que no se identificaron ONG de Colombia, México, Cuba, Chile y Venezuela que patrocinen o impulsen dichas publicaciones.

En lo concerniente al soporte del sector privado a investigaciones y publicaciones sobre salud, Ecuador encabeza la producción de artículos con un 42,4%, seguido por Colombia con un 23,1%, México con un 15,4%, Brasil con un 7,7%, y Cuba, Bolivia y Perú con un 3,8%. En relación con el sector privado de países como Venezuela, Chile, Uruguay y Argentina, no se identifican como promotores de artículos sobre salud.

Las universidades juegan un papel destacado en Brasil y Colombia en el auspicio de este tipo de publicaciones, representando el 37% y el 32,3%, respectivamente. Le sucede el sector universitario de Chile (11,1%), Cuba (5,1%), Perú (3,8%), Argentina y México (2,6%), a diferencia de países como Uruguay y Ecuador, donde tiene una participación de apenas el 1,7%. De manera similar, el respaldo de universidades en Venezuela (1,3%) y Bolivia (0,9%) a este tipo de escritos es bastante reducido.

En cuanto a los investigadores independientes, Colombia lidera en la promoción de este tipo de producción, representando un 22,2%. Le sigue Perú con el 19,4%, Brasil con el 13,9%, México y Cuba con el 11,1%, y Ecuador y Argentina con el 8,3%. Aunque no se evidencian diferencias sustanciales entre los países en este aspecto, es notable la ausencia de investigadores independientes respaldando y auspiciando escritos sobre salud en países como Uruguay, Bolivia y Venezuela.

Una vez más, con pesar se constata la ausencia de escritos provenientes de organizaciones sociales, barriales, pueblos y nacionalidades indígenas o campesinas en ninguna de estas tres bases de datos dentro del período 2000 - 2021, al igual que en ningún país.

Tabla 19
**Entidad o sector al que pertenece la narrativa sobre salud
según países (2000 – 2021)**

País	Entidad o sector que está atrás del escrito							
	Sector público	Sector privado	Organización social, barrial, indígena o campesina	Universidad	ONG	Investigador independiente	TOTAL %	NÚM.
	Porcentaje %							
Ecuador	1,2	42,4	-	1,7	5,3	8,3	5,1	31
Argentina	3,7	0,0	-	2,6	15,8	8,3	4,0	24
Colombia	11,0	23,1	-	32,3	0,0	22,2	24,7	149
Uruguay	0,0	0,0	-	1,7	5,3	0,0	1,3	8
Brasil	40,2	7,7	-	37,0	57,9	13,9	34,6	209
México	17,1	15,4	-	2,6	0,0	11,1	7,0	42
Cuba	19,5	3,8	-	5,1	0,0	11,1	8,3	50
Chile	0,0	0,0	-	11,1	0,0	5,6	7,0	42
Bolivia	0,0	3,8	-	0,9	5,3	0,0	1,0	6
Perú	6,1	3,8	-	3,8	10,5	19,4	6,0	36
Venezuela	1,2	0,0	-	1,3	0,0	0,0	1,0	6
TOTAL%	20,6	6,6	0	58,7	5,1	9	100	603
NÚM.	124	40	0	354	31	54		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

Al examinar la producción de documentos sobre comunicación en salud en distintos países de América Latina y su perspectiva en salud, reflejada en la Tabla 20, se destacan claramente los enfoques de pensamiento crítico en la región. Brasil encabeza la producción de documentos relacionados con la determinación social de la salud (36%), así como en el abordaje de determinantes sociales de la salud (29,9%) y la perspectiva biomédica (42,1%). Colombia, por su parte, presenta un elevado porcentaje de publicaciones en determinación social de la salud (22%), determinantes sociales de la salud (27,9%) y perspectiva biomédica (20,7%). En cuanto a las publicaciones sobre la determinación social de la salud, México ocupa el tercer lugar con un 10%, seguido por Ecuador, Cuba y Chile (todos con un 8%), Argentina (4%), y finalmente Perú y Venezuela, ambos con un 2%. Uruguay y Bolivia no registran publicaciones sobre determinación social de la salud, y el Salvador, como habíamos mencionado, ni siquiera aparece.

Si bien la influencia de la escuela de pensamiento ecuatoriano en Brasil es evidente, el país también cuenta con referentes destacados en el ámbito de la salud colectiva, tales como Cecília Donnangelo y Naomar de Almeida Filho.

Tabla 20
Mirada de la comunicación en salud según países (2000 – 2021)

País	<i>Cuál es la perspectiva, la mirada en salud</i>					
	Determinación social de la salud / Epidemiología crítica / Salud Colectiva	Determinantes sociales de la salud (acción sobre factores de riesgo separados)	Mirada esencialmente farmobiomédica, clínico-hospitalaria, positivista, reduccionista, individual y asistencialista	Otra	TOTAL %	NÚM.
	<i>Porcentaje %</i>					
Ecuador	8,0	4,1	5,0	20,0	5,1	31
Argentina	4,0	2,9	4,3	40,0	4,0	24
Colombia	22,0	27,9	20,7	40,0	24,7	149
Uruguay	0,0	0,5	2,9	0,0	1,3	8
Brasil	36,0	29,9	42,1	0,0	34,6	209
México	10,0	7,8	5,0	0,0	7,0	42
Cuba	8,0	8,3	8,6	0,0	8,3	50
Chile	8,0	7,8	5,7	0,0	7,0	42
Bolivia	0,0	1,0	1,4	0,0	1,0	6
Perú	2,0	8,3	4,3	0,0	6,0	36
Venezuela	2,0	1,5	0,0	0,0	1,0	6
TOTAL %	12,4	51,1	35,2	1,3	100	603
NÚMERO	75	308	211	8		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

En resumen, los hallazgos de este estudio validaron la hipótesis acerca de las concepciones, valores y significados que se comunican mediante una narrativa especializada desde una perspectiva biomédica, individual, reduccionista, cartesiana, positivista y funcional de la salud. Esta perspectiva está asociada con intereses predominantes en el mercado farmobiomédico y los sectores clínicos e individuales de la atención médica, centrada en una lógica de mercado y en los intereses políticos y económicos del capitalismo hiperneoliberal. Dichos resultados subrayan la necesidad de una reflexión crítica sobre esta realidad para fomentar enfoques más integrales en la comprensión y abordaje de la salud.

A continuación, se presenta un análisis de la imagen que predomina en la comunicación en salud.

3.2. Análisis de la imagen en salud

3.2.1. Comunicación visual en salud

Como se señaló anteriormente, la comunicación crítica en salud puede desempeñar un rol fundamental como praxis mediadora y de ruptura, ya que, estando social, ecológica y culturalmente determinada, construye procesos por un vivir saludable, soberano, sustentable y solidario. En la actualidad, las imágenes tienen un papel crucial en la comunicación, ya que son una forma de comunicación en sí misma. Por esta razón, es de gran importancia reflexionar sobre el papel que juega la comunicación visual en nuestras vidas, profesiones y luchas, tanto en las imágenes que recibimos como en las que producimos.

En ese sentido, la imagen en salud es generadora de miradas, identidad, ideología, sentidos y valores. La comunicación visual transmite y construye información y significados, es decir, comunica. Por lo tanto, para hacer comunicación crítica en salud, es indispensable comprender e instrumentalizar este camino de doble vía entre una teoría crítica de la comunicación y la salud colectiva. Para lograrlo, se hace necesario realizar un análisis del estado del arte de la imagen en salud.

De esta manera, cuando realizamos nuestra tesis de grado en la Maestría en Comunicación en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, desarrollamos una matriz de análisis crítico de la imagen como herramienta de acción; fundamentada en nuestra propuesta desde el *paradigma crítico del diseño de comunicación visual*. Como sabemos, la construcción de una matriz de esta naturaleza exige una base teórica crítica en áreas como el diseño, la sociedad, el ambiente, la cultura y la comunicación, entre otras (Breilh MJ 2018, 51- 59). Una matriz es un enlace entre el análisis de una postura social y ética, así como una adhesión social en un espacio sociohistórico concreto, que recurre a elementos de contenido y forma adecuados. De ahí que esta matriz de análisis crítico de la imagen lo que busca es redefinir e integrar para transformar. En ese sentido, para transformar la imagen, hay que conocerla en profundidad, distinguir cómo se la construyó y aprender a mirarla.

Por lo tanto, el objetivo de esta matriz no es meramente formal o de un análisis técnico de la imagen. La mayoría de sus categorías no se basan en la composición visual física observada, sino en elementos sociohistóricos, sociales y culturales que están por detrás. De ahí que, para analizar cualquier pieza de diseño gráfico utilizando esta matriz, necesariamente, debemos realizar una investigación más profunda de la misma (Tabla 21).

Tabla 21
Matriz de análisis crítico de la imagen

Finalidad social: del diseño de comunicación visual	Tendencia / Escuela del diseño	Paradigma metodológico	Espacio social / Comunicación	Perspectiva social		Contenido de la imagen							Elementos formales (color, línea, espacio, etc.)
				Adaptación social	Ética social	Región política y propaganda	Elementos estéticos clásicos	Simbolismo y modernidad	Clase	Étnica	Género	Interculturalidad	
1. Arte, cultura e identidad													
2. Interés social (social, político, económico)													
3. Educación													
4. Movimientos políticos (Movimiento, Quilombo y otros movimientos)													
5. Organizaciones y movimientos sociales													
6. Propaganda política (partidos y movimientos políticos)													
7. Publicidad y comercial													
8. Otro													

Fuente: Tesis De lo comercial a lo social: desafíos del diseño gráfico y la comunicación, 2018.
Elaboración propia

Dado el elevado número de imágenes evaluadas -207 en el ámbito sociohistórico, 178 con relación al sesgo racial, 180 relacionadas al enfoque de derechos humanos, género y diversidades, y 207 en el ámbito intercultural-, resultó inviable aplicar de manera exhaustiva la *matriz de análisis crítico de la imagen*. No obstante, algunos de sus elementos se utilizaron para crear la *guía de caracterización documental y gráfica*, que se presenta en la sección de Metodología, y que se aplicó para el estudio tanto gráfico como narrativo. Aunque no se utilizó la matriz completa, es importante resaltar que es una herramienta fundamental para el análisis crítico de la imagen en el contexto de la comunicación en salud.

Para el estudio de las imágenes, se eligió la portada de los libros o artículos utilizados como fuentes de información, o en su defecto, la cubierta de la revista que publicaba el artículo. En situaciones en las que la imagen resultaba excesivamente

abstracta, no era factible analizarla en relación con el tema específico o simplemente no estaba disponible, se la consideró como “ausente” (*missing*) para mantener la precisión de los porcentajes derivados del análisis. Se tomó tal decisión ya que, al estudiar gráficamente los artículos de salud en las tres bases de datos, observamos que había una gran cantidad de imágenes abstractas que no estaban relacionadas con el tema en discusión. En algunos casos, estas imágenes estaban asociadas con la institución que publicaba el artículo a través de su logotipo en la portada, sin ofrecer información relevante para el análisis. Por lo tanto, la cantidad de imágenes sujetas a análisis (como se ha mencionado, el número depende del tema) es menor que la de la base narrativa examinada (603 publicaciones).

Se observa ausencia de interés en el aspecto gráfico, junto con una falta de coherencia entre la imagen y el contenido teórico de los artículos. Este hecho sugiere, además, una subestimación de la importancia atribuida a la comunicación visual por parte de los autores y las instituciones encargadas de la edición y publicación. A pesar de que la comunicación visual desempeña un papel crucial en la comprensión y difusión del contenido teórico, el diseño gráfico aún se percibe como un simple adorno, un elemento utilitario o comercial, y no como parte fundamental del discernimiento y construcción teórica, pedagógica y de praxis en el ámbito de la salud.

Es notorio observar cómo las revistas indexadas, sobre todo en salud, se centran en una perspectiva cuantitativa y tienden a desvalorizar, o incluso descartar, aspectos cualitativos, incluyendo la comunicación visual. Para tal perspectiva positivista, funcional y tecnocrática, centrada en la “ciencia dura”, la imagen se considera un factor secundario. Esta actitud contrasta con la importancia que se da a la imagen en otros ámbitos, como el marketing y la publicidad, donde se reconoce su papel fundamental en la venta de productos. Es decir, una imagen-mercancía.

Tal como hemos señalado, la imagen desempeña un papel crucial en la sociedad contemporánea. Está muy presente como mecanismo de hegemonía y como medio para imponer modos de vida, estilos de vida, patrones de consumo y formas de pensar. Por eso es importante distinguir el indispensable y valioso rol que desempeña la comunicación y la imagen en el ámbito de la salud; esencial para el fortalecimiento de la salud colectiva y la justicia comunicativa en salud.

Como se observa en la Tabla 22, al analizar la coherencia entre la narrativa y la imagen de los artículos, se evidencia poca conexión. Solo el 5,4% de los documentos

sobre salud colectiva presentan portadas relacionadas con este enfoque, mientras que el 24,3% exponen imágenes concernientes a la salud individual, y 32,4% a la salud pública.

En cuanto a los artículos cuyo enfoque es la salud individual, se observa una mayor coherencia con la portada presentada, alcanzando un 31,9%. No obstante, algunos de estos artículos presentan imágenes que corresponden a la salud pública (21,2%), y casi nulas a la salud colectiva (0,9%).

Además de la falta de coherencia epistemológica entre la narrativa y la imagen, es visible una clara subrepresentación de la salud colectiva en los artículos y las imágenes analizadas, con porcentajes muy bajos, en comparación con la salud individual y la salud pública. Este hecho es evidente en la Tabla 22, donde se aprecia que la salud colectiva solo representa un 2,1% de las imágenes analizadas, mientras que la salud individual y la salud pública representan un 28,8% y un 27,9%, respectivamente.

El enfoque de salud individual es el que más recurre a imágenes abstractas para representar sus contenidos, con un porcentaje del 46%, seguido por la salud pública con un 38,9%, y finalmente la salud colectiva con un 37,8%. Es así como, un alto porcentaje de las portadas (41,2%), no pudieron ser categorizadas debido a que presentaban una imagen abstracta que no permitía una interpretación clara o coherente.

No se busca sugerir que no deban utilizarse imágenes abstractas para crear comunicación visual en salud. No obstante, es relevante subrayar que este tipo de comunicación visual tiende a tener un impacto y significado menos contundente, dada su interpretación más individual y neutral. Cuando se combina la narrativa con una comunicación visual crítica en salud, el resultado suele ser más “eficaz”, coherente y didáctico.

Por ende, hay que destacar la importancia de la educación y formación universitaria y comunitaria en comunicación crítica en salud, así como en el *paradigma crítico del diseño de comunicación visual*. De este modo, se puede alcanzar una comprensión más profunda y rigurosa sobre cómo la comunicación y la imagen influyen en la construcción de significados y percepciones en torno a la salud. Esto, a su vez, contribuirá a una teoría y práctica más coherente, consciente, innovadora, eficaz, equitativa y ética, tanto en el ámbito de la salud como en el de la comunicación.

Tabla 22

Enfoque de la imagen en la comunicación en salud (2000 – 2021)

		<i>La portada u otra imagen utilizada corresponde principalmente a qué tipo de salud</i>				
		Salud Individual	Salud pública	Salud colectiva	Imagen abstracta	TOTAL
		<i>Porcentaje %</i>				
<i>Cuál es el objeto que enfoca. Qué tipo de salud comunica</i>	Salud Individual	31,9	21,2	0,9	46,0	34.1
	Salud pública	27,9	31,1	2,1	38,9	56.1
	Salud colectiva	24,3	32,4	5,4	37,8	9.8
	TOTAL	28,8	27,9	2,1	41,2	100,0

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

3.2.2. Análisis de las portadas

Para profundizar en el análisis de la imagen en salud, se seleccionaron algunas portadas que permitieran una mejor comprensión del estudio. De este modo, se buscó ofrecer una visión más clara de cómo abordaríamos el análisis. En este caso, la observación se basó en cinco dimensiones: a) enfoque en salud, b) interculturalidad, c) derechos humanos, género y diversidades, d) mirada sociohistórica y e) no racismo.

a) Enfoque en salud

En el análisis de enfoque en salud, se evaluaron las siguientes alternativas: salud individual, salud pública, salud colectiva o imágenes abstractas. Con el fin de brindar una descripción más detallada de la clasificación de las imágenes estudiadas, se presentan a continuación algunos ejemplos de portadas.

En el primer caso (Imagen 5), se aprecia una portada que presenta las manos casi albinas de un hombre, predominando el color blanco en toda la composición. Este diseño refleja una perspectiva occidental, biomédica, iluminista e higienista de la salud. Además, se utilizan medicamentos como símbolo de salud.

En el segundo caso (Imagen 5), a pesar de que se representa una mano negra de mujer, es crucial reconocer que el ámbito médico exhibe una persistente racialización y una estructura jerárquica y patriarcal. En otras palabras, la inclusión de una mano negra no siempre conlleva la creación de una imagen menos racista. Usualmente, las representaciones de temas relacionados con enfermería suelen incluir a mujeres, a diferencia de las representaciones médicas que con frecuencia presentan a médicos

hombres. Similar a la primera imagen, la conceptualización de la salud se centra en lo individual y en el ámbito clínico-hospitalario, vinculado en este caso con la temática de las vacunas (la jeringa es central en la composición). En ninguno de estos ejemplos se destaca la presencia de la comunidad, los ecosistemas ni los procesos colectivos asociados con una perspectiva sociohistórica, multidimensional y compleja de la salud.



Imagen 5 **Enfoque de la comunicación visual en salud: portadas de salud individual**
Fuente: Revista Salud Pública de México vol. 61 no. 5 (2019) / Revista Nursing vol 24 no. 278 (2021)

En la Imagen 6, dos ejemplos muestran cómo la comunicación visual en salud pública a menudo se enfoca en la transmisión unidireccional de información sobre temas específicos de salud, como la prevención de enfermedades o la promoción de estilos de vida saludables, así como en la vigilancia epidemiológica, en lugar del monitoreo comunitario participativo. Aunque la composición de las imágenes ya no está limitada a un entorno hospitalario con profesionales vestidos de bata blanca, estetoscopios y jeringas, el enfoque de la salud sigue siendo predominantemente biomédico e individual. La salud se reduce a la ausencia de enfermedades y se enfoca principalmente en el cuerpo individual y sus procesos biológicos. Si bien se pretende un enfoque centrado en la población, como se ha mencionado anteriormente, a menudo no es participativo ni desde

una perspectiva intercultural. Esto está vinculado a categorías fundamentales propuestas por Charles Briggs y Daniel Hallin, tales como justicia comunicativa en salud, biocomunicabilidad, biomedicalización y biomediatización. Dichas categorías fueron examinadas en el segundo capítulo de este documento, específicamente en el subcapítulo “Determinación social de la imagen y justicia comunicativa en salud”.

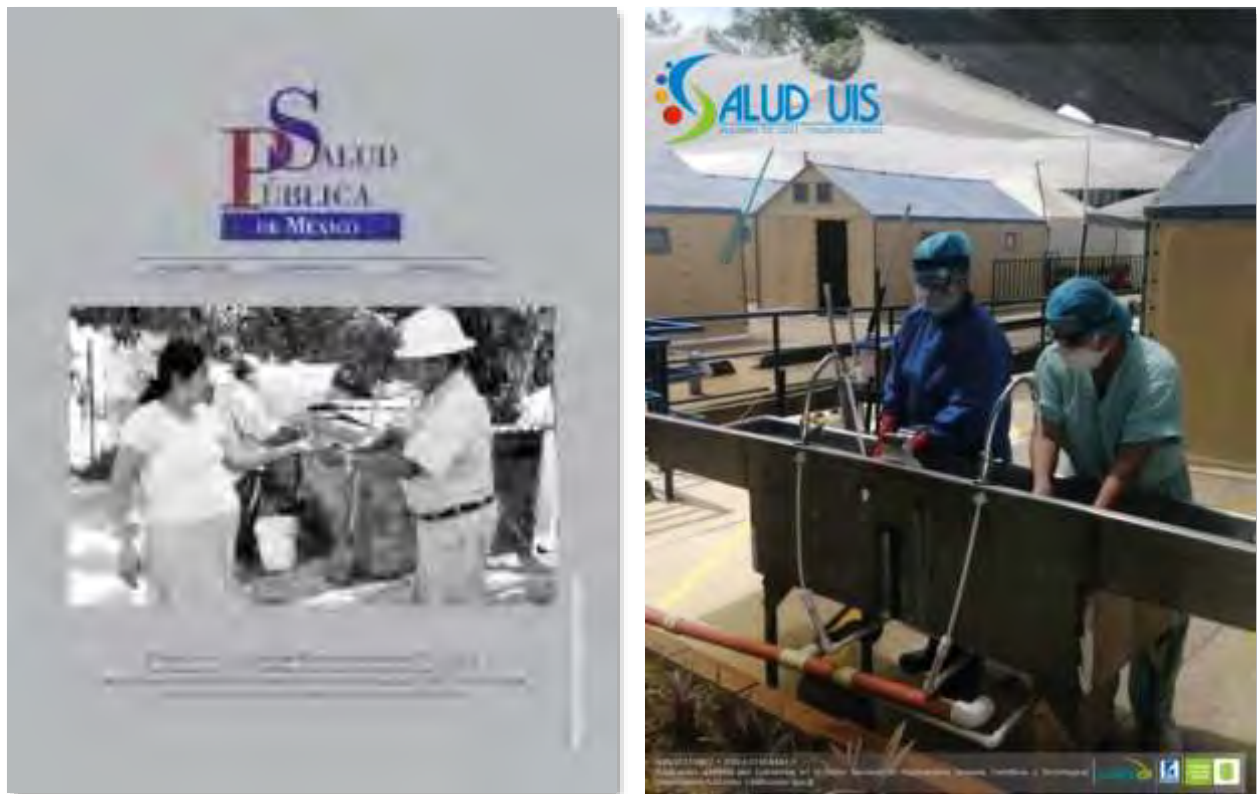


Imagen 6 Enfoque de la comunicación visual en salud: portadas de salud pública
Fuente: Fuente: Revista Salud Pública de México vol. 55 no. 2 (2013) / Revista Salud UIS vol. 52 no. 4 (2020)

Antes de realizar este análisis, es importante señalar que se constató una escasez de portadas que podrían clasificarse como representativas de la salud colectiva. Desde una perspectiva crítica de la comunicación visual, algunas de las portadas que entraban en esta categoría (salud colectiva) pudieron ser concebidas con mayor creatividad, conciencia, sensibilidad, estética y profundidad.

En la Imagen 7, en la primera portada, a pesar de que la composición no abarca todos los procesos o no los encarna como desearíamos, se resalta el rol de la academia (que se espera tenga una presencia menos formal y refleje diversidad de tonos de piel, alejándose de la blancura predominante de occidente), el trabajo en redes interculturales

de solidaridad para fortalecer procesos o la toma de decisiones, y la importancia de otorgar voz a la niñez. Asimismo, se reconoce la relevancia del planeta y la agricultura como elementos esenciales en el análisis de la salud y la vida. Aunque la imagen está dividida en recuadros, se sugiere una idea de integralidad en la representación de los diversos aspectos que convergen en la salud colectiva.

En la segunda imagen, se pone de relieve el metabolismo sociedad-naturaleza, destacando los tonos verdes y azules vinculados a temas ambientales, abarcando procesos industriales que forman parte de este movimiento de elementos tanto protectores como destructivos. El ser humano es representado como tejido, cuidado y sostén del planeta, subrayando la diversidad y pasando a un segundo plano, lo que podría interpretarse como un enfoque no “antropocéntrico”. La tonalidad grisácea en los rostros brinda una perspectiva no racista.



Imagen 7 **Enfoque de la comunicación visual en salud: portadas de salud colectiva**

Fuente: Fuente: Revista Global Health Promotion vol. 28 no. 2 (2021) / Revista Ambiente y Sociedad vol. 16 no. 2 (2013)

Por último, en la Imagen 8 se presentan dos ejemplos de portadas que fueron consideradas abstractas. Dichas portadas quedaron excluidas del análisis, por lo que no incidieron en el porcentaje total.

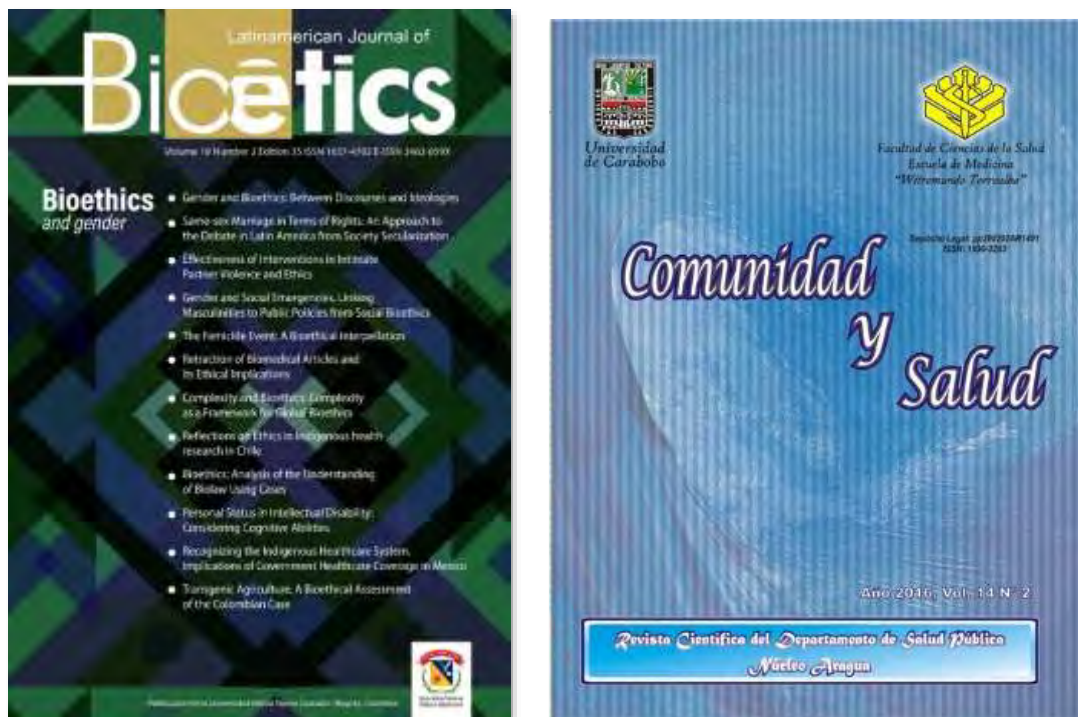


Imagen 8 **Enfoque de la comunicación visual en salud: portadas abstractas (2000 – 2021)**
Fuente: Revista Bioethics vol. 18 no. 2 (2002) / Revista Comunidad y Salud vol.14 no. 2 (2016)

Es importante recalcar que, para el análisis de las portadas se utilizó una escala de evaluación en las demás dimensiones (mirada sociohistórica, interculturalidad, perspectiva de género y enfoque no racista). Esta escala consistió en cuatro niveles: definitivamente no, probablemente no, probablemente sí y definitivamente sí. Como se detalló con mayor profundidad en el capítulo metodológico, agregar opciones más allá de “sí” y “no” en una escala de evaluación mejora la recopilación de datos cualitativos al abordar la complejidad y las variaciones en las respuestas. Este enfoque contribuye a la solidez y precisión de un estudio cualitativo más riguroso, aportando una mayor profundidad y matices al análisis.

A continuación, se presentan portadas que cumplen con cada uno de los criterios analizados.

b) Interculturalidad

Esta portada (Imagen 9) exhibe a una mujer, posiblemente oriunda de la Amazonía de Brasil, cuya presencia, actitud y atuendo transmiten trabajo, sabiduría, fortaleza y esperanza. A través de su “voz”, desde narrativas propias y de otras tierras, ella revela, da cuenta de realidades a través de las cartas. La mujer se encuentra en su hogar, rodeada de símbolos significativos: una guitarra, fotografías de retratos, cruces, un mueble protegido con una tela, santos y cartas. La guitarra destaca la importancia de la cultura popular, las fiestas, la minga, la solidaridad, así como la espiritualidad y el duelo. Los retratos colgados en la pared representan familia y comunidad. Se plasma una escena típicamente arraigada en la cultura popular y campesina latinoamericana.



Imagen 9 Portada con enfoque intercultural
Fuente: Revista RECIIS vol.16 no.3 (2021)

En contraste con la Imagen 9, la Imagen 10 carece de una perspectiva intercultural y colectiva, lo que implica que no incorpora una visión integral de la salud. No muestra ningún tipo de valoración por la diversidad, la sabiduría y la cultura popular. La portada

es plana y se centra exclusivamente en la imagen de una mujer “blanca” de mediana edad, cuya postura y expresión, así como el cartel que sostiene con sus manos, sugieren la idea de que la solución a los problemas de salud -en este caso las enfermedades que produce el tabaco- se relacionan solamente con elecciones individuales (estilos de vida). A diferencia de la imagen anterior, su entorno “no tiene gracia”; es completamente blanco, ordenado, impecable; sin ningún elemento “disruptivo” que transmita fuerza, diversidad e interculturalidad. Comunica una sensación de homogeneidad y uniformidad. El rostro, que debería expresar tanto angustia como empatía y solidaridad, e incorporar a diversos grupos y clases sociales para persuadir sobre los riesgos del tabaquismo, proyecta lo opuesto, y no logra influir positivamente.



Imagen 10 Portada sin perspectiva intercultural

Fuente: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2017)

c) Enfoque de derechos humanos, género y diversidades

La siguiente portada (Imagen 11) presenta una fotografía que muestra a un grupo diverso de jóvenes colaborando en el ámbito educativo, transmitiendo un mensaje de

solidaridad. Esta imagen evita estereotipos y refleja la importancia de la pedagogía solidaria como elemento protector y emancipador (la educación como práctica de libertad de Paulo Freire), desde una perspectiva crítica de la salud y la comunicación. Asimismo, la diversidad y la inclusión equitativa en el entorno educativo resaltan una perspectiva centrada en derechos humanos, género y diversidades. El lugar de trabajo y sus expresiones también transmiten una sensación de equidad, comodidad y calidez. La representación de grupos marginados, como las mujeres, en condiciones iguales, está presente en un entorno artístico que cuenta con un mural al fondo. Se destacan símbolos significativos, como el hecho de que las mujeres del grupo son quienes sostienen la computadora, los lentes y los escritos.

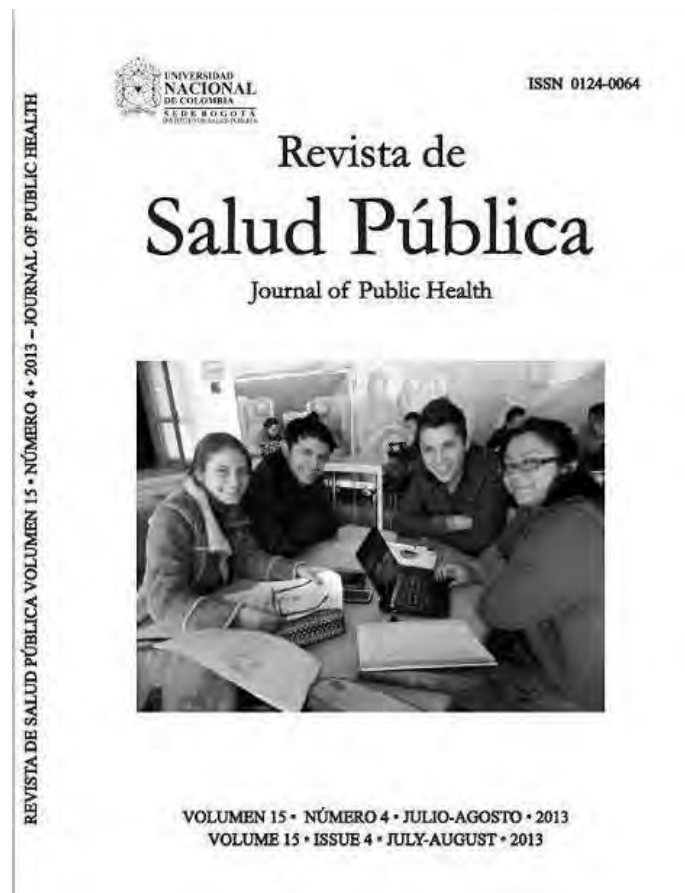


Imagen 11 **Portada con enfoque de derechos humanos, género y diversidades**
Fuente: Revista Salud Pública vol.15 no.4 (2013)

Por el contrario, la Imagen 12 presenta un ambiente universitario similar, pero con una mirada distinta. La portada se enfoca en hombres y fórmulas matemáticas, lo que denota un enfoque cuantitativo de la salud y las ciencias consideradas “duras” basadas en

el método científico. Esta visión de la salud utiliza datos objetivos y verificables que permiten comprender los factores de riesgo y establecer relaciones causales entre ellos. Como vemos, es todo lo opuesto a lo que se propone desde la epidemiología crítica.

La ciencia, como muchas otras esferas de la sociedad, ha sido históricamente dominada por hombres. Esto se debe a la estructura patriarcal de la sociedad que ha perpetuado la idea de que las mujeres no son tan capaces como los hombres para desempeñarse en campos intelectuales, incluyendo la ciencia. Igualmente, la ciencia se ha basado en gran medida en la idea de la objetividad, lo que ha llevado a la eliminación de las experiencias y perspectivas de las mujeres y otros grupos marginados en el método científico. Este sesgo de género ha llevado a la exclusión de las mujeres en la toma de decisiones, la asignación de fondos y la selección de temas de investigación.



Imagen 12 **Portada sin enfoque de derechos humanos, género y diversidades**
Fuente: Revista de Salud pública de México. vol. 34 num 1 (2004)

d) Mirada sociohistórica

En la Imagen 13 se ve a un niño o una niña con su ropita sucia cargando a un bebé; están solos, lo que refleja claramente su condición de vulnerabilidad. Se encuentra mirando fijamente una pared empapelada de anuncios y artículos de periódicos, como queriendo encontrar una salida que mejore su condición de vida, la de su familia y de su comunidad. O, simplemente, le dé un momento de diversión, con los dibujos que encuentra, ya que -probablemente- no sabe leer. Esto es paradójico ya que los medios hegemónicos y convencionales, al estar alineados a los grupos de poder económico y político, no construyen una salida que haga frente a la inequidad y la injusticia. Todo esto que transmite la imagen, tiene que ver con una mirada sociohistórica de la salud. Recordemos que es una revista de salud pública, no de otro tema.

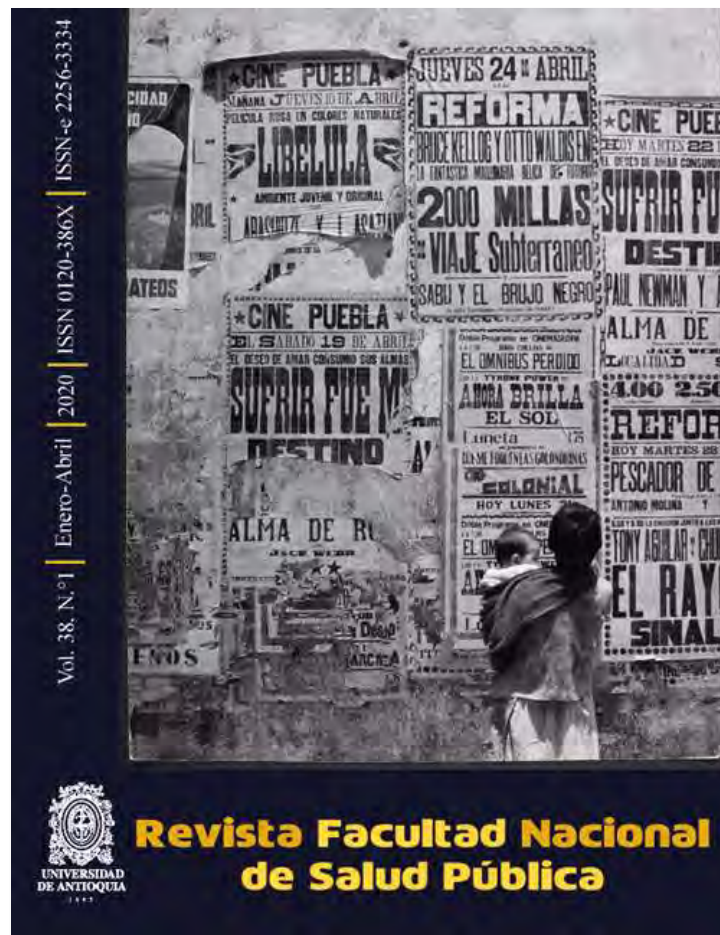


Imagen 13 **Portada con enfoque sociohistórico**

Fuente: Revista Salud Pública vol.15 no.4. Universidad de Antioquia (2013)

La Imagen 14, por el contrario, carece completamente de enfoque sociohistórico. De ahí que, refuerza la mirada biomédica y positivista de la salud, desde una perspectiva

reduccionista y mecanicista que se enfoca en la biología y la fisiología del cuerpo humano. La portada está en sintonía con la temática abordada en este documento, ya que sus artículos se centran en factores de riesgo (lógica causal-funcionalista) y comorbilidades asociadas a diversas afecciones. Asimismo, por ejemplo, se examina el virus del Zika y sus “determinantes sociales” en una región de salud específica en Santiago de Cuba.

Por el contrario, la salud colectiva desde el pensamiento crítico, complejo, superando el reduccionismo de la lógica causal-funcionalista se enmarca en el paradigma de la determinación social de la salud, como proceso multidimensional que requiere una visión metacrítica que rebasa la “lógica del pico del iceberg” para incorporar una mirada transdisciplinaria e intercultural que se construye a tono con las relaciones sociales, de género y etno-culturales (Breilh 2021).



Imagen 14 **Portada sin perspectiva sociohistórica**
Fuente: Revista Medisan. Vol 23 no.3 (2019)

e) Mirada no racista

La Imagen 15 muestra a una niña de ascendencia indígena, posiblemente de la región amazónica de algún país latinoamericano. En la composición visual, no se recurre a representaciones convencionales asociadas con la salud, como las típicas imágenes sacadas de “image bank”³⁴, que suelen presentar a personas de tez clara con ojos azules o verdes, en entornos médicos blancos y azules, luminosidad blanca, junto a objetos como estetoscopios, vacunas o pastillas.

El fondo de la portada es blanco, pero hay un contraste muy potente con el significado y los colores de la fotografía, lo que le quita completamente correspondencia con una mirada racista e higienista de la salud.

Desde el punto de vista étnico-racial, la ubicación de la niña es importante, ya que representa una salud territorializada (geografía crítica). Existe una relación directa entre la segregación territorial y una propuesta de comunicación en salud no racista. La segregación territorial en numerosas ciudades y países ha llevado a una concentración de poblaciones racializadas de bajos recursos en barrios específicos que son más vulnerables e inequitativos. Estos barrios suelen carecer de servicios públicos básicos como seguridad, atención médica de calidad, agua potable, alcantarillado, recolección de basura, entre otros. Por tanto, una propuesta de comunicación visual en salud no racista debe reconocer y abordar las inequidades en salud que resultan de la determinación social de la salud. Su casa, claramente, tiene estas características.

³⁴ Este concepto fue previamente explicado



Imagen 15 **Portada sin sesgo racial**

Fuente: Revista de Salud Pública, vol. 20, no 2. Universidad Nacional de Colombia (2018)

Según se puede observar en la Imagen 16, la salud es retratada de manera estereotipada a través de la utilización de imágenes con personas blancas de ojos y cabello claros, lo cual refleja la predominancia histórica de las ciencias médicas en manos de blancos, particularmente hombres. Aunque la niña en la imagen es encantadora, es esencial realizar un análisis crítico para avanzar hacia una comunicación visual *otra*. Esta representación visual de la salud se ha visto influenciada por los estereotipos sociales, culturales y las normas de belleza occidentales impuestas por el capital. También el nombre de la revista refleja una mirada individual y biomédica de la salud: “Persona y bioética”. En definitiva, la siguiente imagen es un ejemplo evidente de la forma recurrente en que se representa la salud:



Imagen 16 **Portada con sesgo racial**

Fuente: Revista Persona y Bioética vol. 15 no. 1 (2011)

3.2.3. Imagen en salud y perspectiva sociohistórica

De cada diez imágenes analizadas, solo una considera procesos sociohistóricos. El 43% de las portadas analizadas “definitivamente no” aborda este tema, y solo el 9% “definitivamente sí” lo contempla (Gráfico 9).

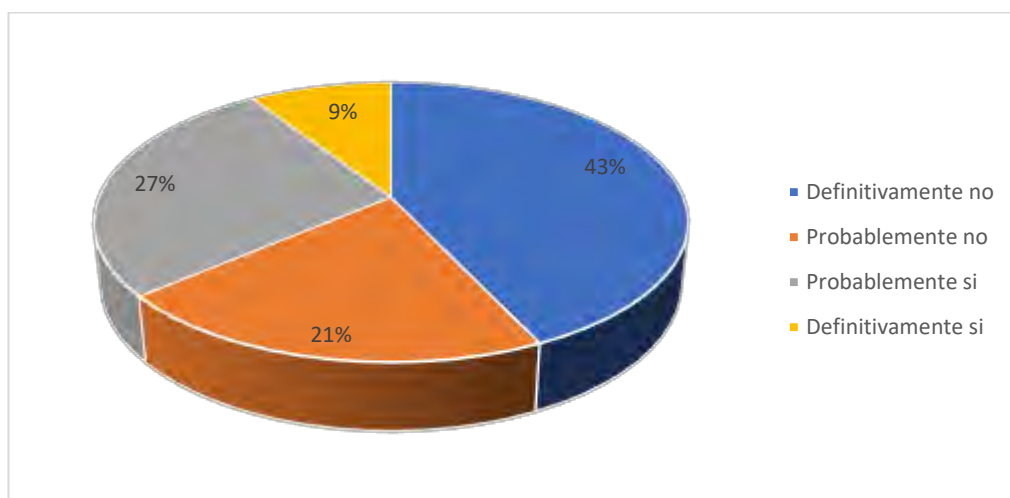


Gráfico 9 **Comunicación visual en salud y mirada sociohistórica (2000-2021)**

Fuente: Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

En la Tabla 23, que aborda el “tipo de acción en salud e imagen sociohistórica”, se evidencia una escasa presencia en la comunicación visual relacionada con este tema. Más concretamente, el 43%, es decir, 89 de los 207 documentos evaluados, no incorporan en absoluto esta perspectiva en sus imágenes, mientras que el 20,8% (43 de 207) es probable que no la incluyan. La combinación de estas dos alternativas resulta en un porcentaje significativamente alto: 63,8%. Al contrario, si combinamos las opciones “probablemente sí” y “definitivamente sí”, obtenemos un total del 36,3%, lo que significa que uno de cada tres documentos evaluados probablemente incluye una perspectiva sociohistórica en sus imágenes.

En lo que respecta a la salud colectiva, que -epistemológicamente hablando- se enfoca en una mirada sociohistórica y en una vida colectiva organizada según las estructuras de poder de una sociedad, así como en su reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza, un porcentaje reducido de documentos incluye esta mirada en sus imágenes, específicamente el 33,3%, al sumar las opciones “probablemente sí” y “definitivamente sí” (Tabla 23).

Tabla 23
Tipo de acción en salud e imagen sociohistórica (2000-2021)

	<i>En qué está enfocada principalmente la comunicación en salud</i>									
<i>Mirada sociohistórica en la imagen</i>	Acciones clínico-asistenciales	Preventiva	Políticas de salud	Medicina ancestral - Elementos culturales	Acción sobre procesos (Salud Colectiva - Monitoreo crítico participativo - Metabolismo sociedad-naturaleza)	Promoción de la salud	Vacunas	Otra	TOTAL %	NÚM.
	<i>Porcentaje %</i>									
Definitivamente no	58,3	57,9	26,5	42,9	44,4	37,7	0,0	0,0	43,0	89
Probablemente no	19,4	13,2	23,5	14,3	22,2	23,2	33,3	50,0	20,8	43
Probablemente si	16,7	18,4	38,2	28,6	22,2	30,4	66,7	50,0	27,1	56
Definitivamente si	5,6	10,5	11,8	14,3	11,1	8,7	0,0	0,0	9,2	19
TOTAL %	19,5	18	15,8	4,3	6,8	3,3	31,1	1,3	100	207
NÚMERO	117	108	95	26	41	20	187	8		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

Al examinar la Tabla 24, referente al “enfoque de la narrativa en salud e imagen sociohistórica”, se observa que, salvo por la opción “otra”, todas las categorías presentan

un alto porcentaje de la selección que indica una completa ausencia de una perspectiva sociohistórica en sus imágenes (opción: “definitivamente no”). La *mirada biomédica* obtiene un 54,4%, los *determinantes sociales de la salud* un 40,2% y la *determinación social de la salud* un 30,3%, siendo este último el porcentaje más bajo. A pesar de nuestras expectativas de encontrar un porcentaje significativamente mayor de imágenes con una mirada sociohistórica en la categoría “determinación social de la salud”, surgen incoherencias que son comunes en la comunicación visual, incluso en perspectivas más integrales de la salud. Infelizmente, esto se presenta cada vez más con mayor fuerza, ya que no se suele reflexionar sobre la relevancia de la comunicación visual en temas de salud, inclusive desde una mirada crítica.

En cuanto a la opción que indica que “definitivamente sí” incluyen una mirada sociohistórica en sus portadas, se evidencia mayor coherencia, ya que aparece un porcentaje más alto en la perspectiva de *determinación social de la salud* (23,3%), en comparación con las otras perspectivas de salud: *determinantes sociales* (7,5%) y *enfoque biomédico* (5,9%). Esto se puede observar en el cruce de variables de la Tabla 24:

Tabla 24
Enfoque de la narrativa en salud e imagen sociohistórica (2000-2021)

Mirada sociohistórica en la imagen	Perspectiva en salud					NÚM.
	Determinación social de la salud / Epidemiología crítica / Salud Colectiva	Determinantes sociales de la salud (acción sobre factores de riesgo separados)	Mirada esencialmente farmobiomédica, clínico-hospitalaria, positivista, reduccionista, individual y asistencialista	Otra	TOTAL %	
	Porcentaje %					
Definitivamente no	30,3	40,2	54,4	0,0	43,0	89
Probablemente no	23,3	21,5	17,6	50,0	20,8	43
Probablemente si	23,3	30,8	22,1	50,0	27,1	56
Definitivamente si	23,3	7,5	5,9	0,0	9,2	19
TOTAL %	12,5	51,1	35,1	1,3	100	207
NÚMERO	75	308	211	8		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

Con el propósito de ofrecer una visión más integral en relación con el uso de imágenes que incorporan perspectiva sociohistórica según el tipo de salud, la Tabla 25 revela que los porcentajes de imágenes que carecen definitivamente de esta perspectiva son elevados: 34,8% para la salud colectiva, 40,4% para la salud pública y 50% para la salud individual. En contraste, los porcentajes de imágenes que definitivamente adoptan

esta perspectiva son bajos: 17,4% para la salud colectiva, 7,9% para la salud pública y 8,6% para la salud individual. No obstante, se registra un mayor porcentaje de imágenes que “probablemente sí” incorporan una perspectiva con enfoque sociohistórico: 30,4% para la salud colectiva, 28,9% para la salud pública y 22,9% para la salud individual. En el caso de la salud colectiva, la suma de las opciones que “definitivamente sí” y “probablemente sí” manejan una imagen con enfoque sociohistórico es de 47,8%.

Tabla 25
Tipo de salud y perspectiva sociohistórica en su imagen (2000-2021)

Mirada sociohistórica en la imagen	Tipo de salud				NÚM.
	Salud individual	Salud pública	Salud colectiva	TOTAL %	
	<i>Porcentaje %</i>				
Definitivamente no	50,0	40,4	34,8	43,0	89
Probablemente no	18,6	22,8	17,4	20,8	43
Probablemente si	22,9	28,9	30,4	27,1	56
Definitivamente si	8,6	7,9	17,4	9,2	19
TOTAL %	34,1	56,1	9,8	100	207
NÚMERO	205	338	59		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
 Elaboración propia

3.2.4. Imagen en salud e interculturalidad

La proporción de imágenes que incorporan la interculturalidad como un elemento central para transmitir temas de salud es escasa. Según se evidencia en el Gráfico 10, aproximadamente un tercio de los documentos no aborda en absoluto la perspectiva intercultural a través de las imágenes utilizadas en sus artículos científicos. Solo un 8,5% lo hace de manera definitiva, lo que equivale a menos de un documento por cada diez. Esto subraya la prevalencia de la perspectiva occidental de la salud, la cual está asociada a su vez con un enfoque biomédico y positivista, tanto en la narrativa como en la imagen.

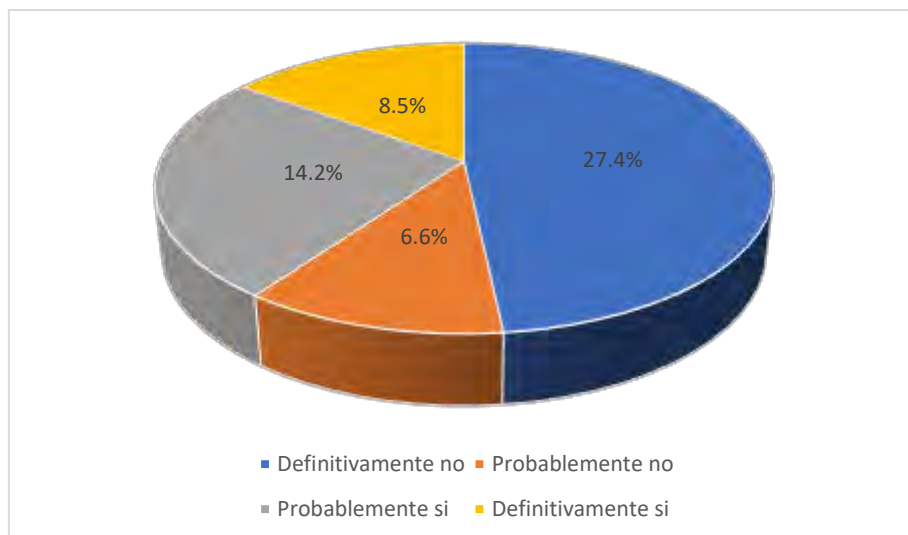


Gráfico 10 Comunicación visual en salud e interculturalidad (2000-2021)
Fuente: Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

La Tabla 26 evidencia que aproximadamente la mitad de los artículos estudiados, concretamente el 48,3% (100 de 207), no incorporan una perspectiva intercultural en sus portadas o imágenes representativas. Al sumar los casos en los que es probable que no se incluya esta perspectiva (11,6%), el total alcanza el 59,9%. Esto indica que más de la mitad de las imágenes analizadas no adoptan este enfoque. Cabe destacar que solo el 15% de las portadas examinadas lo hace de manera definitiva, lo que constituye un porcentaje considerablemente bajo. En términos numéricos, esto equivale a 31 portadas de un total de 207 evaluadas.

Además, se consideró importante analizar la concordancia entre la narrativa sobre salud y su representación visual intercultural. Como se refleja en la Tabla 26, el 67,6% de los artículos enfocados en acciones clínico-asistenciales (con un enfoque biomédico) no incorporan imágenes interculturales, lo cual era esperado. Respecto a los documentos centrados en acciones de salud pública, las imágenes sin perspectiva intercultural constituyen el 45,5% de los documentos de prevención de la salud y el 47,1% de los documentos de promoción de la salud. En el caso de los escritos sobre vacunas, el 100% “probablemente sí” incluyen una mirada intercultural en su imagen.

Esta situación podría entenderse porque, al incorporar imágenes de indígenas, afrodescendientes, montubios y mestizos en la comunicación visual sobre vacunación, se pretenda visibilizar a los grupos más vulnerables y reconocer su presencia. Sin embargo, esta estrategia también puede ser interpretada como una forma de racialización, ya que estas imágenes a menudo reproducen estereotipos y prejuicios que contribuyen a la

marginación y discriminación de estas comunidades. Además, el hecho de que estas imágenes aparezcan exclusivamente en el contexto de la vacunación, sin estar presentes en otros aspectos de la comunicación visual relacionados con la salud, sugiere que podrían estar siendo utilizadas como un recurso visual para captar la atención del público y para la mercantilización de estos productos, sin un compromiso real con la interculturalidad y la equidad. Por lo tanto, se requiere un análisis crítico más profundo para abordar de manera adecuada estos problemas en la comunicación visual en salud.

Otro hallazgo que llama la atención en la Tabla 26, es que el 35% de las portadas de documentos con un enfoque en la salud colectiva carecen de una perspectiva intercultural, lo cual no concuerda con su propuesta epistemológica. Aunque hay un 55% que sí la incorpora, sumando “definitivamente sí” (20%) y “probablemente sí” (35%). Sin embargo, es aún más sorprendente observar que el 71,4% de las portadas que acompañan escritos centrados en narrativas sobre medicina ancestral y elementos culturales “definitivamente no” incorporan una perspectiva intercultural en su composición visual, lo cual resulta paradójico. En este caso, solo un 28,6% de las imágenes realmente incluyen una configuración intercultural, distribuyéndose entre “definitivamente sí” (14,3%) y “probablemente sí” (14,3%).

Cabe destacar que el 40% de las imágenes asociadas a políticas en salud “definitivamente no” adoptan una perspectiva intercultural, y al sumar los casos de “probablemente no” (11,4%), el total alcanza el 51,4%. Esto resulta contradictorio, ya que se espera que las políticas de salud reflejen una perspectiva intercultural, tanto en su narrativa como en su comunicación visual. Es lamentable constatar que solo un 14,3% “definitivamente sí” la aborda, mientras que un 34,3% “probablemente sí” lo hace.

Tabla 16
Tipo de acción en salud e imagen intercultural (2000-2021)

Mirada Intercultural en la imagen (no folklorizada)	Enfoque de salud								TOTAL %	NÚM.
	Acciones clínico-asistenciales	Preventiva	Políticas de salud	Medicina ancestral - Elementos culturales	Acción sobre procesos (Salud Colectiva)	Promoción de la salud	Vacunas	Otra		
	Porcentaje %									
Definitivamente no	67,6	45,5	40,0	71,4	35,0	47,1	0,0	50,0	48,3	100
Probablemente no	10,8	9,1	11,4	0,0	10,0	15,7	0,0	0,0	11,6	24
Probablemente si	10,8	18,2	34,3	14,3	35,0	27,1	100	0,0	25,1	52
Definitivamente si	10,8	27,3	14,3	14,3	20,0	10,0	0,0	50,0	15	31
TOTAL %	19,5	18	15,8	4,3	6,8	3,3	31,1	1,3	100	207
NÚMERO	117	108	95	26	41	20	187	8		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
 Elaboración propia

Para evaluar con mayor profundidad la coherencia entre la perspectiva de comunicación en salud con una imagen intercultural, se realizó el siguiente cruce de información. De esta forma, la Tabla 27 revela que la categoría de *determinación social de la salud* posee un mayor porcentaje de imágenes que reflejan una perspectiva intercultural (59,4%, sumando “probablemente sí” y “definitivamente sí”):

Tabla 27
Enfoque de la narrativa en salud e imagen intercultural (2000-2021)

Mirada Intercultural en la imagen (no folklorizada)	Perspectiva en salud					
	Determinación social de la salud / Epidemiología crítica / Salud Colectiva	Determinantes sociales de la salud (acción sobre factores de riesgo separados)	Mirada esencialmente farmobiomédica, clínico-hospitalaria, positivista, reduccionista, individual y asistencialista	Otra	TOTAL %	NÚM.
	Porcentaje %					
Definitivamente no	31,3	47,1	58,8	33,3	48,3	100
Probablemente no	9,4	12,5	10,3	33,3	11,6	24
Probablemente si	37,5	25,0	20,6	0,0	25,1	52
Definitivamente si	21,9	15,4	10,3	33,3	15,0	31
TOTAL %	12,5	51,1	35,1	1,3	100	207
NÚMERO	75	308	211	8		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

Es interesante destacar que el porcentaje de imágenes que incorporan una perspectiva intercultural es ligeramente mayor al cruzarla con la categoría *determinación social de la salud* que con la *salud colectiva* (como se evidencia al comparar la Tabla 26 con la Tabla 27). Esta disparidad podría atribuirse al hecho de que la “determinación social de la salud” cuenta con una claridad epistemológica y metodológica más definida en contraste con la “salud colectiva”, aunque ambas pertenecen al mismo paradigma. Como es de conocimiento general, la determinación social de la salud hace parte de la salud colectiva.

Vale la pena mencionar que las categorías *salud colectiva* y *determinación social de la salud* han sido frecuentemente apropiadas, confundidas o incorporadas, ya sea de manera intencional o por desconocimiento, en otros enfoques como los *determinantes sociales de la salud*, lo cual se ve reflejado en la narrativa, pero también en gran cantidad de las imágenes utilizadas. Por tanto, como comunicadores, diseñadores gráficos, epidemiólogos, médicos y, en general, como productores y consumidores de comunicación e imágenes en salud, resulta crucial tener un entendimiento profundo de dichas categorías y sus diferencias epistemológicas, metodológicas y de praxis.

Como podemos ver en la Tabla 28, los *determinantes sociales de la salud* son lo opuesto a la *determinación social de la salud*. Y es esencial considerar estas diferencias al elaborar una comunicación visual socialmente determinada.

Tabla 28
Contraste de dos paradigmas diferentes: Determinación social y Determinantes sociales

Tres dimensiones de la descripción epistemológica		
DIMENSIONES EPISTEMOLÓGICAS	DETERMINANTES sociales de la salud	DETERMINACIÓN social de la salud
La salud como OBJETO	<ul style="list-style-type: none"> * DETERMINANTES como causas de una constelación de causas ('causas de las causas'). * Causas en una red de conjunciones causales. 	<ul style="list-style-type: none"> * DETERMINACIÓN como un movimiento multidimensional; conexión entre las dimensiones de la realidad: General (G); Particular (P); e Individual (I) y el metabolismo sociedad-naturaleza. * Procesos articulados a las relaciones sociales imperantes en la sociedad.
La salud como SUJETO	<ul style="list-style-type: none"> * Perspectiva del reformismo institucional * Visión desde políticas y valores para una gobernanza reformista redistributiva, en el mejor caso. * Visión y crítica desde los servidores públicos / tomadores de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> * Perspectiva colectiva basada en la comunidad hacia la reforma en el marco de una lucha por la transformación del sistema social y de salud. * Crítica de la civilización capitalista, patriarcal y colonial. * Subjetividad crítica radical desde la perspectiva de la transformación social. * Participación social empoderada y defensa de una alianza público-social con rendición de cuentas.
La salud como PRAXIS y GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none"> * Políticas y prácticas institucionales para gobernanza reformista redistributiva, en el marco de la sustentabilidad del mismo sistema. * Gestión sobre factores sociales ('causas') que impiden o limitan gobernanza impuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> * Práctica social intercultural como movimiento histórico, ligada a los intereses estratégicos de los grupos de clase-etnia-género subordinados. * Lucha para la transformación radical que engloba: las relaciones sociales de inequidad; modos de vivir malsanos y patrones culturales alienantes; territorios con metabolismos malsanos; empoderamiento social, de género y étnico.

Fuente: Breilh J. 2003. Epidemiología Crítica. Buenos Aires: Lugar Editorial / Breilh J. 2014 Epidemiología crítica; raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica en "Tras las huellas de la determinación: Memorias del Seminario Interuniversitario de Determinación Social". Morales C. y Eslava JC -eds- Bogotá: Universidad Nacional de Colombia – Universidad de Antioquia.

La correspondencia entre la perspectiva de comunicación en salud y una imagen intercultural se valida al analizar la Tabla 29. En esta tabla, la categoría *determinantes sociales de la salud* obtiene el mayor porcentaje en la opción "definitivamente no" (47,1%), que en conjunto con la opción "probablemente no", representa un porcentaje significativo de portadas que no incluyen interculturalidad en su composición visual: 59,6%.

En cuanto a la perspectiva predominante de la *salud individual, farmobiomédica, clínico-hospitalaria*, positivista, reduccionista, y asistencialista, se observa que el 69,1%

(sumando las opciones de “definitivamente no” y “probablemente no”) de las imágenes de portada no incluyen una perspectiva intercultural. Como se mencionó anteriormente, el resultado es significativamente diferente en relación con la *determinación social de la salud* cuyas portadas sí incluyen interculturalidad en un 59,4%. Esto respalda nuestra hipótesis de que la *determinación social de la salud* presenta consistencia desde el punto de vista epistemológico, metodológico y praxiológico, tanto en relación con la narrativa como de la imagen en salud representada, en marcado contraste con los *determinantes sociales de la salud*.

Lo que es ahora evidente es que el paradigma neocausal de determinantes había superpuesto algunas de las categorías originales que autores latinoamericanos habían usado y ampliamente promovido, insertándolas en el mismo molde empirista-funcional [...] El enfoque funcional de “determinantes” opera dentro de la lógica lineal fragmentadora del causalismo (i.e., “causas de las causas”), valorando y sosteniendo como su leitmotiv una gobernanza redistributiva por sobre “factores”, sólo que ahora remozados y ampliados (Breilh 2021, 115-118).

En resumen, según los datos proporcionados en la Tabla 29, que clasifica el “tipo de salud y perspectiva intercultural en su imagen”, se puede deducir que la salud colectiva es la categoría que más incorpora una perspectiva intercultural en sus imágenes, con un 60% de respuestas positivas (20% en “definitivamente sí” y 40% en “probablemente sí”). Por otro lado, tanto la salud individual como la salud pública muestran un alto porcentaje en la opción “definitivamente no”: 57,4% y 46,5%, respectivamente.

Asimismo, es importante señalar que, al considerar todos los tipos de salud (colectiva, pública e individual), el porcentaje de imágenes que “definitivamente no” presentan una mirada intercultural en su comunicación visual es alto, llegando al 48,3% (100 de 207 imágenes). Por otro lado, el porcentaje que indica que “definitivamente sí” la presentan es bajo: 15% (31 de cada 207 imágenes).

Esto nos invita a reflexionar acerca de la necesidad de defender la inclusión, la diversidad y la equidad -de igual manera- mediante la imagen, y la importancia de abordar la comunicación en salud de manera crítica y consciente, a través del *paradigma crítico del diseño de comunicación visual* que proponemos.

Tabla 29
Tipo de salud y perspectiva intercultural en su imagen (2000-2021)

Mirada intercultural en la imagen (no folklorizada)	Tipo de salud				NÚM.
	Salud individual	Salud pública	Salud colectiva	TOTAL %	
	<i>Porcentaje %</i>				
Definitivamente no	57,4	46,5	32,0	48,3	100
Probablemente no	11,8	12,3	8,0	11,6	24
Probablemente si	16,2	27,2	40,0	25,1	52
Definitivamente si	14,7	14,0	20,0	15,0	31
TOTAL %	34,1	56,1	9,8	100	207
NÚMERO	205	338	59		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
 Elaboración propia

3.2.5. Imagen en salud y enfoque de género

En el Gráfico 11, se puede apreciar una tendencia similar a la del Gráfico 10 (comunicación visual en salud e interculturalidad), donde más del 40% de las imágenes dentro de los artículos y documentos examinados no abordan el enfoque de género. En muchas de estas representaciones relacionadas con la salud, los hombres son presentados como símbolos de conocimiento y fuerza, mientras que a las mujeres se les asocia mayormente con el rol de cuidado. Solo alrededor de una de cada cinco imágenes consideró la equidad de género, como se detalla en el siguiente gráfico:

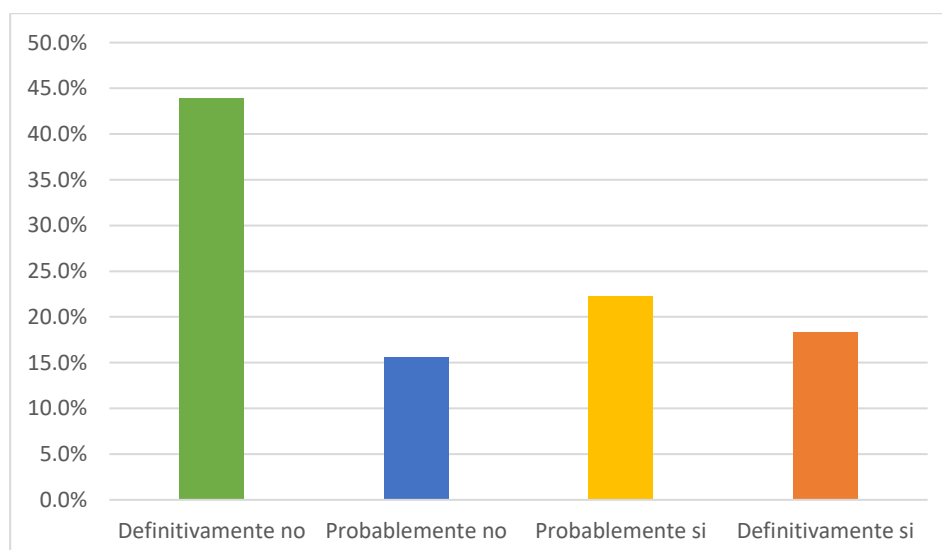


Gráfico 11 **Comunicación visual en salud y perspectiva de género (2000-2021)**

Fuente: Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
 Elaboración propia

Podemos observar que el enfoque de la salud determina el tipo de imagen que se genera y, consecuentemente, cómo son representados y valorados temas como la perspectiva de género. Notamos que la comunicación visual del enfoque biomédico clínico-asistencial no se ocupa de asuntos relacionados con una interculturalidad emancipadora (sin caer en folclorismos), ni promueve la construcción de una comunicación más democrática (que emana de diversas voces, no de una única), tendiendo a ser mayormente unidireccional, occidental, racista, clasista y, por lo tanto, careciendo de contexto histórico. Por otro lado, revela una imagen desprovista de perspectiva de género, ya que, según se evidencia en la Tabla 30, el 60,7% de las portadas con un enfoque biomédico no la incorporan de manera definitiva. Igualmente, las acciones de salud pública, como la prevención de la salud (43,8%) y la promoción de la salud (45,3%), tampoco incluyen esta mirada.

Al examinar la salud colectiva y la medicina ancestral, se observa una ausencia de perspectiva de género en algunas de las composiciones visuales de sus portadas, con un 40% y 60%, respectivamente, que “definitivamente no” la incorporan. No obstante, es importante destacar que existe un porcentaje alto que refleja que las acciones sobre procesos y no sobre factores de la salud colectiva, coherentes con su pensamiento y praxis, “definitivamente sí” incluyen una perspectiva de género en sus portadas (33,3%). En el caso de la medicina ancestral, lamentablemente, este porcentaje es menor, llegando al 20% (Tabla 30).

Tabla 30
Tipo de acción en salud e imagen con perspectiva de género (2000-2021)

	En qué está enfocada principalmente la comunicación en salud									
Mirada con perspectiva de género en la imagen	Acciones clínico-asistenciales	Preventiva	Políticas de salud	Medicina ancestral	Acción sobre procesos (Salud Colectiva)	Promoción de la salud	Vacunación	Otra	TOTAL %	NÚM.
	Porcentaje %									
Definitivamente no	60,7	43,8	30,3	60	40	45,3	0	0	43,9	79
Probablemente no	17,9	18,8	12,1	0	20	14,1	0	100	15,6	28
Probablemente sí	10,7	12,5	42,4	20	6,7	23,4	100	0	22,2	40
Definitivamente sí	10,7	25	15,2	20	33,3	17,2	0	0	18,3	33
TOTAL %	19,5	18	15,8	4,3	6,8	3,3	31,1	1,3	100	180
NÚMERO	117	108	95	26	41	20	187	8		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
 Elaboración propia

En la Tabla 31, concerniente al “enfoque de la narrativa en salud e imagen con perspectiva de género”, se nota que, en las categorías *determinación social de la salud*, *epidemiología crítica* y *salud colectiva*, los resultados alcanzados en “definitivamente no” y “definitivamente sí” son idénticos (32%). La suma de “definitivamente sí” y “probablemente sí” asciende al 52%.

Sin embargo, en las categorías *determinantes sociales de la salud* y *mirada esencialmente biomédica*, el porcentaje en la opción “definitivamente no” aumenta considerablemente en comparación con la *determinación social de la salud*, llegando a 43,9% y 50%, respectivamente. Esto equivale a que uno de cada dos documentos que pertenece a estas categorías no presenta una perspectiva de género en sus imágenes.

Tabla 31
Enfoque de la narrativa en salud e imagen con perspectiva de género (2000-2021)

<i>Mirada con perspectiva de género en la imagen</i>	<i>Perspectiva en salud</i>					
	Determinación social de la salud / Epidemiología crítica / Salud Colectiva	Determinantes sociales de la salud (acción sobre factores de riesgo separados)	Mirada esencialmente farmobiomédica, clínico-hospitalaria, positivista, reduccionista, individual y asistencialista	Otra	TOTAL %	NÚM.
	<i>Porcentaje %</i>					
Definitivamente no	32,0	43,9	50,0	0,0	43,9	79
Probablemente no	16,0	13,3	17,9	100,0	15,6	28
Probablemente si	20,0	23,5	21,4	0,0	22,2	40
Definitivamente si	32,0	19,4	10,7	0,0	18,3	33
TOTAL %	12,5	51,1	35,1	1,3	100	180
NÚMERO	75	308	211	8		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

Con el propósito de ampliar nuestra comprensión acerca de la relación entre el tipo de salud y la perspectiva de género en las imágenes examinadas, la Tabla 32 resalta que la salud colectiva es el ámbito de la salud que exhibe el porcentaje más alto de imágenes con perspectiva de género, con un 31,6% de respuestas con la opción “definitivamente sí”. Además, si a eso se suma la elección “probablemente sí”, se obtiene un porcentaje total del 52,7% de imágenes con perspectiva de género en la salud colectiva, cifra significativa en comparación con los otros tipos de salud analizados (salud individual y salud pública).

Tabla 32
Tipo de salud y perspectiva de género en su imagen (2000-2021)

<i>Mirada con perspectiva de género en la imagen</i>	<i>Tipo de salud</i>				
	Salud individual	Salud pública	Salud colectiva	TOTAL %	NÚM.
	<i>Porcentaje %</i>				
Definitivamente no	54,2	40,2	31,6	43,9	79
Probablemente no	16,9	14,7	15,8	15,6	28
Probablemente si	16,9	25,5	21,1	22,2	40
Definitivamente si	11,9	19,6	31,6	18,3	33
TOTAL %	34,1	56,1	9,8	100	180
NÚMERO	205	338	59		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

3.2.6. Imagen en salud y racismo

En contraste con los gráficos previos (Gráfico 9: enfoque sociohistórico, 10: interculturalidad y 11: perspectiva de género), el Gráfico 12 presenta un mayor porcentaje en relación con el uso de imágenes no racistas, aunque -simultáneamente- revela una proporción elevada de imágenes que sí lo son.

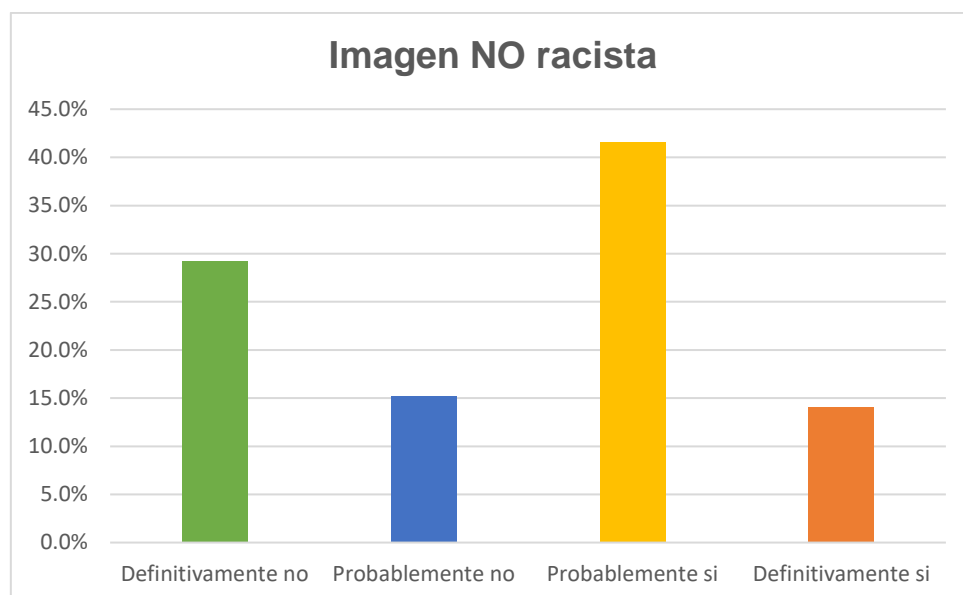


Gráfico 12 **Comunicación visual en salud sin sesgo racial (2000-2021)**

Fuente: Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

Como se evidencia en la Tabla 33, que aborda el “tipo de acción en salud e imagen sin sesgo racial”, se observa una mayor equidad étnica y no discriminación racial en las imágenes si se las compara con la narrativa de los documentos examinados. Sin embargo, este fenómeno podría atribuirse más a una estrategia promocional y de marketing, propia de una sociedad supuestamente posracial, que a un enfoque genuinamente no racista basado en derechos humanos, género y diversidades, como analizaremos más adelante.

La Tabla 33 muestra una cantidad significativa de respuestas (41,6%) que sugieren que es probable que las imágenes de las publicaciones tengan una perspectiva no racista, mientras que el 14% de las respuestas indican que definitivamente sí tienen una perspectiva no racista. Es importante destacar que estas cifras apuntan hacia una tendencia moderadamente optimista, pero, aun así, la proporción de respuestas que denotan que definitivamente se maneja una composición visual racista (29,2%) o que muy probablemente lo es (15,2%) es bastante alta.

Las dimensiones del enfoque en salud que obtuvieron la puntuación más alta en el uso de una imagen no racista (sumando las opciones “probablemente sí” y

“definitivamente sí”) son aquellas relacionadas con acciones en el ámbito público, como la salud preventiva (53,1%), políticas de salud (69,7%), promoción de la salud (60,7%), y vacunas (100%). Sin embargo, es importante recalcar que esto no implica que las políticas, derechos, así como la prevención y promoción de la salud, y el acceso e información veraz sobre vacunas, no estén estructurados de manera racializada, clasista y patriarcal.

En cuanto a las acciones clínico-asistenciales (mirada biomédica), un 46,4% de las imágenes definitivamente tienen una perspectiva racista, lo cual es alarmante. No obstante, otras categorías como la medicina ancestral y las acciones sobre procesos en salud colectiva también presentan porcentajes elevados de imágenes con sesgo racial, especialmente en el caso de la medicina ancestral con un 60%, seguida de la salud colectiva con un 37,5%.

La salud colectiva tiene un porcentaje de 18,8% de imágenes que definitivamente manejan una perspectiva no racista, que sumado a la opción que indica que “probablemente sí” la emplean (31,3%), suman 50,1%. Es decir, aproximadamente la mitad de las imágenes en salud colectiva podrían tener un enfoque no racializado ni racista. La Tabla 33 ilustra este panorama:

Tabla 33
Tipo de acción en salud e imagen sin sesgo racial (2000-2021)

<i>Mirada no racista en la imagen</i>	<i>En qué está enfocada principalmente la comunicación en salud</i>									NÚM.
	Acciones clínico-asistenciales	Preventiva	Políticas de salud	Medicina ancestral - Elementos culturales	Acción sobre procesos Salud Colectiva - Monitoreo crítico participativo - Metabolismo sociedad-naturaleza	Promoción de la salud	Vacunas	Otra	TOTAL %	
	<i>Porcentaje %</i>									
Definitivamente no	46,4	31,3	21,2	60,0	37,5	21,3	0,0	0,0	29,2	52
Probablemente no	21,4	15,6	9,1	0,0	12,5	18,0	0,0	0,0	15,2	27
Probablemente si	21,4	37,5	57,6	40,0	31,3	45,9	66,7	0,0	41,6	74
Definitivamente si	10,7	15,6	12,1	0,0	18,8	14,8	33,3	0,0	14,0	25
TOTAL %	19,5	18	15,8	4,3	6,8	3,3	31,1	1,3	100	178
NÚMERO	117	108	95	26	41	20	187	8		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

En la Tabla 34, de las 178 imágenes analizadas, 52 definitivamente tienen una perspectiva con sesgo racial, 27 posiblemente también la presentan, 74 probablemente no la tienen, y solo 25 han sido confirmadas como poseedoras de una perspectiva no racista (opción “definitivamente sí”).

A través de la Tabla 34 podemos ver la diferencia de porcentajes de imágenes con perspectiva no racista en las categorías: determinación social de la salud, determinantes sociales de la salud y mirada farmobiomédica. Resulta sorprendente notar que los porcentajes de imágenes que indudablemente reflejan una perspectiva no racista son bastante reducidos: 15,4% (determinación social), 15,8% (determinantes sociales) y 10,5% (mirada farmobiomédica). En contraste, al considerar la opción “probablemente sí”, donde se incluye la posibilidad de que una imagen que no es racista sea aplicada, los porcentajes experimentan un leve aumento: 38,5%, 45,3% y 36,8%, respectivamente.

De igual manera, generan inquietud los porcentajes asociados a las tres perspectivas de salud en las cuales las imágenes están marcadas por una mirada con sesgo racial o racializada: determinación social de la salud (23,1%), determinantes sociales de la salud (26,3%) y mirada farmobiomédica (36,8%). Como se puede apreciar, la mirada farmobiomédica destaca al presentar un porcentaje mayor de perspectiva racializada en comparación con las demás. Como sabemos, una *mirada racializada* se refiere a la interpretación o representación de algo, como una imagen, desde una perspectiva que incorpora o refleja prejuicios o estereotipos relacionados con la raza.

En comparación con las tablas anteriores, en esta ocasión, la categoría “otra” no pudo ser clasificada según el tipo de imagen, ya que las portadas en esta categoría presentaban composiciones que no se relacionaban con el análisis de la perspectiva no racista. Estas carecían de elementos como seres humanos, grupos, símbolos, signos o acciones que permitieran su evaluación.

Tabla 34
Enfoque de la narrativa en salud e imagen sin sesgo racial (2000-2021)

	<i>Perspectiva en salud</i>					
<i>Mirada no racista en la imagen</i>	Determinación social de la salud / Epidemiología crítica / Salud Colectiva	Determinantes sociales de la salud (acción sobre factores de riesgo separados)	Mirada esencialmente farmobiomédica, clínico-hospitalaria, positivista, reduccionista, individual y asistencialista	Otra	TOTAL %	NÚM.
	<i>Porcentaje %</i>					
Definitivamente no	23,1	26,3	36,8	0,0	29,2	52
Probablemente no	23,1	12,6	15,8	0,0	15,2	27
Probablemente si	38,5	45,3	36,8	0,0	41,6	74
Definitivamente si	15,4	15,8	10,5	0,0	14,0	25
TOTAL %	12,5	51,1	35,1	1,3	100	178
NÚMERO	75	308	211	8		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

Para profundizar en nuestro análisis, la Tabla 35 presenta el porcentaje de imágenes que incorporan o excluyen una perspectiva racista en tres categorías de salud: colectiva, pública e individual. La suma de las opciones “definitivamente sí” y “probablemente sí” arroja los siguientes resultados en términos de representación visual **no racista**: salud colectiva 60%, salud pública 56,6% y salud individual 52,6%. Sin embargo, es importante destacar que estas cifras son relativas y están condicionadas por diversos componentes, los cuales serán aclarados posteriormente.

Tabla 35
Tipo de salud y perspectiva sin sesgo racial en su imagen (2000-2021)

	<i>Tipo de salud</i>				
<i>Mirada no racista en la imagen</i>	Salud individual	Salud pública	Salud colectiva	TOTAL %	NÚM.
	<i>Porcentaje %</i>				
Definitivamente no	33,9	26,3	30,0	29,2	52
Probablemente no	13,6	17,2	10,0	15,2	27
Probablemente si	40,7	41,4	45,0	41,6	74
Definitivamente si	11,9	15,2	15,0	14,0	25
TOTAL %	34,1	56,1	9,8	100	178
NÚMERO	205	338	59		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

La presencia de una perspectiva racista en la comunicación visual se manifiesta a través de la representación estereotipada y caricaturesca de individuos y grupos étnicos.

Estas imágenes refuerzan la visión históricamente predominante y eurocéntrica en la comunicación visual, promoviendo la discriminación y la exclusión de grupos no blancos. En la época colonial, por ejemplo, las imágenes predominantes folclorizaron lo indígena y lo afro y lo trataron de manera deplorable. Durante el dominio español, y después, en América, la imagen (tanto en fotografía como en pintura) fue usada para registros etnográficos, así como para los famosos “cuadros de castas”³⁵ (Castro Morales 1983, 4-5). Es decir, como instrumento colonizador, represor y de “identificación y adscripción racial”.

A menudo se utilizan imágenes que folklorizan y cosifican a las personas de diversas culturas, reduciéndolas a meros objetos para el consumo visual. Este tipo de representaciones racistas no solo son ofensivas y perjudiciales para los grupos retratados, sino que también perpetúan un sistema de opresión y marginación que requiere ser cuestionado y enfrentado.

En el contexto de la comunicación visual en salud, se observa una tendencia a mostrar a las personas de tez blanca como las únicas poseedoras de conocimientos y habilidades en el ámbito médico, excepto en casos relacionados con la enfermería. En contraste, las personas de piel más oscura suelen representarse en roles secundarios, estereotipados y sin un papel relevante en la temática, a menos que se las requiera específicamente para promover alguna iniciativa pública, como campañas de vacunación, por ejemplo. Esta práctica, aunque puede tener intenciones positivas, también puede percibirse como instrumentalización selectiva, ya que se enfoca en la participación ocasional y no en la inclusión significativa y equitativa en todos los aspectos de la salud. Este patrón destaca la importancia de un enfoque más equitativo y diverso en la representación visual para reflejar la realidad, al igual que para promover la equidad, inclusión, y no marginalización en el ámbito de la salud.

Por otro lado, en la medicina y la salud, es común que se desestimen las diferencias raciales y se presenten las noticias o la publicidad de forma “desracializada”. Esta práctica se utiliza, sobre todo, como estrategia de venta, transmitiendo la idea de una sociedad

³⁵ Los “cuadros de castas” eran una serie de pinturas que surgieron en la época colonial en el Virreinato de Nueva España (actual México) y otras partes de América Latina. Estas pinturas representaban las mezclas raciales resultantes de la interacción entre personas de diferentes razas, como españoles, indígenas, africanos y sus descendientes. Estos cuadros clasificaban a las personas según su origen étnico y mezcla racial, creando una jerarquía social basada en la ascendencia. Cada cuadro mostraba distintas combinaciones de padres e hijos de diferentes razas, con el propósito de ilustrar y catalogar la diversidad racial de la población. Reflejaban la estructura social de la época y servían como una herramienta para justificar la discriminación y el sistema de castas que prevalecía en la sociedad colonial.

posracial donde todas las personas están plenamente integradas en la estructura social dominante. Sin embargo, esto oculta las desigualdades sociales (clase y género) y las jerarquías raciales existentes (étnico-raciales), lo que puede hacer que quienes sufren estas desigualdades parezcan culpables individualmente, y que quienes las cuestionan sean considerados desagradecidos y desconectados de la realidad (Briggs y Hallin 2016, 198). Así también,

George Lipsitz (2006, 2011) sugirió que la blancura ejerce no solo efectos ideológicos sino también materiales sustanciales, espacializados [...] a través de la segregación, brindando ventajas en vivienda, educación, crédito, seguros y otras áreas, como un crédito transferido al nacer a través de la identidad racial. Dado que la blancura confiere beneficios para la salud, medidos en términos de acceso a la atención, calidad de la atención y resultados de salud, convierte a los sujetos blancos en pacientes-consumidores neoliberales normativos y cuerpos desfilando de varias razas en la pantalla, pero sin abordar cómo la raza da forma a la salud. [Esto] protege el privilegio biomédico blanco (200).

En definitiva, aunque algunas de estas publicaciones muestren una perspectiva no racista en sus imágenes, su narrativa en temas de salud sigue siendo -en su mayoría- de enfoque occidental, clasista, racista y patriarcal. “La medicina [y la salud] está estructurada en términos jerárquicos, y sería una utopía, si no una tontería, sugerir que [la narrativa, la imagen, y] las noticias de salud deberían disfrazarse de un mundo igualitario en el que la opinión [cultura, pensamiento y derechos] de todos cuenta por igual (Briggs y Hallin 2016, 213).

3.3. Exploración de medios en la comunicación en salud

3.3.1. El Comercio: análisis cuantitativo de artículos sobre salud

La exploración de medios de comunicación en temas relacionados con la comunicación en salud se relaciona con nuestro objetivo general de aplicar un modelo interdisciplinario salud-comunicación para el análisis crítico de las diversas posiciones epistemológicas de la comunicación en salud público-social-académica, así como con uno de los objetivos específicos de elaborar una submuestra de periódicos en el Ecuador. Para ello, realizamos una selección representativa de veintidós periódicos de El Comercio, desde el año 2000 hasta el 2021, en abril, mes de amplia cobertura en temas de salud debido a la conmemoración del Día Mundial de la Salud el 7 de abril.

La información proporcionada en la Tabla 36 no revela una secuencia que indique cambios en el enfoque de la salud a lo largo de los años. En lugar de ello, se observa que las dos dimensiones más frecuentes corresponden a las acciones clínico-asistenciales (11 de 22), evidenciando la necesidad de buscar tratamientos curativos para diversas condiciones de enfermedad, así como a consideraciones gubernamentales sobre políticas de salud (5 de 22). La frecuencia de artículos relacionados con el uso de vacunas es de 3 sobre 21, señalando la presencia de una era pandémica que, en este caso, sí se ve reflejada. Es relevante destacar que a lo largo de todo el periodo analizado (2000-2021) y en un mes significativo para temas de salud como abril, solo se publicó un artículo sobre salud preventiva y ninguno sobre salud colectiva.

Tabla 36
El Comercio: enfoque de la narrativa relativa a tipos de acciones en salud (2000-2021)

AÑO	<i>El Comercio- Enfoque de la narrativa en salud</i>							
	Acciones clínico-asistenciales	Preventiva	Políticas de salud	Medicina ancestral - Elementos culturales	Acción sobre procesos (Salud Colectiva - Monitoreo crítico participativo - Metabolismo sociedad – naturaleza)	Vacunas	Promoción de la salud	Otra
2000			X					
2001	X							
2002							X	
2003	X							
2004			X					
2005	X							
2006			X					
2007						X		
2008			X					
2009						X		
2010			X					
2011	X							
2012	X							
2013	X							
2014		X						
2015	X							
2016	X							
2017	X							
2018							X	
2019						X		
2020	X							
2021	X							

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

La Tabla 37 ilustra de manera evidente el predominio de una perspectiva fundamentalmente biomédica, clínico-hospitalaria, positivista, reduccionista, individual

y asistencialista en temas de salud dentro de medios de comunicación como El Comercio. Es preocupante notar que en ninguno de los 22 artículos se abordan los procesos de determinación social de la salud y la epidemiología crítica. Este hallazgo refuerza la necesidad urgente de contar con un mayor número de profesionales en salud y comunicación que estén formados desde perspectivas críticas en ambos campos.

De los 22 artículos analizados, 14 adoptan mayoritariamente una perspectiva biomédica, mientras que los restantes 8 se centran en los *determinantes sociales de la salud*. Como se ha destacado a lo largo de este escrito, estos últimos describen las causas como factores de riesgo, en lugar de abordarlas como procesos integrados a las relaciones sociales. Esto desde un enfoque reformista, en lugar de adoptar una perspectiva emancipadora de reforma como una lucha social antisistema y su derivada gestión que impide o limita una real transformación y gobernanza redistributiva (Breilh, 2014).

Fundamentos de la epidemiología crítica como una herramienta para las políticas de salud y la planificación; es un instrumento irremplazable para discernir la mejor dirección a tomarse en la encrucijada entre el reformismo en salud y la reforma de salud. El primero significa cambiar algunas formas (i.e., “causas” o “factores”) de modo que la sustancia social es mantenida, mientras que la reforma significa hacer cambios que compiten con la sustancia existente con el objetivo de abrir el sistema entero al cambio (Echeverría, 1990).

Tabla 37

El Comercio: enfoque de la narrativa relativa a la perspectiva en salud (2000-2021)

AÑO	<i>El Comercio- Perspectivas y mirada de salud</i>		
	Determinación social de la salud / Epidemiología crítica / Salud Colectiva	Determinantes sociales de la salud (acción sobre factores de riesgo separados)	Mirada esencialmente farmobiomédica, clínico-hospitalaria, positivista, reduccionista, individual y asistencialista
2000			X
2001			X
2002			X
2003			X
2004			X
2005		X	
2006			X
2007			X
2008			X
2009			X
2010		X	
2011		X	
2012		X	
2013			X
2014		X	
2015			X
2016			X
2017		X	
2018		X	

2019		X	
2020			X
2021			X

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

A lo largo de las dos décadas examinadas, como hemos mencionado y se refleja en la Tabla 38, no se identificó ningún artículo relacionado con la salud colectiva. Este hallazgo resalta que no existe un cambio significativo de paradigma en el ámbito de la salud en el Ecuador durante ese período. De los 22 artículos analizados, 13 se centran en la salud individual, mientras que 9 abordan la salud pública. Este patrón se relaciona directamente con lo observado en la tabla anterior, al igual que revela la perspectiva predominante entre los periodistas sobre la salud, la cual a menudo se confunde con la medicina. No se tiene una visión más integral que explique la salud más allá de enfermedades, medicamentos y hospitales, o “factores de riesgo”.

Tabla 38

El Comercio: enfoque de la narrativa relativa al tipo de salud (2000-2021)

<i>Año</i>	<i>El comercio – Tipo de salud que comunica</i>		
	Individual	Salud pública	Salud colectiva
2000	X		
2001	X		
2002		X	
2003	X		
2004	X		
2005		X	
2006	X		
2007		X	
2008	X		
2009	X		
2010		X	
2011		X	
2012	X		
2013	X		
2014		X	
2015	X		
2016	X		
2017		X	
2018		X	
2019		X	
2020	X		
2021	X		

Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

3.3.2. El Comercio: análisis cualitativo de artículos sobre salud

Luego de realizar un análisis cuantitativo, se procede a examinar lo cualitativo utilizando NVivo en la misma submuestra de 22 artículos seleccionados de El Comercio, que abarca el período desde el año 2000 hasta el 2021, especialmente en el mes de abril. Como se mencionó anteriormente, este mes se destaca por una extensa cobertura en temas de salud, coincidiendo con la conmemoración del Día Mundial de la Salud.

En el Gráfico 13, se observa claramente una perspectiva biomédica e individual de la salud, que está alejada de nuestra realidad y tiene ciertos rasgos racializados y sensacionalistas. Las frases o palabras que resaltan en los 22 títulos de artículos sobre salud son: pandemia, cáncer, plan de salud, virus estomacal, Hospital Andrade Marín, campaña odontológica, tuberculosis, IESS, Ley de aborto en España, acceso a la salud de los americanos, OMS, vacunación y desparasitación, infección de meningococo, autista, vacuna.

Un claro ejemplo de un enfoque racializado y monocultural se evidencia, por ejemplo, en el titular: “Indígenas aprenden sobre parto limpio”. Este enfoque no refleja la riqueza y complejidad del parto humanizado indígena, que va más allá de una simple capacitación y abraza la sabiduría ancestral. De hecho, el parto humanizado indígena busca una atención integral y respetuosa durante el proceso de alumbramiento, considerando las necesidades y particularidades de cada mujer, su contexto cultural y su entorno. Esto implica ofrecer alternativas y, por ende, libertad de elección en relación con la posición de parto, la aplicación de técnicas no invasivas para aliviar el dolor, y la participación activa y afectiva de la familia y la comunidad en todo el proceso.

Al analizar detenidamente la narrativa del artículo, se revela que se trata de la capacitación de “matronas” o “parteras” por parte del Ministerio de Salud del Ecuador para atender a mujeres embarazadas en la región de Francisco de Orellana. En una parte del artículo, la instructora del MSP sugiere el uso de tijeras desinfectadas para cortar el cordón umbilical, mientras que Olimpia Grefa, de la comuna Pompeya, asegura que utilizar la astilla de caña guadua es una tradición y no puede ser remplazada; “no se oxida y antes de utilizarla es desinfectada”, explica. La importancia de considerar las prácticas culturales y tradicionales en la atención de la salud queda evidenciada en este acontecimiento, enfatizando en la necesidad de respetar y valorar una diversidad de enfoques y perspectivas.

En esta instancia se muestra claramente la importancia de adoptar un enfoque crítico en la comunicación en salud, que abarque categorías como la *determinación social de la salud* y las *4S de la vida* (Breilh 2003), la *justicia comunicativa en salud* (Briggs 2005), la *educación como práctica de libertad* (Freire 1974), y el *paradigma crítico del diseño de comunicación visual* (Breilh MJ 2018). Puesto que, constantemente, se vulneran prácticas ancestrales y tradiciones locales, y se impone una mirada positivista, higienista, vertical, racista, patriarcal y occidental de la salud.

En ese mismo artículo, se presenta un testimonio que destaca la inequidad e injusticia en el acceso a la salud, lo que debería ser un derecho público de todos y todas: “La mujer recuerda que asistió en el parto de Mélida Andy, residente del Río Tiputini, ya que, al momento de dar a luz, no había un médico ni transporte para llevarla al hospital [...] ayudándose con un mechero, instruyó a hervir abundante agua y comenzó el proceso”. Este relato resalta cómo las personas más vulnerables y marginadas en la sociedad suelen enfrentar los mayores obstáculos para acceder a los servicios públicos de calidad. Además, pone de manifiesto que, gracias a la sabiduría, conocimiento y experiencia de parteras, *yachags* o promotoras y promotores de salud comunitarios, obtienen tratamientos eficaces para sus dolencias.

Uno de los titulares en el Gráfico 13, “Consumir alimentos orgánicos no reduce el riesgo de cáncer en mujeres”, parece más un mensaje promocional de la agroindustria o de corporaciones exportadoras de agrotóxicos que el título de un artículo relacionado con salud. En realidad, el consumo de alimentos con agrotóxicos, así como el uso intensivo de estos en la producción agrícola, ha demostrado tener serias repercusiones en el medio ambiente y la salud humana, incluyendo el cáncer. Un caso representativo de investigaciones rigurosas sobre el tema es el *Dossier ABRASCO: una alerta sobre los impactos de los agrotóxicos en la salud*, resultado de uno de los proyectos más importantes de investigación/acción, enfocado en el conocimiento crítico de la contaminación humana y ambiental por agrotóxicos.

Este problema, que se ha globalizado convirtiéndose en una de las mayores amenazas para la salud mundial, llevó a la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil (FIOCRUZ) y la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO) a auspiciar este ambicioso proyecto interinstitucional. En él participaron 44 investigadores de 17 prestigiosas universidades y cerca de 20 centros comunitarios u organizaciones sociales. El Dossier ABRASCO, a lo largo de sus 648 páginas, compila estudios sobre la contaminación de alimentos, los impactos de los agrotóxicos en la salud y el ambiente,

sistematizaciones sobre conocimiento científico popular y análisis críticos sobre el agronegocio. Este dossier es reconocido internacionalmente como una de las herramientas más completas y consistentes para entender el problema. Como investigadora del CILABSalud del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar, tuve el honor de formar parte del equipo de traducción del portugués al español, junto con Javier Rodríguez y Elis Borde, miembros de la Red Colombiana de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Colombia.



Gráfico 13 El Comercio: análisis de los titulares sobre salud (2000-2021)

Fuente: Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.

Elaboración propia

Siguiendo con la evaluación de los resultados, el Gráfico 14 revela una uniformidad y estandarización en la narrativa de los artículos publicados durante las últimas dos décadas. En la mayoría de casos, se aborda de manera directa el tema de enfermedades y pandemias, ofreciendo posibles soluciones bajo el modelo biomédico. Sin embargo, se omite mencionar elementos protectores y destructores a nivel social y ecosistémico que determinan estos procesos y deberían ser analizados desde una perspectiva multidimensional.

A su vez, varios de los artículos se refieren a las vacunas como panacea para enfrentar la pandemia, sin tener en cuenta que, al igual que todas las condiciones de vida, salud y vulnerabilidad, son producto de un sistema económico y social, y tienen que ver con los modos de vida según clase social, género y etnia-raza. De ahí que, una perspectiva crítica en salud debe trascender la mera descripción y explicar el por qué y cómo se dan

esos procesos que “rebasan totalmente el pico empírico cartesiano donde todo se reduce a 'virus', 'vacunas' y 'medicación', y posicionar, más bien, una crítica profunda a ese reduccionismo que entrapa la ciencia en las operaciones metódicas y ethos del lucro que son hoy el arsenal de la salud pública fallida de los Estados” (Breilh en Bohoslavsky 2022, 15). Necesita considerar los factores económicos y políticos en juego, especialmente en relación con la agroindustria y las poderosas compañías farmacéuticas. Esto sumado a los procesos burocráticos y de corrupción inherentes.

La pandemia y crisis del COVID-19, surgida de la base material múltiple del sistema de explotación, se ha convertido en una verdadera sindemia³⁶, es decir, en una combinación multi-destructiva de procesos que dañan la vida humana y los ecosistemas. Es una sindemia donde varios procesos socialmente determinados se combinan:) Concentración de riqueza privada/exclusión social masiva: creciente y exponencial reproducción de desigualdad social en las ciudades neoliberales del mundo y en la nueva ruralidad agro-tóxica e injusta que se han expandido; b) La creciente inequidad del poder y exponencial reproducción de desigualdad social en las ciudades neoliberales y en la nueva ruralidad agrotóxica; c) Desmantelamiento extendido y global de modos de vivir aptos para la salud, con eclosión del ciclos transmisibles y no transmisibles pandémicos; d) El desate global y aceleración de un cambio climático catastrófico y la vulneración mayor de las comunidades más pobres y menos organizadas; e) La construcción autoritaria populista de la geopolítica y la gobernanza, gestión con sustitución del pueblo; f) La crisis objetiva y ética del conocimiento científico hegemónico: ignorancia estratégica; desinformación planificada (infodemia profunda) (Breilh 2023).

Por otro lado, desde una mirada gerencial y de gestión, más orientada hacia el reformismo y funcionalismo, se destaca la accesibilidad a la salud como un proceso político-administrativo, sin considerarla y analizarla como un derecho humano reconocido constitucionalmente.

De manera recurrente, surgen evidencias que destacan la predominancia de una perspectiva farmobiomédica de la salud en América Latina. Este enfoque no solo se manifiesta en la narrativa y las representaciones visuales sobre salud presentes en artículos de revistas indexadas, sino también en los medios de comunicación. Un ejemplo claro se evidencia en el análisis de los 22 artículos relacionados con salud que se muestran en el Gráfico 14. En este análisis, se aprecia una frecuencia notable de términos como comunicación, salud, determinantes, prevención, estudio, Brasil, niños, atención, Colombia, entre otros. Además, se identifican palabras menos recurrentes como factores, educación, enfoque, revisión, adultos, enfermedades, enfermería, pandemia, mortalidad, implementación, modelo, México, entre otros. Este patrón señala una reducción en la

³⁶ Sindemia: dos o más procesos que interactúan provocando mayor daño que su simple suma. Ver Singer, M. (2009), Introduction to syndemics, Jossey-Bass.

profundidad del análisis de la salud y su complejidad, ya que se concentra en aspectos parciales (causas) y omite considerar los diversos procesos sociohistóricos que influyen en la salud a nivel individual y colectivo. También resalta la ausencia de una perspectiva integral en la prensa acerca de la salud pública, y aún más significativamente, sobre la salud colectiva y la determinación social de la salud.



Gráfico 14 El Comercio: frecuencia de titulares de los artículos en salud (2000-2021)
Fuente: Fuente: Narrativa e imagen de la comunicación crítica en salud – 2023.
Elaboración propia

De acuerdo con la información presentada en el Gráfico 14 y el Gráfico 15, se observa que varios de los términos más frecuentes en la nube de palabras coinciden con los parámetros de búsqueda e inclusión definidos en la *guía de caracterización documental y gráfica*, tales como comunicación, salud y determinantes sociales.

Cabe destacar que, al analizar minuciosamente los artículos, se observó que los titulares no siempre reflejan la postura teórica que pretenden defender. En ciertos artículos, a pesar de conceptualizarse como determinación social de la salud, se concibe la salud desde un enfoque individual farmobiomédico.

Se puede notar que, por un lado, hay una falta de comprensión en relación con los principios teóricos y metodológicos de las distintas perspectivas en salud, así como de sus marcadas diferencias. Por otro lado, ciertas conceptualizaciones, como “determinación social de la salud” o “salud colectiva”, se emplean con propósitos políticos o económicos, considerando la salud como un bien comercializable. Tal y como hemos mencionado, a lo largo de la historia, la ciencia positivista se ha apropiado de

sentido más profundo y amplio. Es el fundamento de la solidaridad, la reciprocidad y la complementariedad, y representa una opción que se dirige hacia la construcción de un mundo distinto: uno más equitativo, saludable y justo. Esta perspectiva promueve una relación ética y respetuosa con la *Pachamama*, y se presenta como una alternativa valiosa y necesaria para cuidar la vida (salud colectiva / determinación social de la salud / 4S de la vida).

Por tanto, es esencial incluir en este estudio dicha sabiduría como ejemplo inspirador de una visión integral de la salud. Con este objetivo, nos enfocamos en la Confederación del Pueblo Kayambi, una importante y representativa organización indígena de Cayambe en el Ecuador. En este contexto, para evaluar la comunicación en salud, utilizamos la “Guía didáctica de crianza sabia para la vida comunitaria Kintiku Yachay”³⁷, desarrollada por la Unidad Ejecutora para la Protección de Derechos del GADIP-C. El objetivo de esta guía es formar a niños y niñas de los Centros de Desarrollo Infantil de Cayambe como seres comunitarios y despertar su sabiduría en el buen sentir, buen pensar, buen decir y buen hacer, involucrando a la familia y a la comunidad en el respeto y cuidado de la Madre Naturaleza, como casa sagrada en la que todos y todas habitamos (Kintiku Yachay, Confederación del Pueblo Kayambi 2018):

Un proceso de investigación de por lo menos tres décadas e intensificado desde 2016, con la participación de los investigadores comunitarios, nos permitió profundizar en la Cosmovivencia Propia de las familias y comunidades kayambis. La armonización de estos saberes en nuestro ordenador milenario -la Chakana- fueron la base para afirmar y desarrollar los fundamentos de nuestro sistema de crianza sabia de vida comunitaria y los recursos que aplicarán junto a esta guía. El Pueblo Kayambi, un pueblo milenario, tiene una cosmovisión muy rica y particular, la misma que para efectos de este trabajo, destaca las siguientes características:

*TUKUY PURA AYLLUTA KANCHIK (Entre todos somos familia). El ser comunitario más pequeñito es a su vez parte de una comunidad mayor: el ayllu. El ayllu está formado por todos los seres que de manera complementaria se aportan a la vida. Todos los seres comunitarios ponen en común los saberes y las sabidurías necesarias para la vida plena.

*LA PARIDAD COMPLEMENTARIA INFINITA. Nada en la naturaleza y en el cosmos esta solo o es singularidad, todo tiene al menos su par complementario.

*LA INTEGRALIDAD CHAKANICA. La *chakana* es un sistema de ordenación de la vida. (2018)

³⁷ Para el Pueblo Kayambi, estos procesos que están destinados para niños de 0 a 5 años, deberán superar el concepto de educación; ya que son, vivencias de crianza comunitaria, porque hace crianza de sus sabidurías en la familia, la comunidad, la *chakra* y en la *Pachamama*, naturaleza o biodiversidad. La manera sabia de hacer estas crianzas nos da como resultado la crianza de la espiritualidad, la misma que aportará a seguir haciendo sabias las otras crianzas. Por lo tanto, la institución educativa es solamente un espacio de muchos otros [...] Es así que todos los comunitarios nos relacionamos comunitariamente con todos: comunidades humanas, comunidades de la naturaleza, comunidades de los ancestros, comunidades de las divinidades y comunidades de las sabidurías. El ser humano no está solo ni es autosuficiente, necesita de otros humanos y de la naturaleza (Kintiku Yachay, Confederación del Pueblo Kayambi 2018).

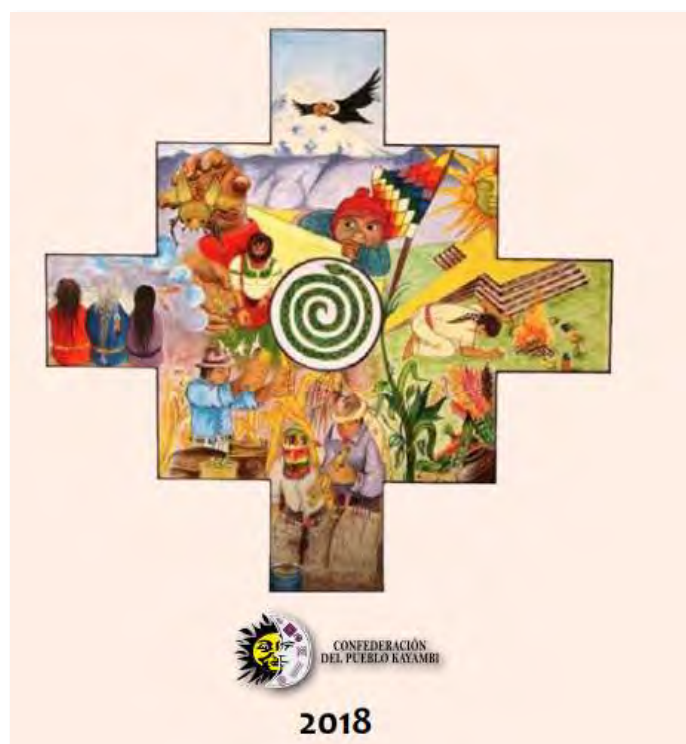


Imagen 17 **Portada de la guía *Kintiku Yachay***

Fuente: Confederación del Pueblo Kayambi

Elaboración: Guía Kintiku Yachay (2018)

De esta manera, la imagen de su portada (Imagen 17) muestra la integralidad del mundo y de la salud a través de la *chakana*³⁸. Tal y como expone la guía, el uso de colores es imprescindible para mostrar la dialéctica de los elementos naturales constitutivos de la vida³⁹. Se presenta el blanco del aire, el rojo y naranja del fuego, la madera y naturaleza con el verde, la tierra de color amarillo y el azul del agua. Los colores tierra hacen parte del simbolismo e iconografía de la cultura andina.

El espiral verde en forma de serpiente, que no es uniforme ni inmóvil, es un símbolo muy importante. En el mundo andino el tiempo es cíclico, tiene un “KUTI”, una especie de “rebobinarse”. Los círculos concéntricos, son un símbolo dinámico que expresa la ley general del movimiento y del tiempo. El tiempo fluye desde adentro y hacia afuera, y regresa de afuera hacia adentro, en ciclos permanentes. No hay nada estático. El

³⁸ La Chakana es la escalera o puente de la Sabiduría para una Vida en Armonía. Quienes viven con la sabiduría de la Chakana tendrán una vida armónica. Las sabidurías de la Chakana, nos acompañan en el ordenamiento y armonización de saberes (Kintiku Yachay, Confederación del Pueblo Kayambi 2018).

³⁹ La Chakana Agrofestival llevó a nuestros mayores a relacionar con los colores y elementales: aire/color blanco, fuego/color rojo, agua/color azul, madera/color verde, tierra/color amarillo. Cuando hablamos de integralidad chakánica nos referimos a que todo proceso de crianza de sabidurías debe pasar por las cuatro dimensiones en par de la chakana (2018).

tiempo es cíclico, pero también las terrazas de la agricultura andina, el sol, la vida, el útero de la Pachamama. No puede ser un círculo cerrado, ya que eso iría en contra de un pensamiento abierto y dialéctico. Es así como la mirada sociohistórica está claramente representada, específicamente con la ciclicidad que da muestra de la complementariedad infinita y no lineal del tiempo, con comunidades socialmente determinadas.

Las imágenes presentadas en esta guía capturan hombres, mujeres, niños y niñas, y simbolizan a comunidades activas que luchan por la soberanía, la salud, la justicia, la sustentabilidad y la solidaridad. Además, abordan la lucha por la reivindicación y equidad de género, así como una perspectiva diversa en el ámbito agrario. La mujer tiene un rol importante en el cuidado de la familia, de la comunidad, de la chakra; de la vida misma. De manera que, durante las fiestas del Inti Raymi, cada hombre se disfraza por siete años consecutivos de mujer, simbolizando la dualidad y el medio para sentir la energía femenina y el respeto hacia la misma. La portada destaca tres mujeres sentadas juntas, que transmiten solidaridad, sabiduría, resistencia, resiliencia, y esperanza.

En la cosmovisión andina, tanto el sol como el cóndor se erigen como símbolos esenciales que encarnan la vida y la energía emanada del universo. El sol, como fuente primordial de luz y calor, es considerado un ser sagrado que da vida a todo lo que existe en la tierra. Por otro lado, el cóndor, majestuosa ave de los Andes, simboliza la fuerza, la libertad y el poder celestial. Para los pueblos y nacionalidades andinas, el cóndor es considerado una entidad sagrada que actúa como nexo entre la tierra y los dioses, atribuyéndosele capacidades curativas y protectoras.

La representación visual y la narrativa de la guía destacan la importancia de la agricultura familiar campesina comunitaria y su profunda relación con la salud, centrándose especialmente en la agroecología y contrastando con una perspectiva técnico-pragmática productivista, agroindustrial o extractivista de la agricultura. Se enfatiza en el metabolismo entre la sociedad y la naturaleza, promoviendo así una orientación hacia una educación y salud enfocadas en la vida. Diversos símbolos e imágenes encarnan sensaciones y energías poderosas de dicho metabolismo y sus procesos socioculturales.

A continuación, se exponen ciertos principios comunitarios vinculados estrechamente a la *determinación social de la salud*, la *justicia comunicativa en salud* y la *educación como práctica de libertad*, especialmente en lo que respecta a la pedagogía crítica y la crianza comunitaria:

- “Nadie enseña ni nadie aprende, todos comparten”

- “Las sabidurías son de todos, por eso la vivencia es comunitaria”
- “Los sentimientos y encariñamientos que genera la vivencia, no pueden ser cuantificados”.

En la cosmovisión andina, se sostiene la creencia de que cada persona atesora su propia sabiduría, la cual merece ser respetada y valorada. Este enfoque implica un quiebre en la tradicional jerarquía del aprendizaje y permite una concepción distinta de la salud. A diferencia del enfoque de diagnóstico o categorización predominante en la población blanco-mestiza, la cultura de los pueblos y nacionalidades indígenas busca comprender la salud como un equilibrio armonioso entre las personas y su entorno, otorgando gran valor a la participación activa de la comunidad en este proceso.

Desde esta perspectiva, es responsabilidad de toda la comunidad asegurar que los niños y niñas adquieran las sabidurías necesarias para su vida adulta comunitaria y que, solidariamente, puedan transmitirlos a las generaciones futuras. Así, la convivencia en comunidad es fundamental para generar diversos aprendizajes, los cuales no pueden ser adquiridos solo a través de la revisión teórica y bibliográfica o mediante la memorización, como se promueve en la educación formal occidental. Lamentablemente, esta última tiende a valorar principalmente lo cuantificable, dejando en segundo plano el senti-pensar y la experiencia “viva” y comunitaria, enmarcados en los valores de solidaridad, reciprocidad y complementariedad.

En la Imagen 18 se visualiza a los/las guaguas (niños y niñas) en convivencia directa y procesos de formación junto con los animales y la naturaleza, bajo una dialéctica de amor, respeto e integralidad. Su relación con diversos entornos se presenta como instancias precursoras de aprendizaje, que no está enmarcada en pupitres ni paredes. La lección más valiosa está en la propia realidad y, en este caso conocer el verdadero significado de los personajes gráficos y narrativas de acuerdo a la cosmoexistencia del Pueblo Kayambi.



Imagen 18 **Ilustración de niños en relación con la naturaleza**

Fuente: Confederación del Pueblo Kayambi

Elaboración: Guía Kintiku Yachay (2018)

En definitiva, tanto la narrativa como la imagen están asociadas a una concepción integral de la salud, que va más allá de la mera “ausencia de enfermedad”. La guía “Kintiku Yachay” se presenta como un ejemplo evidente de lo que se propone desde una perspectiva sabia, colectiva, pedagógica e intercultural del bien común (bienestar pleno) y el cuidado de la vida, abarcando conocimientos desde el *sumak kawsay*, el *alli kawsay* y el “bien vivir”. Asimismo, presenta de manera clara su vínculo profundo con los principios de la salud colectiva, resaltando la importancia de la determinación social de la salud y las 4S de la vida (Breilh 2019).

IV Conclusión: proyecciones de una comunicación crítica en salud

La comunicación crítica en el ámbito de la salud debe ser transformadora y resiliente, comenzando por sus raíces, siguiendo por su construcción, hasta su aplicación práctica. Debe mantener una ética y coherencia a lo largo del tiempo para respaldar eficazmente la transformación social. Es por ello que no puede desconectarse de la realidad sociohistórica de nuestro país y del mundo.

Tal comunicación juega un papel importante en la configuración de un desarrollo social y cultural orientado hacia la equidad, la salud y la justicia. Constituye un recurso fundamental para fomentar la justicia comunicativa en salud. En ese sentido, se torna necesario generar conciencia sobre los enfoques y prácticas existentes en los ámbitos académico, político y económico con respecto a la salud y la comunicación. Aunque puedan parecer inofensivas, la teoría, la metodología y las prácticas desarrolladas en estos campos guían los procesos sociales, las políticas públicas y la formación, reforzando lógicas biomédicas, cartesianas, positivistas, coloniales, clasistas, patriarcales y racistas en el ámbito de la salud. Estas, a la vez, vinculadas a enfoque funcional y técnico-pragmático basado en la acumulación de capital y, por lo tanto, a lógicas y visiones particulares de ver el mundo y la vida.

Por ende, para obtener una comprensión integral del actual escenario y las tendencias en comunicación e imagen en salud, así como para identificar los pilares esenciales mediante la vinculación de fuentes académicas y populares-ancestrales, era necesario llevar a cabo una investigación actualizada sobre la comunicación en salud, abarcando tanto la narrativa como la imagen. En este contexto, el análisis de los países latinoamericanos en el siglo XXI, en medio del auge del capitalismo hiperneoliberal, permite adentrarse en paradigmas críticos en la comunicación y la salud, y disputar espacios de construcción de una comunicación *otra*. Es decir, consolidar una comunicación emancipadora, participativa e intercultural con un enfoque crítico, orientada a transformar tanto el ámbito de la comunicación como el de la salud, y explorar posibles vías hacia una comunicación crítica en salud.

De esta manera, mediante un minucioso análisis de la narrativa y la representación visual en salud, utilizando como referencia tres destacadas bases de datos (SciELO, PubMed y Lilacs), así como un medio de comunicación reconocido en Ecuador, como El Comercio, y la guía *Kintiku Yachay*, desarrollada por la Confederación del Pueblo

Kayambi, una organización indígena representativa del país, hemos logrado identificar tanto deficiencias y carencias, así como fortalezas en el campo de la comunicación en salud.

Para delinear elementos esenciales de una concepción, gestión y proyección social de la comunicación crítica en salud, el estudio se inicia con un análisis teórico basado en algunos principios de la teoría crítica de la comunicación. Así también, se lleva a cabo un análisis basado en enfoques críticos como la *justicia comunicativa en salud* (Briggs 2005), la *determinación social de la salud* (Breilh 2003) y la *educación como práctica de libertad* (Freire 1974). En el ámbito de la imagen, consideramos perspectivas alternativas, como el *paradigma crítico del diseño de comunicación visual* (Breilh MJ 2018).

Con los más de 2477 documentos analizados, se pudo tener una visión general sobre la narrativa y la imagen de la comunicación en salud en Ecuador, Argentina, Colombia, Uruguay, Brasil, México, Cuba, Chile, Bolivia, Perú, Venezuela, y El Salvador, así como confirmar el escaso número de publicaciones orientadas en enfoques críticos. Tras aplicar los criterios de inclusión, exclusión y eliminación para depurar la base de datos y añadir los 22 artículos de El Comercio, el resultado final consistió en 603 documentos, en su mayoría procedentes de revistas indexadas. Este hallazgo era previsible, dado que dichas revistas constituyen la principal fuente de información de las bases de datos seleccionadas. No obstante, también refleja una inclinación hacia el “paperismo” en el ámbito académico y público, y la obsesión por la publicación en revistas arbitradas. Esta tendencia, asimismo, se alinea con la orientación de dichas revistas, especialmente en el campo de la salud, que muchas veces tiene que ver con intereses políticos y económicos específicos que resultan en una perspectiva mercantilista, pragmática y funcional basada en un enfoque científico positivista cuantitativo. Dichas publicaciones tienden a menospreciar e incluso pasar por alto aspectos cualitativos, como la comunicación visual y otras teorías alternativas. Tal perspectiva positivista, funcional y técnico-pragmática, centrada en la “ciencia dura” occidental, no solo incorpora este enfoque en su narrativa, sino que también lo refleja en su imagen, considerándola -además- de importancia secundaria.

En efecto, al revisar estos artículos y documentos, se hizo evidente la falta de atención hacia los elementos visuales, junto con una discrepancia entre la imagen presentada y el contenido teórico. Este hallazgo indica que tanto los autores como las instituciones encargadas de la edición y publicación minimizan la importancia de la comunicación visual. A pesar de que la imagen desempeña un papel crucial en la

comprensión y difusión del contenido teórico, aún persiste la percepción de que el diseño gráfico es meramente decorativo, un elemento útil o comercial, y no parte fundamental de la construcción teórica, metodológica y la praxis en salud.

Esta perspectiva contrasta con la importancia que se asigna a la imagen en otros campos, como el marketing y la publicidad, donde se reconoce su papel crucial en la promoción y comercialización de productos. En otras palabras, la imagen se emplea con un propósito funcional y principalmente mercantil. Evidentemente, en el ámbito de la salud, la imagen también cobra mayor relevancia cuando se trata de promover o vender medicamentos, tecnología médica avanzada o dispositivos sanitarios de última generación. O en el contexto de campañas de vacunación u otras actividades de promoción y prevención de la salud clínico-asistencial en el sector público y privado.

En la base de datos estudiada, del mismo modo, observamos un predominio del enfoque clínico-asistencial, causal-funcionalista, que según Jaime Breilh (2021) representa el “pico del iceberg” de la salud. Es decir, la parte visible y superficial de evidencias empíricas cosificadas, aisladas y desconectadas que generan acciones sobre factores y no sobre procesos. Que no consideran una perspectiva crítica -transdisciplinaria e intercultural- que aborda las relaciones sociales, de género y etnoculturales. Esta orientación entra con fuerza, tanto en el sector público como en el sector privado, aunque -como era de esperarse- se manifiesta con mayor fuerza en el ámbito privado de la salud.

Desde 2018, se observa un incremento notable en la cantidad de artículos científicos difundidos en revistas especializadas en salud, tendencia vinculada al rápido avance del capitalismo y el consiguiente desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación, y su enfoque médico-biológico de la salud. Como hemos mencionado, prevalece una comunicación centrada en la salud individual y en la salud pública, ambas desde una perspectiva biomédica, y no en la salud colectiva.

La mayor parte de los artículos encontrados en las bases analizadas se centran en intervenciones clínico-asistenciales, siendo esta la temática más recurrente en Lilacs (33,3%) y El Comercio (50%). Por otro lado, la promoción de la salud es el segundo tema más abordado. En esa misma línea, la mayoría de las publicaciones revisadas se enfocan en la salud pública, representando el 56,1% del total, seguido por la salud individual, que comprende el 34,1%. En contraste, la salud colectiva tiene un porcentaje significativamente menor, con solo el 9,8% de las publicaciones enfocándose en esta área. En términos numéricos, esto significa que, de las 603 publicaciones analizadas, 544 se enfocan en salud pública y salud individual, mientras que solo 59 se enfocan en salud

colectiva. Es decir, existe una clara subrepresentación de la salud colectiva en los artículos y las imágenes analizadas, con porcentajes muy bajos, en comparación con la salud individual y la salud pública en las que, además, predomina una concepción de salud bajo el prisma biomédico y cartesiano.

De igual manera, se observa que, en el ámbito de la salud pública, la perspectiva predominante continúa siendo la de los “determinantes de la salud”, es decir, una visión positivista, biologicista y causal. Resulta preocupante constatar que varios términos utilizados en estos artículos pueden dar lugar a malentendidos o ser confundidos con propuestas relacionadas con la determinación social de la salud. En diversos casos, los títulos de los artículos emplean expresiones como “determinación social de la salud” o “salud colectiva”, aparentando una concepción más integral, pero, tanto epistemológica como metodológicamente hablando, se adscriben a una mirada de la vieja salud pública o de la salud individual desde los factores de riesgo (mirada causalista). Esta falta de coherencia es preocupante, ya que puede generar confusión y diseminación de conocimientos y modelos erróneos en cómo se piensa, entiende y acciona el complejo proceso de la salud y su movimiento desde la perspectiva de la salud colectiva. Además, esta situación ha propiciado la promoción de enfoques autoritarios y coercitivos mediante la implementación de medidas de vigilancia epidemiológica en lugar de fomentar procesos más sabios, inclusivos, comunitarios, transdisciplinarios e interculturales, como el monitoreo comunitario participativo.

En relación con este tema, existe una falta de comprensión de los principios teóricos y metodológicos de los diversos enfoques en salud (individual, pública o colectiva) y sus marcadas diferencias. Por ello, resulta necesaria la breve explicación realizada en el segundo capítulo de este estudio: “Comunicación crítica y salud colectiva: su función social e histórica”. La confusión de estos términos, especialmente en el ámbito mediático, conduce a una especie de uniformización de las noticias, lo que a su vez revela una postura poco crítica o reflexiva por parte de los medios. En este contexto, se identifica la presencia de lo que Boaventura de Sousa Santos (2009) denomina *epistemicidio*, es decir, una perspectiva occidental que prevalece sobre los conocimientos y saberes de otras culturas y pueblos del Sur, excluyendo así ideas innovadoras propuestas por pensadores latinoamericanos, como la *determinación social de la salud* (Breilh 2003).

Así, se puede evidenciar que ciertas categorías, como “determinación social de la salud” o “salud colectiva” tienen una presencia mínima -comparativamente hablando- en estas grandes bases de datos relacionadas con el ámbito de la salud, y cuando están

presentes, a menudo se emplean con propósitos políticos o mercantiles. Como se ha señalado previamente, a lo largo de la historia, la ciencia positivista ha integrado categorías disruptivas para conferir a sus argumentos un discurso que aparenta ser transformador y liberador. En este sentido, también se ha identificado una falta de coherencia entre los títulos e imágenes de los artículos y el enfoque de salud propuesto. En algunos casos, el uso de las categorías es inadecuado, denotando ironía o desconocimiento. Por consiguiente, las instituciones educativas y centros de investigación, que desempeñan un papel fundamental como generadores de conocimiento y acción, deberían comprometerse a un constante proceso de formación y actualización, no solo desde una perspectiva académica rigurosa en términos teóricos y metodológicos, sino también desde una *educación vista como práctica de libertad* (Freire 1974). Y, en el caso de la salud, como hemos reiterado en varias ocasiones, es esencial adoptar enfoques críticos tanto en la comunicación como en la comprensión de la salud.

El argumento de Virchow (1848) de que preservar la salud y prevenir la enfermedad requiere de ‘total e ilimitada democracia’ y medidas radicales, y no de ‘meros paliativos’ es más relevante que nunca. Pero sería preciso agregar que las medidas radicales (i.e., críticas) requieren de un pensamiento y metodologías radicales. En muchos campos -y la epidemiología no es excepción- la reforma científica está quedando rezagada frente a los actuales desafíos materiales y espirituales de una humanidad expectante. El campo de la salud es profundamente penetrado por la lógica cartesiana. El rigor y el pensamiento complejo han sido reducidos a la sofisticación en el razonamiento empírico cuantitativo (Breilh 2021, 80).

Por otro lado, se presenta una visión de la salud desde una perspectiva gerencial y de gestión que sigue un enfoque reformista y funcionalista. Esta postura ve la accesibilidad a la salud como un proceso político-administrativo, sin reconocer su complejidad multidimensional ni considerarla como un derecho humano constitucionalmente reconocido.

Por eso son vitales los fundamentos de la epidemiología crítica como una herramienta para las políticas de salud y la planificación; es un instrumento irremplazable para discernir la mejor dirección a tomarse en la encrucijada entre el reformismo en salud y la reforma de salud. El primero significa cambiar algunas formas (i.e., “causas” o “factores”) de modo que la sustancia social es mantenida, mientras que la reforma significa hacer cambios que compiten con la sustancia existente con el objetivo de abrir el sistema entero al cambio (Echeverría 1990 en Breilh 2021).

Asimismo, mediante este estudio pudimos identificar focos de pensamiento crítico en la región. Conforme a lo esperado, Brasil lidera en la producción de documentos relacionados con la determinación social de la salud (36%). Por otro lado, Colombia

cuenta con un alto porcentaje de publicaciones en determinación social de la salud (22%). México se ubica en tercer lugar con un 10%, seguido por Ecuador, Cuba y Chile, los cuales cuentan con un 8% cada uno. Argentina tiene un 4%, mientras que Perú y Venezuela tienen un 2% cada uno. Uruguay y Bolivia, por el contrario, no presentan publicaciones sobre determinación social de la salud. Y El Salvador, como mencionamos anteriormente, no presenta documentos en ninguna de las tres bases de datos.

Como se puede evidenciar, Brasil es una potencia en investigación. No resulta sorprendente que encabece las publicaciones en salud, abarcando los tres enfoques propuestos: individual, pública y colectiva, seguido por Colombia; mientras que Ecuador se sitúa en el séptimo lugar. La mayor parte de estos artículos provienen de instituciones universitarias, seguidas por el sector público.

De acuerdo con los resultados obtenidos, más de la mitad de las publicaciones tienen su origen en instituciones académicas, las cuales desempeñan un papel crucial en la definición de enfoques de salud a nivel regional, así como en el avance científico y la actualización de conocimientos. No obstante, en numerosos casos, esta actividad se lleva a cabo para cumplir con requisitos académicos, sin establecer un vínculo claro con las necesidades y demandas profundas de la sociedad y de los sectores más vulnerables. Después de las universidades está el sector público, seguido por investigadores independientes, el sector privado y las ONG, aunque en proporciones menores. Es lamentable la marcada ausencia de documentos sobre salud provenientes de pueblos y nacionalidades indígenas, afrodescendientes, amazónicas, montubias y campesinas, así como de promotores de salud comunitarios y organizaciones sociales. Esto ratifica que el acceso al ámbito de publicaciones en revistas indexadas está restringido a académicos, estudiantes y funcionarios del sector público y privado, lo cual es preocupante y constata el dominio de enfoques lineales, unidisciplinarios, coloniales y monoculturales en políticas públicas, educación y salud, organizados bajo términos que carecen de transdisciplinariedad e interculturalidad. También se asocia con prácticas de investigación positivistas, cerradas y jerárquicas, y actitudes de prepotencia y arrogancia académica, sobre todo en el ámbito médico. Todo esto puede limitar la producción de conocimiento en términos de diversidad de perspectivas y alternativas que incorporen nuevos elementos simbólicos, categorías innovadoras y una ética académica renovada, dificultando los procesos de transformación e incidencia real en el territorio mediante un pensamiento y accionar crítico.

En todas las instituciones, incluyendo el sector público, privado, universidades, ONG e investigadores independientes, se observa una prevalencia de enfoques biomédicos y clínico-asistenciales desde la salud individual, con limitada investigación desde una perspectiva integral de la salud. Son escasas las investigaciones en epidemiología crítica, medicina tradicional y ancestral, así como en otras formas de salud no occidental. Tal como se mencionó previamente, se pudo constatar que estos sectores centran su atención principalmente en la salud pública tradicional (biomédica), seguida de la salud individual (biomédica), mientras que el porcentaje de publicaciones relacionadas con la salud colectiva es significativamente inferior. La salud colectiva aparece en menos de 1 de cada 10 artículos, representando solo el 6,8% de los 603 documentos analizados. Esto evidencia la preeminencia de una ciencia positivista y cartesiana que se gesta y reproduce en los entornos académicos y clínicos, y cuyo resultado es la *ignorancia planificada*⁴⁰. No refleja una ciencia rigurosa, independiente y crítica que explica y transforma, en lugar de simplemente describir, sostener y “maquillar” una realidad desigual e injusta mediante soluciones superficiales que abordan los factores de riesgo en el “pico del iceberg”, así como mediante el empleo de nueva tecnología farmobiomédica para la curación (y el lucro), la cual no siempre está al alcance de todos y todas.

Esta impronta se refleja en la construcción narrativa y visual de la salud, influyendo de manera significativa en el dominio de un enfoque positivista con base en la filosofía cartesiana y el biologicismo, que se contrapone a la visión sociohistórica e intercultural, y su explicación desde los modos de vida dentro de una estructura de clase, de género y étnico-racial. La comunicación arraigada en el enfoque positivista, biomédico y clínico-asistencial genera y reproduce una visión fuertemente cartesiana, urbana y

⁴⁰ Recorte y manipulación de las evidencias científicas producidas por científicos y centros de investigación vinculados a grandes intereses empresariales [...] El problema existe cotidianamente y se reproduce constantemente en la “normalidad” del trabajo universitario, donde la ignorancia estratégica y el analfabetismo científico operan en los diseños, pensamiento y ejercicios de la docencia [Por eso la] urgencia de enfrentar este problema y su redoblada hegemonía de la línea de pensamiento del poder, que radica en el sistemático predominio del paradigma cartesiano en las investigaciones [...] Repensar las bases pedagógicas y metodológicas de la formación para salir de la camisa de fuerza del pensamiento funcionalista de carácter lineal y unicultural, que haya superado la ignorancia estratégica que hoy penetra los modos de pensar de un especialismo positivista de fundamentación cartesiana y biologicista, que desnaturaliza tanto al campo de la salud pública como al de la clínica, rompiendo su unidad y mutua dependencia [...] Resolver concomitantemente la fractura entre la salud colectiva y la salud pública y, por último, instaurar una formación participativa intercultural verdadera, que conecte de forma estructural el avance del saber académico de la universidad y el saber comunitario [...] Convencernos de que la única respuesta que cabe ofrecer desde la academia frente a los retos de un mundo donde la vida está en grave riesgo y donde se nos está condenando a la ignorancia y analfabetismo científico, es la transformación profunda de los pilares del pensamiento y acción universitarias (Breilh 2023)

occidental, marcada por sesgos sexistas, racistas y clasistas, dando lugar a una representación carente de contexto sociohistórico e intercultural tanto en su narrativa como en su imagen. Este tipo de comunicación en salud también establece una conexión entre la salud y una lógica mercantil, convirtiendo la salud y la medicina en productos comercializables y rentables dirigidos exclusivamente hacia la biología, la enfermedad y la atención individualizada. De ahí que tal mirada farmobiomédica cuente con el respaldo de grandes corporaciones e industrias farmacéuticas, convirtiéndose así en una poderosa herramienta para el capitalismo del Siglo XXI (hiperneoliberalismo). Como se puede apreciar, estas dinámicas, a su vez, tienen efectos en la educación y la profesionalización del sector sanitario. Es decir, en el pensamiento, metodología y praxis dentro de los procesos de prevención y promoción de la salud.

Es así como “[l]as lógicas médicas han penetrado en otras esferas; hemos llegado a pensar en la alimentación, el ocio, el sexo y la educación en términos biomédicos. En la superficie, la mediatización y la biomedicalización parecen contradecirse, y surge una pregunta interesante sobre cómo se cruzan: ¿los medios son colonizados por un campo biomédico cada vez más poderoso, o la biomedicina es penetrada y colonizada por los medios? [...] La mejor pregunta no es qué esfera tiene más poder, sino cómo la compleja interpenetración de los medios y la medicina ha remodelado cada dominio (Briggs y Hallin 2016, 10).

De manera clara y contundente se evidencia que los artículos relacionados con la “determinación social de la salud” y la “salud colectiva” son aquellos que priorizan una mirada intercultural, lo que indica una coherencia entre el discurso, el pensamiento y la práctica en salud. En contraste, en el caso de “los determinantes sociales de la salud” no se observa consistencia entre un discurso supuestamente social e intercultural y las concepciones y prácticas en salud. Aproximadamente, la mitad de los artículos relacionados con este enfoque carecen de una perspectiva intercultural. Menos aún aquellos artículos vinculados a una visión biomédica, positivista, reduccionista, individual y asistencialista de la salud.

Existe coherencia entre la propuesta de la salud colectiva (epistemología, metodología y praxis) y una narrativa e imagen que, al vincular los procesos sociales con las exposiciones a problemas de salud y vulnerabilidades socialmente determinadas, y finalmente, con los procesos de instauración de condiciones biológicas y ecológicas, evita caer en una comunicación en salud de naturaleza pasiva y de lógica lineal. Esta narrativa y comunicación visual se distingue por no adoptar un enfoque biomédico y cartesiano de la salud. De esta manera, se fomenta y perpetúa una comunicación en salud que es menos

clasista, sexista, racista y monocultural. Sin embargo, según se desprende de los resultados de esta investigación, es importante señalar que la literatura disponible sobre salud colectiva es escasa en comparación con los otros dos enfoques: el individual y la salud pública. Ambos, derivados de disciplinas médicas con una orientación centrada en la biología, según se evidencia en los artículos recopilados en estas tres bases de datos, así como en la submuestra de la prensa ecuatoriana.

En cuanto a la medicina ancestral y los aspectos culturales, se puede observar que la universidad es la entidad que más contribuye a esta área en términos de publicaciones, aunque la proporción es bastante reducida, representando solo el 6%. Además, resulta preocupante que, de las 603 publicaciones analizadas, únicamente 26 exploran una perspectiva intercultural de la salud. A pesar de que estas publicaciones se realizaron en países como Ecuador, Argentina, Colombia, Uruguay, Brasil, México, Chile, Bolivia, Perú, Venezuela, Cuba y El Salvador, que poseen una vasta riqueza y sabiduría en este campo, solo el 6% de ellas (36 de 603) incorpora conocimientos ancestrales o tradicionales en salud.

En relación con los diversos sectores (público, privado, universidades, ONG), es notable que, a pesar del trabajo realizado por organizaciones no gubernamentales en el ámbito comunitario, no se encontraron publicaciones que aborden la medicina ancestral. No obstante, sí se encuentran publicaciones vinculadas a políticas de salud. Este hecho pone de manifiesto cómo otros conocimientos y saberes, como la sabiduría y ecosofía indígena, los saberes populares, los conocimientos tradicionales y los conocimientos de las mujeres y grupos subalternos, son relegados y subestimados. Con frecuencia, se les considera “no científicos” y se les niega su legitimidad e importancia.

Por consiguiente, se produce una gran pérdida ya que, como se evidenció en el análisis de la guía “Kintiku Yachay”, su sabiduría y concepción acerca de la salud y la vida son fundamentales para promover una comprensión integral de la salud desde una perspectiva intercultural del *sumak kawsay*, el *alli kawsay*, y el “bien vivir”. A través de saberes de la comunidad, saberes de la crianza de la familia, saberes de la *chakra* y saberes de la *Pachamama*. Tal visión de modos de vida saludables se sustenta en una base epistemológica y metodológica profunda, que aborda aspectos filosóficos; económicos; sociohistóricos; enfoques de derechos humanos, género y diversidades; sin caer en visiones individualistas, positivistas, patriarcales, clasistas y racistas. Por ende, era esencial incluir en nuestra investigación esta sabiduría como ejemplo inspirador de una visión integral de la salud y su vínculo profundo con los principios de la salud colectiva,

poniendo de relieve la importancia de la determinación social de la salud y las 4S de la vida (Breilh 2019). Así, la Confederación del Pueblo Kayambi, una organización indígena representativa de Ecuador y su “Guía didáctica de crianza sabia para la vida comunitaria Kintiku Yachay”, hace parte importante de este estudio y propuesta.

De esta manera, el concepto del *sumak kawsay*, en plena armonía con los fundamentos de la salud colectiva, desde la ecosofía y la sabiduría indígena -que va más allá del bienestar individual- da prioridad a la colectividad, la solidaridad y la búsqueda de una vida plena en su sentido más amplio y profundo, y se presenta como una alternativa valiosa y necesaria para cuidar la vida.

Es necesario evolucionar la noción de bienestar hacia la idea de modos de vida saludables, o incluso de manera más clara, hacia la construcción y adopción intercultural de la categoría kichwa “*sumak kawsay*”, presente en la cosmovisión de los pueblos andinos y que se traduce como “bien vivir”. El concepto de bienestar pleno, o mejor dicho, de bien vivir, abarca tanto los recursos materiales básicos indispensables como las condiciones espirituales y culturales, estrechamente relacionadas con dichas condiciones, que son necesarias para generar un sentido colectivo e individual de bienestar sostenible y de apoyo, tanto a nivel psicológico como espiritual [...] Para trascender la connotación predominantemente psicológica e individual del bienestar desde una perspectiva epidemiológica holística, debemos ir más allá del bienestar individual que se define de manera empírica (Breilh 2021, 119-123).

Además de la interculturalidad, otro aspecto importante en este estudio consiste en abordar el enfoque de derechos humanos, género y diversidades, y explorar sus implicaciones. En este contexto, no solo persiste la discriminación y la exclusión de las mujeres y la comunidad LGTBIQ+ en el ámbito de la salud, sino que, en muchos casos, se produce una invisibilización y perpetuación de la inequidad estructural que históricamente han afectado el acceso y ejercicio de sus derechos. En el caso de las mujeres, a pesar de los avances logrados en la lucha por la equidad de género, la brecha de género sigue presente tanto en la producción de conocimiento como en las prácticas en salud. Las mujeres han sido históricamente marginadas en la generación de conocimiento, evidenciándose un porcentaje significativamente menor de autoras mujeres en comparación con autores hombres en los artículos analizados. Asimismo, desde la perspectiva biomédica, las investigaciones en salud a menudo desatienden enfoques de género y suelen centrarse principalmente en hombres. La mayoría de los estudios clínicos solo incluyen a hombres como sujetos de investigación, lo que resulta en la subrepresentación de las mujeres en la evidencia científica y, por ende, en las decisiones de políticas de salud.

Por otra parte, las mujeres también están subrepresentadas en las carreras de salud y, como resultado, en la práctica clínica. Aunque predominan en las carreras de enfermería y obstetricia, su presencia es menor en medicina y especialidades quirúrgicas. Además, a menudo se les asignan roles menos remunerados y valorados en el equipo de atención médica. Esta discriminación y exclusión en el ámbito de la salud se agrava en poblaciones vulnerables, como las mujeres campesinas, indígenas y afrodescendientes, que enfrentan diversas formas de discriminación y marginación. En el capítulo de resultados “Estado del arte de la comunicación en salud en América Latina en el Siglo XXI: narrativas, imágenes y bibliografía destacadas”, estos elementos se hacen evidentes tanto en la narrativa como en la representación visual relacionada con la salud.

A más de esta discriminación sexista, se evidencia la ausencia de un enfoque sociohistórico en la mayoría de los artículos y portadas que hemos analizado, lo que resulta en una perspectiva superficial que se limita a describir en lugar de explicar los procesos de salud, y, por ende, no propicia una verdadera transformación de la realidad. Se observa una orientación en aspectos parciales, principalmente desde los factores de riesgo o “las causas de las causas” (determinantes sociales de la salud), sin tomar en cuenta los diversos procesos sociohistóricos que influyen en las condiciones de salud a nivel individual y colectivo, y las relaciones dialécticas y complejas entre la dimensión general (sociedad: sistema, acumulación de capital, relaciones políticas y culturales; metabolismo sociedad-naturaleza), con los procesos particulares socio culturales de los estamentos constitutivos (clases/grupos: modos de vivir y vulnerabilidad bajo relaciones de clase, género y etnia-raza), y con los procesos individuales (individuos: estilos de vida y condiciones psicológicas y biológicas; “embodiments”), su reproducción social y metabolismo con la naturaleza (Breilh 2003, 2015, 2018, 2021).

Esto refuerza el dualismo cartesiano y el método experimental de las ciencias positivas, al igual que elementos clasistas, sexistas y racistas en la narrativa y la representación visual vinculadas con la salud. La omisión del análisis de los modos de vida y los procesos sociales, de género y etnoculturales en la construcción de saberes en salud guarda una relación directa con el crecimiento acelerado de la inequidad, la discriminación, la exclusión y la injusticia, es decir, con el deterioro de los modos de vida saludables, sobre todo de las poblaciones vulnerables. Estas problemáticas se evidencian tanto en el análisis cualitativo como en el cuantitativo de la literatura latinoamericana sobre comunicación e imagen en salud. Por lo tanto, es vital adoptar una mirada crítica que cuestione y desafíe estas formas de concebir, visualizar, abordar y accionar la salud.

Con respecto al estudio sobre una submuestra de temas relacionados con la comunicación en salud de un medio de comunicación del Ecuador como El Comercio, no se aprecia una evolución cronológica en los enfoques sobre la salud a lo largo del tiempo. Como resultado, se observa que las dos dimensiones con mayor frecuencia corresponden a las acciones clínico-asistenciales, que muestran la necesidad de buscar tratamientos curativos para diferentes condiciones de enfermedad, y a consideraciones gubernamentales sobre políticas de salud. A lo largo de todo el período estudiado, que abarca desde el año 2000 hasta el 2021, y en un mes relevante en términos de temas de salud como lo es abril, se presenta una alta recurrencia de publicaciones sobre salud preventiva con un enfoque biomédico, seguido por artículos sobre vacunación, y ninguno sobre salud colectiva. Esta situación se refleja también en la nube de palabras, que pone de manifiesto una tendencia hacia una total simplificación en el abordaje de la salud.

Es evidente la predominancia de una perspectiva esencialmente biomédica, clínico-hospitalaria, positivista, reduccionista, individual, cartesiana y asistencialista de la salud en este medio de comunicación. De los 22 artículos analizados, 13 se centran en temas de salud individual desde un enfoque biomédico, mientras que los restantes 9 abordan temas de salud pública desde la misma perspectiva. Ninguno de los 22 artículos examinados aborda los procesos de determinación social de la salud y la epidemiología crítica, lo cual es motivo de preocupación y resalta la importancia de contar con más profesionales en salud y comunicación formados desde perspectivas críticas en ambos campos. Asimismo, la tónica de muchos de sus artículos vulnera prácticas ancestrales y tradiciones locales, e impone una mirada higienista, vertical, racista, patriarcal de la salud, perteneciente a la cultura occidental.

Después de un cuidadoso análisis de los artículos, se observó que los títulos no siempre reflejan la postura teórica que se intenta respaldar. En algunos casos, a pesar de ser conceptualizados como enfoques como la determinación social de la salud, se percibe una concepción de la salud como un bien comercial desde una perspectiva individualista, causal y biomédica. La mayoría de estos escritos se componen de revisiones bibliográficas que exhiben un discurso y fuentes de investigación recurrentes, focalizándose principalmente en una narrativa farmobiomédica y clínico-hospitalaria predominante. La carencia de estudios que indaguen en otras realidades o perspectivas interculturales de la salud es evidente, y son aún más reducidos los que se orientan hacia un enfoque integral, multidimensional y complejo. Todo esto puede ser analizado detalladamente en el capítulo de resultados.

En el subcapítulo dedicado al *análisis de la imagen en salud*, que hace parte del capítulo “Estado del arte de la comunicación en salud en América Latina en el Siglo XXI: narrativas, imágenes y bibliografía destacadas”, se evaluaron diversas categorías, encontrándose variaciones en la cantidad de imágenes estudiadas: 207 en el ámbito sociohistórico, 178 relacionadas con la imagen y el racismo, 180 en relación con el enfoque de género y 207 en el ámbito intercultural. Dado el gran volumen de imágenes analizadas, resultó inviable aplicar de manera exhaustiva la *matriz de análisis crítico de la imagen* (Breilh MJ 2018). No obstante, se emplearon algunos de sus elementos para elaborar la *guía de caracterización documental y gráfica*. Aunque la matriz no fue utilizada en su totalidad, es importante resaltar que constituye una herramienta fundamental para llevar a cabo el análisis crítico de la imagen en el contexto de la comunicación en salud.

Es importante reconocer que la imagen en salud tiene la capacidad de generar perspectivas, identidad, conciencia, ideología, sentidos y valores. La comunicación visual, a su vez, transmite y construye información y significados. Por eso la necesidad de una formación transdisciplinaria e intercultural, y su aplicación mediante una conexión bidireccional entre una teoría crítica de la comunicación y la salud colectiva. Para este propósito, se llevó adelante en este estudio un análisis minucioso no solo del estado del arte de la narrativa, sino también de la imagen en el ámbito de la salud.

Resulta claro el enfoque de salud tiene un impacto directo en la imagen que se proyecta y, por ende, en las diversas miradas. Se percibe cómo la comunicación visual del enfoque clínico-asistencial elude abordar temas relacionados con una interculturalidad emancipadora que impida cualquier forma de folklorización, y tampoco refleja una construcción fundamentada en múltiples voces en lugar de una única. Esto fortalece una visión exclusivamente occidental, racista y clasista, que además carece de una dimensión sociohistórica.

En consecuencia, de cada diez imágenes analizadas, solo una contempla procesos sociohistóricos (el 43% de las portadas analizadas no aborda este tema). Es paradójico que, en el ámbito de la salud colectiva, un porcentaje reducido de documentos incluya este enfoque en sus imágenes. Aunque, en comparación con la salud individual y pública, hay una proporción relativamente mayor de imágenes que abordan el enfoque sociohistórico representando la salud colectiva. A pesar de las expectativas de encontrar más imágenes con una perspectiva sociohistórica en la categoría de “determinación social de la salud”, lamentablemente, es común hallar incoherencias en la comunicación visual

utilizada para representar su narrativa, incluso cuando se trata de enfoques más integrales de la salud. Estas situaciones se presentan de manera más frecuente en la sociedad actual, ya que los distintos medios de comunicación y redes nos inundan con imágenes vacías y “sin sentido” o con un sentido mercantil que, a menudo, no han pasado por una reflexión sobre la importancia e influencia de la imagen en temas de salud.

Asimismo, la presencia de la interculturalidad en la comunicación visual sobre temas de salud es limitada y poco frecuente en las imágenes examinadas. Aunque la categoría de determinación social de la salud exhibe un porcentaje significativamente mayor de imágenes que reflejan una perspectiva intercultural, en términos generales, aproximadamente un tercio de los documentos no considera en absoluto esta perspectiva. Es paradójico que, a pesar de que ciertos textos se enfocan en la medicina ancestral y elementos culturales, el 71,4% de sus imágenes no presenten una perspectiva intercultural. Además, las imágenes vinculadas a políticas en salud tampoco adoptan una mirada intercultural. Esta ausencia de representación visual de la interculturalidad en temas de salud constituye un problema que requiere un análisis crítico más profundo para abordar adecuadamente estas deficiencias en las diversas representaciones gráficas. Esto se evidencia en varios ejemplos, como en el caso de las vacunas, donde la inclusión de una imagen intercultural puede ser simplemente un recurso visual posracial para captar la atención del público, sin una verdadera intención de promover la interculturalidad y la equidad, y analizarla con mayor profundidad.

Por otro lado, se observa una tendencia a presentar a las personas de piel blanca como las únicas que poseen conocimientos y habilidades en el campo de la salud, mientras que las personas de piel más oscura son representadas con roles secundarios, estereotipados y sin un papel relevante. Pero, por otro lado, es frecuente que las diferencias raciales sean ignoradas y que las noticias o la publicidad se presenten como si la etnia y la raza no existieran. Esta práctica se utiliza como una estrategia de marketing, creando la ilusión de una sociedad equitativa y sin prejuicios raciales donde todas las personas están completamente integradas y tienen las mismas oportunidades. Sin embargo, esto oculta las inequidades económicas, etno-raciales, de clase y género existentes, lo que puede llevar a culpar individualmente a aquellos que sufren de desigualdades y a considerar a aquellos que las cuestionan como desconectados de la realidad o desagradecidos (Briggs y Hallin 2016). Aunque algunas de estas publicaciones muestren una perspectiva no racista en sus imágenes, su narrativa en temas de salud sigue

siendo -en su mayoría- de enfoque occidental, clasista, racista y patriarcal, además de cartesiano.

En definitiva, los resultados de este estudio respaldan la hipótesis acerca de las ideas, valores, significados y sentidos que se transmiten a través de una narrativa especializada e imagen, desde una perspectiva reduccionista, cartesiana, positivista, reformista y funcional de la salud. Esta visión está estrechamente relacionada con los intereses hegemónicos en los ámbitos clínicos e individuales y, sobre todo corporativos, de la atención médica, enfocada en una lógica de mercado y en los intereses políticos y económicos del capitalismo hiperneoliberal. Esto subraya la necesidad de transformar tanto las políticas públicas como la educación y la comunicación en salud, así como la teoría, metodología y praxis empleada en el contexto del pensamiento e investigación en estos campos.

Es esencial promover una investigación que, si bien sea rigurosa científicamente, también explore modelos innovadores y disruptivos en el ámbito de la salud, y que establezca redes y colectivos de discusión y formación desde una perspectiva crítica, integral, transdisciplinaria e intercultural. La comunicación en salud no puede ser instrumental, funcional, ahistórica y dominante; debe ser proactiva, comunitaria, independiente, solidaria, soberana, justa, ética, alternativa, creativa, estética y equitativa. Además, no debe construirse desde la prepotencia y la unidireccionalidad, sino junto a las voces y demandas del territorio; sumergiéndose profundamente en sus necesidades, cultura y realidad.

En efecto, la creación de medios de comunicación autónomos, comunitarios y universitarios se posiciona como un elemento clave para llevar a cabo una comunicación e imagen alternativa en el ámbito de la salud. Es fundamental que estos medios involucren a una variedad de actores, tales como grupos de investigación, comunicadores, epidemiólogos, geógrafos, educadores, productores agroecológicos, la comunidad en su conjunto, así como colectivos transdisciplinarios e interculturales. Todos ellos deberían incorporar una perspectiva crítica de la comunicación, así como enfoques críticos e integrales de la salud y de otros campos del conocimiento.

Por esta razón, es esencial promover iniciativas que impulsen una investigación-acción-participativa con incidencia profunda, así como procesos de formación dialógica que involucren a diversos sectores (organizaciones, comunidad, sector público y privado, ONG y academia). Estos deben basarse en enfoques transdisciplinarios e interculturales, integrando la sabiduría y pensamiento indígena, afro, montubio, amazónico y popular. De

esta manera, podemos avanzar hacia una comprensión más profunda e integral de la salud y contribuir al desarrollo de una sociedad más justa, equitativa, solidaria, sustentable, soberana y saludable. Como mencionamos anteriormente, un ejemplo concreto de lo que se propone se evidencia a través de las escuelas de comunicación crítica y comunitaria establecidas por el Programa Andina EcoSaludable en colaboración con el Comité Nacional de Agricultura Familiar Campesina Comunitaria. Además, se han llevado a cabo diversas iniciativas de formación desde el CILABSalud (Centro de Investigación y Laboratorios en Salud Colectiva del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar), las cuales se detallan en el subcapítulo “Determinación social de la imagen y justicia comunicativa en salud” que hace parte del capítulo “Comunicación crítica y salud colectiva: su función social e histórica”.

De la misma manera, se requiere formar comunicadores con una “visión metacrítica⁴¹”, que trascienda la perspectiva reduccionista, funcional y pragmática, y adopte un enfoque crítico, transdisciplinario e intercultural, en sintonía con los procesos y relaciones sociales, de género y etno-culturales. Es necesario que los medios de comunicación vayan más allá de las narrativas superficiales o funcionalmente vinculadas al poder, adentrándose en los procesos y en la determinación social tanto de la narrativa como de la imagen. Esto posibilita una contribución desde una perspectiva que suele ser ignorada en los medios hegemónicos y su cobertura mediática convencional. Un periodismo ético, reflexivo y rigurosamente investigado y contrastado se convierte en un recurso invaluable, siendo cada vez más escaso en un entorno saturado de ignorancia planificada, noticias falsas, instantáneas y titulares sensacionalistas.

En el ámbito de la comunicación en salud, como hemos destacado anteriormente, es preciso contar con comunicadores que tengan conocimientos en salud colectiva, así como médicos, epidemiólogos, geógrafos, promotores de salud, entre otros, familiarizados con una teoría crítica de la comunicación en salud. Con ese propósito “tener claridad de las transformaciones conceptuales y metodológicas dentro de un marco científico no cartesiano [...] La concepción cartesiana es esencialmente estática, mientras

⁴¹ Propuesta metodológica innovadora propuesta por el director del CILABSalud y del Programa Andina EcoSaludable, Jaime Breilh Paz y Miño, que propone un modelo de metodología metacrítica, cuali-cuanti, presentado en su último libro “Critical Epidemiology and the Peoples Health” publicado por la Universidad de Oxford (Breilh, Jaime. 2021. Critical Epidemiology and the Peoples Health. New York: Oxford University Press) [...] Construir una perspectiva metacrítica depende de articular la capacidad heurística de diferentes disciplinas (transdisciplinariedad) y de varias culturas (interculturalidad) en un proceso igualitario en términos de competencias. ¿Por qué el prefijo “meta”? Porque abarca varias voces (Breilh 2021).

que el pensamiento complejo es movimiento” (Breilh, 2021) y, “no hay manera de captar los temas históricos aislados, sueltos, desconectados, cosificados, detenidos, sino en relación dialéctica con los otros, sus opuestos” (Freire 2005, 107). Así pues, la teoría, el método y la práctica, en términos de contenido, profundidad y extensión, deben transformarse para romper el molde cartesiano y occidental.

Se hace necesario integrar un pensamiento renovado con una nueva concepción de la planificación e incidencia en salud, basada en la teoría del “triángulo de políticas” (Matus 1987, 51) y sus implicaciones para promover una articulación científica emancipadora transdisciplinaria e intercultural en la investigación, la educación de posgrado y las estrategias de incidencia política. Esto implica la formación de redes alternativas de comunicación en salud que conecten el pensamiento transformador, las comunidades movilizadas y los recursos científico-instrumentales. Para alcanzar este objetivo, se requiere contar con: un proyecto emancipatorio para la salud, que incluya un enfoque teórico crítico de la salud y la comunicación, y un proyecto de impacto estratégico centrado en los procesos críticos de determinación social; un bloque social articulado conformado por comunidades afectadas y tomadores de decisiones comprometidos y movilizados; y un cuerpo de conocimiento científico y herramientas técnicas adaptadas para satisfacer las necesidades de los dos elementos anteriores (basado en Breilh 2021).

En este contexto, el papel de la educación en la construcción, promoción y aplicación de la comunicación crítica en salud es vital. Al generar efectos pedagógicos transformadores y proporcionar herramientas para la enseñanza, se fomenta una formación concebida como *práctica de libertad* (Freire 1974) y una aplicación viable que se vincula con la *justicia comunicativa en salud* (Briggs 2005), accesible tanto a nivel nacional como regional. Además, la educación desempeña un papel político-ideológico al transmitir valores, principios, metodologías, técnicas, parámetros y enfoques desde diversas perspectivas.

De esta manera, cobra sentido la apuesta por una reforma universitaria, como la propuesta por el *Programa Andina EcoSaludable* del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar del Ecuador y su director Jaime Breilh. Un nuevo modelo de universidad que rompe con una línea acartonada de tecnócratas que hacen ciencia desde el escritorio. En su lugar, promueve una universidad comprometida con la sociedad y activamente involucrada en su transformación. La preocupación principal de sus docentes, investigadores y estudiantes no se limita a publicar en revistas indexadas o

alcanzar altos índices de impacto; en cambio, busca una academia que trabaje estrechamente junto con las comunidades, los productores agroecológicos, los recicladores -entre otros y otras- estableciendo relaciones de respeto y enriquecimiento mutuo entre la universidad, las comunidades y los gobiernos locales.

Además, se propone una redefinición del verdadero significado de la excelencia académica, estableciendo una conexión inseparable entre la docencia, la investigación y una profunda vinculación con la comunidad. Esto implica una revolución en el conocimiento, abandonando un enfoque tecnocrático en favor de uno que sea crítico, transdisciplinario e intercultural. Un pensamiento crítico que conlleva ciertos requisitos conceptuales, políticos y éticos. Precisamente, estas transiciones son necesarias para abordar la crisis multidimensional que atraviesa la humanidad, y requieren de una academia con incidencia en la sociedad a la que se debe. Responder a este llamado de manera coherente y transdisciplinaria implica consolidar la construcción colectiva de una ciencia orientada hacia la vida y el bien común, que se desarrolle desde una perspectiva intercultural y crítica, en colaboración con comunidades movilizadas en defensa de sus derechos (Breilh 2021).

Finalmente, en el ámbito de la comunicación visual, se plantea un *paradigma crítico del diseño de comunicación visual*. Este enfoque implica considerar, desde una perspectiva sociohistórica de la imagen, aspectos filosóficos, económicos, espaciales, ecológicos, culturales y políticos, en conexión con una teoría crítica de la sociedad, de la comunicación y de la salud, así como la interculturalidad y la transdisciplinariedad. Que defiende una ética y rigurosidad investigativa en la planificación y diseño de proyectos. Que no debe ser concebida únicamente de manera individual, sino que es profundamente solidaria y colectiva. Que no puede ser construida desde la prepotencia y la unidireccionalidad, sino conjuntamente con las voces y demandas del territorio; empapándose profundamente de sus necesidades, cultura y realidad. Que no es un simple adorno y, por ende, no puede ser reducida a una perspectiva instrumental, técnico-pragmática o exclusivamente estética, y mucho menos limitarse al ámbito del mercado. Por tanto, es de vital importancia proponer y construir la comunicación visual como una comunicación en acción, como creadora y reproductora de ideas poderosas, símbolos, sensibilidad, cultura, valores y formas de justicia y equidad.

Bibliografía⁴²

- Abril, Gonzalo. 2007. Análisis crítico de textos visuales. Mirar lo que nos mira. Madrid: Síntesis.
- Arfuch, Leonor, Noberto Chaves, y María Ledesma. 2003. Diseño y Comunicación. Teorías y enfoques críticos. Buenos Aires: Paidós.
- Barbero, Martín. 1991. De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía. México: Gustavo Gili.
- . 1994. “La comunicación, centro de la modernidad. Una peculiar relación en América Latina”, Revista Telos, n°. 36.
- . 2005. “Globalización comunicacional y transformación cultural”. En Por otra comunicación. Los media, globalización cultural y poder, coord. Dénis de Moraes. Barcelona: Icaria / Intermón Oxfam.
- Barthes, Roland, Claude Bremond, Tzvetan Todorov, Christian Metz. 1970. La Semiología. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Bauman, Zygmunt. 2002. Modernidad Líquida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- . 2003. Amor Líquido. Sobre la fragilidad de los vínculos humanos. Barcelona: Paidós.
- Bourdieu, Pierre. 1989. O Poder Simbólico. Lisboa: Difel / Bertrand Brasil.
- Breilh, Jaime. 2003. Epidemiología Crítica; ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- . 2010. Epidemiología, economía política y salud: bases estructurales de la determinación social de la salud. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional.
- . 2014. Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- . “Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud”. Debate. Revista Brasileira de Epidemiología, 18(4) (2015): 965-975, doi: 10.1590/1980-5497201500040022.

⁴² Por cuestión de espacio, la bibliografía referente a las 602 publicaciones consultadas en las tres bases de datos (Scielo, PubMed y Lilacs), así como los 22 artículos sobre salud publicados en El Comercio en el mes de abril (Día Mundial de la Salud) -del 2000 al 2021- no constan en este listado ni en la sección de Anexos, ya que son más de 50 páginas de citas.

- . 2019. *Ciencia Crítica sobre impactos en la salud colectiva y ecosistemas. Guía investigativa pedagógica: evaluación de las 4 “S” de la vida*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar (Centro de Investigación y Laboratorios en la Salud Colectiva CILABSalud).
- . 2021. *Critical epidemiology and the people’s health*. New York: Oxford University Press.
- . 2023. “The social determination of health and the transformation of rights and ethics. A meta-critical methodology for responsible and reparativescience”. *Global Public Health* 18 (1): 1-18. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2193830>
- . 2023. *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos (Ciencia ética y valiente en una civilización malsana)*. Quito-Buenos Aires: Universidad Andina Simón Bolívar (UASB-E) – Universidad Autónoma Nacional de México (UNAM) – Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Traducción: María Cristina Breilh.
- . 2023. “Reforma en salud en el Siglo 21: disputa del conocimiento e ignorancia planificada en la era de aceleración digital y desplome de la bioética”. Universidad de Antioquia.
- Breilh, María José. 2018. “De lo comercial a lo social: desafíos del diseño gráfico y la comunicación. Análisis de dos instituciones de nivel superior en Quito”. Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/7051>
- Briggs, Charles. “Critical perspectives on health and communicative hegemony: progressive possibilities, lethal connections”. *Revista de Antropología Social (University of California)*, nº. 14 (2005): 101-124, ISSN: 1131-558X.
- . y Daniel Hallin. 2016. *Making Health Public*. New York: Routledge.
- . “Descubriendo una falla trágica en las políticas revolucionarias de salud: Desde las inequidades en salud y comunicación a la justicia comunicativa en salud”. *Salud Colectiva (Universidad Nacional de Lanús)*, nº. 13 -3 (2017): 411-427, doi: 10.18294/sc.2017.1152/ ISSN 1669-2381.
- Carneiro, Fernando, Lia Giraldo, Raquel Rigotto, Karen Friedrich y André Campos. 2016. *Dossier ABRASCO: alerta sobre los impactos de los agrotóxicos en salud*. Río de Janeiro: EPSJV / Sao Paulo: Expressao Popular. Traducido al español por María José Breilh, Javier Rodríguez y Elis Borde.

- Castro Morales, Efraín. 1983. *Los cuadros de castas de la Nueva España*. Koln: Boehlau Verlag.
- Chaves, Norberto. 2001. *El Oficio de Diseñar: Propuestas a la conciencia crítica de los que comienzan*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Confederación del Pueblo Kayambi. 2018. *Guía didáctica de crianza sabia para la vida comunitaria Kintiku Yachay*. Cayambe: GADIP-C.
- Costa, Joan. 2014. "Diseño de Comunicación Visual: el nuevo paradigma", *Grafica 2* (4): 89 -107. doi: 2014-9298/sc.
- Darley, Andrew. 2002. *Cultura visual digital. Espectáculo y nuevos géneros en los medios de comunicación*. Barcelona: Paidós.
- De Sousa Santos, Boaventura. 2009. *Una epistemología del Sur*. México: Siglo XXI / Clacso.
- Debord, Guy. 1995. *La sociedad del espectáculo*. Santiago de Chile: Naufragio.
- Dussel, Enrique. 2012. *Modernidad y ethos barroco en la filosofía de Bolívar Echeverría*. México: UNAM.
- Echeverría, Bolívar. 1990. *La izquierda: Reforma y revolución*. *Utopías Revista de la Facultad de Filosofía y Letras-UNAM*, 6, 10–14.
- Ewen, Stuart. 1991. *Todas las imágenes del consumismo. La política del estilo en la cultura contemporánea*. México: Grijalbo.
- Fanon, Frantz. 2009. *Piel negra, máscaras blancas*. Madrid: Akal.
- Foucault, Michel, Sylvère Lotringer, y Lysa Hochroth. 2007. *The politics of truth. Semiotext(e) foreign agents series*. Los Angeles, CA: Semiotext(e).
- Frascara, Jorge. 2006. *El diseño de comunicación*. Buenos Aires: Infinito.
- Freire, Paulo. 1974. *La educación como práctica de la libertad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- . 2005. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, Paulo y Antonio Faundez. 2013. *Por una pedagogía de la pregunta. Crítica a una educación basada en respuestas a preguntas inexistentes*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Fuchs, Christian. 2016. *Critical Theory of Communication*. London: University of Westminster Press.
- . 2020. *Communication and Capitalism*. London: University of Westminster Press.

- . 2021. *Digital Capitalism: Media, Communication and Society*. London: Routledge.
- Gruzinski, Serge. 1994. *La Guerra de las imágenes. De Cristóbal Colón a “Blade Runner” (1492-2019)*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Guerrero Arias, Patricio. 2014. *Corazonar: Una Antropología comprometida con la vida*. Quito: Abya-Yala / UPS.
- Han, Byung-Chul. 2020. *La Desaparición de los Rituales. Una topología del presente*. Barcelona: Herder Editorial.
- . 2021. *No-Cosas. Quiebras del Mundo de Hoy*. Colonia: Penguin -Taurus.
- Harvey D. 2014. *Espacios de capital (Hacia una geografía crítica)*. Madrid: Ediciones Akal.
- Imbert, Gerard. 2010. *La Sociedad Informe*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Jardim, João e Walter Carvalho. 2014. “Janela da Alma Documentário 2001” Mirá Filmes. Video de YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=_I9l7upG0DI.
- Le Breton, David. 2009. *El Sabor del Mundo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lotringer, Sylvère y Lysa Hochroth, ed. 1997. *The Politics of Truth Michel Foucault*. New York: Semiotext.
- Martins, Antonio. 2023. “Inteligência Artificial: algo se move na América Latina”. *Outras palavras*. 16 de febrero. https://outraspalavras.net/tecnologiaemdisputa/inteligencia-artificial-algo-se-move-na-america-latina/?fbclid=IwAR3O-Vk1tLE5HNRwPv0CTd3OJ-m82gmlU5RO0uUItFFC39h6Wz0gaz6ww_A
- Marx, Karl. 2010. *El Capital. Crítica de la economía política. Volumen I: El Proceso de producción del capital*. Madrid: Siglo XXI.
- Matus, Carlos. 1987. *Adiós Señor Presidente: Planificación, anti-planificación y gobierno*. Caracas, Venezuela: Pomaire.
- Meggs, Philip y Alston Purvis. 2016. *History of Graphic Design*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Monterastelli, Alessandra. 2023. “Saúde digital: os riscos da “plataformização”. *Outra Saúde*. 26 de abril. <https://outraspalavras.net/outrasaude/saude-digital-os-riscos-da-plataformizacao/>
- Morales, Carolina y Eslava, Juan Carlos, eds. 2015. *Tras las huellas de la determinación: Memorias del seminario inter-universitario de determinación social de la salud*

- (1era ed. en español). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Facultad de Medicina, Facultad de Odontología.
- Perniola, Mario. 2008. Del Sentir. Valencia: Pre-textos.
- Ribeiro, Silvia. 2016. “Cuarta revolución industrial, tecnologías e impactos”. La Jornada. 29 de octubre.
- Soares de Araújo, Inesita y Janine Miranda Cardoso. 2007. Comunicação e Saúde. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Tillería, Ylonka. 2020. “Las enfermedades de la imagen. Determinación social de los trastornos alimentarios en adolescentes Un estudio en escuelas secundarias de Quito, Machala y Otavalo”. Tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/7484>.
- Veraza, Jorge (coordinador). 2007. Los peligros de comer en el capitalismo. México: Itaca.
- Wu, Tim. 2018. The curse of bigness: antitrust in the new gilded age. New York: Columbia Global Reports.
- Zamora Águila, Fernando. 2007. Filosofía de la Imagen. Lenguaje, imagen y representación. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Listado de tablas, gráficos e imágenes

Listado de Tablas

Tabla 1 Guía de caracterización documental y gráfica

Tabla 2 Pensamiento lineal reduccionista y complejo sobre salud

Tabla 3 Documentos analizados en bases de datos (2000 – 2021)

Tabla 4 Tipo de publicación en bases de datos consultadas (2000 – 2021)

Tabla 5 Criterios de selección y búsqueda en bases de datos (2000 – 2021)

Tabla 6 Entidad o sector al que pertenece la publicación (2000 – 2021)

Tabla 7 Enfoque de la comunicación en salud según entidad o sector (2000 – 2021)

Tabla 8 Perspectiva de la comunicación en salud (2000 – 2021)

Tabla 9 Entidad detrás del escrito y su enfoque en la comunicación en salud (2000 – 2021)

Tabla 10 Tipo de salud que comunica la narrativa (2000 – 2021)

Tabla 11 Incorporación de mirada ancestral o tradicional en salud (2000 – 2021)

Tabla 12 Perspectiva en salud e interculturalidad (2000 – 2021)

Tabla 13 País, selección de búsqueda y entidad o sector al que pertenece
el escrito (2000 – 2021)

Tabla 14 Enfoque de la comunicación en salud e interculturalidad (2000 – 2021)

Tabla 15 Mirada de las narrativas en salud por sectores o entidades (2000 – 2021)

Tabla 16 Enfoque de la comunicación en salud según entidad o sector a la cual pertenece
(2000 – 2021)

Tabla 17 Tipo de salud que se comunica según entidad o sector (2000 – 2021)

Tabla 18 Tipo de comunicación en salud según países (2000 – 2021)

Tabla 19 Entidad o sector al que pertenece la narrativa sobre salud
según países (2000 – 2021)

Tabla 20 Mirada de la comunicación en salud según países (2000 – 2021)

Tabla 21 Matriz de análisis crítico de la imagen

Tabla 22 Enfoque de la imagen en la comunicación en salud (2000 – 2021)

Tabla 23 Tipo de acción en salud e imagen sociohistórica (2000-2021)

Tabla 24 Enfoque de la narrativa en salud e imagen sociohistórica (2000-2021)

Tabla 25 Tipo de salud y perspectiva sociohistórica en su imagen (2000-2021)

Tabla 26 Tipo de acción en salud e imagen intercultural (2000-2021)

Tabla 27 Enfoque de la narrativa en salud e imagen intercultural (2000-2021)

Tabla 28 Contraste de dos paradigmas diferentes: Determinación social y Determinantes sociales

Tabla 29 Tipo de salud y perspectiva intercultural en su imagen (2000-2021)

Tabla 30 Tipo de acción en salud e imagen con perspectiva de género (2000-2021)

Tabla 31 Enfoque de la narrativa en salud e imagen con perspectiva de género (2000-2021)

Tabla 32 Tipo de salud y perspectiva de género en su imagen (2000-2021)

Tabla 33 Tipo de acción en salud e imagen sin sesgo racial (2000-2021)

Tabla 34 Enfoque de la narrativa en salud e imagen sin sesgo racial (2000-2021)

Tabla 35 Tipo de salud y perspectiva sin sesgo racial en su imagen (2000-2021)

Tabla 36 El Comercio: enfoque de la narrativa relativa a tipos de acciones en salud (2000-2021)

Tabla 37 El Comercio: enfoque de la narrativa relativa a la perspectiva en salud (2000-2021)

Tabla 38 El Comercio: enfoque de la narrativa relativa al tipo de salud (2000-2021)

Listado de gráficos

Gráfico 1 Salud colectiva, salud pública y salud individual

Gráfico 2 La salud como proceso complejo polisémico. Medicina social latinoamericana / salud colectiva

Gráfico 3 Transformación de la epidemiología en el marco de un cambio radical del paradigma sobre salud

Gráfico 4 Determinación social de la salud en ChatGPT

Gráfico 5 El movimiento del conocimiento y la comunicación visual

Gráfico 6 Número de documentos analizados (2000-2021)

Gráfico 7 Documentos por año identificados en bases de datos (2000-2021)

Gráfico 8 Documentos por países en bases de datos (2000 – 2021)

Gráfico 9 Comunicación visual en salud y mirada sociohistórica

Gráfico 10 Comunicación visual en salud e interculturalidad (2000-2021)

Gráfico 11 Comunicación visual en salud y perspectiva de género (2000-2021)

Gráfico 12 Comunicación visual en salud sin sesgo racial (2000-2021)

Gráfico 13 El Comercio: análisis de los titulares sobre salud (2000-2021)

Gráfico 14 El Comercio: frecuencia de titulares de los artículos en salud (2000-2021)

Gráfico 15 El Comercio: análisis de la narrativa de los artículos en salud (2000-2021)

Listado de imágenes

Imagen 1 Comparación de dos casos de comunicación visual relacionados al COVID-19

Imagen 2 Comparación de dos casos de comunicación visual relacionados al dengue

Imagen 3 Búsqueda de “salud” en Imágenes Google (2020)

Imagen 4 Poder de la imagen para transformar los alimentos en mercancía

Imagen 5 Enfoque de la comunicación visual en salud: portadas de salud individual

Imagen 6 Enfoque de la comunicación visual en salud: portadas de salud pública

Imagen 7 Enfoque de la comunicación visual en salud: portadas de salud colectiva

Imagen 8 Enfoque de la comunicación visual en salud: portadas abstractas

Imagen 9 Portada con enfoque intercultural

Imagen 10 Portada sin perspectiva intercultural

Imagen 11 Portada con enfoque de derechos humanos, género y diversidades

Imagen 12 Portada sin enfoque de derechos humanos, género y diversidades

Imagen 13 Portada con enfoque sociohistórico

Imagen 14 Portada sin perspectiva sociohistórica

Imagen 15 Portada sin sesgo racial

Imagen 16 Portada con sesgo racial

Imagen 17 Portada de la guía Kintiku Yachay

Imagen 18 Ilustración de niños en relación con la naturaleza