

Comunicación y Salud

Recorridos teóricos y pedagógicos. Perspectivas desde la cátedra Introducción a las Teorías de la Comunicación Social

Pablo Alejandro Ríos

Universidad Nacional de Salta

pabloalejandrios54@gmail.com

Resumen

El ensayo sistematiza un recorrido teórico-pedagógico sobre comunicación y salud desde la cátedra Introducción a las Teorías de la Comunicación Social (UNSa). Se analiza el tránsito de modelos instrumentales hacia perspectivas críticas latinoamericanas (Hall, Beltrán, Martín-Barbero), en tensión con el paradigma biomédico. Desde una reflexión situada en la práctica docente, se discuten desafíos actuales como la infodemia y la desinformación. Se concluye que la formación teórica aporta herramientas éticas para una praxis comprometida con la salud pública.

Palabras claves

Comunicación y salud; teorías de la comunicación; práctica docente; salud pública

Abstract

This essay systematizes a theoretical-pedagogical journey on communication and health from the Introduction to Social Communication Theories course (UNSa). It analyzes the transition from instrumental models to critical Latin American perspectives (Hall, Beltrán, Martín-Barbero), in tension with the biomedical paradigm. From a reflection based on teaching practice, current challenges such as infodemic and misinformation are discussed. It concludes that theoretical training provides ethical tools for a praxis committed to public health.

Palabras claves

Communication and health; communication theories; teaching practice; Public Health.

Punto de partida

La intersección entre comunicación y salud permite el diseño de estrategias y prácticas orientadas a informar, educar y motivar a la comunidad hacia la adopción de comportamientos que favorezcan el bienestar integral y la prevención de enfermedades. El avance tecnológico del siglo XX, particularmente en el campo de las comunicaciones, impulsó transformaciones sociales que se reflejaron en los estudios mediáticos de Estados Unidos y Europa. Tras la Segunda Guerra Mundial, la salud se consolidó como un pilar del desarrollo de políticas públicas, lo que llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a redefinir el concepto de salud, transitando de una visión centrada en la ausencia de enfermedad hacia una perspectiva compleja que integra el bienestar físico, mental y social (OMS, 1946).

Este enfoque social permitió comprender los procesos de salud-enfermedad como prácticas sociales donde la comunicación desempeña un rol determinante. Según la Carta de Ottawa:

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud (OMS, 1986, p. 3).

Bajo esta premisa, la comunicación en salud se ha consolidado como una herramienta esencial que trasciende las campañas masivas de prevención para enfocarse en el diálogo e interacción entre profesionales y pacientes, garantizando que la información sea clara y significativa (Díaz y Uranga, 2011). En consecuencia, las perspectivas teórico-metodológicas han evolucionado desde un modelo instrumental y jerárquico hacia una mirada que concibe a la comunicación como un elemento constitutivo de las interacciones sociales y la participación comunitaria, donde las emociones y valores personales son determinantes en la toma de decisiones.

En la era digital, este panorama ha experimentado una transformación profunda. La proliferación de redes sociales, formatos de vídeo breve y aplicaciones móviles permite el acceso inmediato a la información, aunque presenta retos críticos como la desinformación y la sobreinformación, fenómenos que afectan la estabilidad de los sistemas de salud pública. La expansión de estas tecnologías ha modificado los modos de producir sentido; podcasts

y espacios colaborativos configuran una faceta de la Sociedad de la Información caracterizada por la sobreproducción de contenidos que impacta en las actividades humanas (Igarza, 2009). En este entorno, la comunicación adquiere un carácter horizontal donde los usuarios reinterpretan y redistribuyen los saberes, consolidando redes de apoyo virtual.

Esta democratización del discurso sanitario implica tensiones éticas. La sobreexposición informativa y la mercantilización de la salud exigen integrar competencias digitales y alfabetización mediática para fortalecer la confianza entre los actores del sistema sanitario y la ciudadanía. De este modo, la dimensión digital no sustituye las formas tradicionales de comunicación, sino que las complejiza, redefiniendo las mediaciones entre saberes profesionales y comunidades.

En este contexto, el presente ensayo propone un recorrido que integra aportes clásicos y contemporáneos, tomando como base la bibliografía de la asignatura Introducción a las Teorías de la Comunicación Social (ITCS) de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de Salta (UNSa). El abordaje de esta literatura habilita a pensar los procesos de salud-enfermedad desde categorías teóricas críticas, como los modelos lineales de comunicación, los estudios culturales y los aportes de pensadores latinoamericanos.

Este trabajo se inscribe, además, en una reflexión teórica que articula diversos espacios de formación y práctica. Dicha articulación es producto del desempeño docente en la cátedra ITCS, la participación en el servicio de extensión universitaria «El Teléfono de la Salud» (TDS) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSa, y la formación continua en la Especialización en Comunicación y Salud de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Estos ámbitos nutren el análisis, entrelazando el campo teórico con las prácticas pedagógicas y extensionistas.

Finalmente, el texto aborda la Comunicación y la Salud desde una perspectiva crítica y participativa, situando a las personas como sujetos activos en la planificación de su bienestar. Esta visión entiende la relación entre ambos campos como un proceso que implica vínculos y construcción colectiva para transformar las prácticas dentro de las instituciones sanitarias. La propuesta persigue observar y transformar las prácticas comunicacionales que se sustentan en una tradición latinoamericana que concibe

a la comunicación como un espacio de relaciones entre sujetos, enmarcadas en contextos sociales y culturales (Uranga, 2016, p. 30). Esta mirada, además, resalta la vigencia del derecho a la comunicación como un derecho humano fundamental y habilitante de otras garantías (Vargas y Zapata, 2010).

Articulación entre teoría de la comunicación y salud

La enseñanza de la comunicación en la formación de grado no se limita a la transmisión de marcos conceptuales, sino que se sustenta en una metodología que fomenta la apropiación crítica de los textos y la construcción colectiva del conocimiento. En la cátedra Introducción a las Teorías de la Comunicación Social (ITCS), el programa de estudio propone un esquema basado en clases teóricas y prácticas; estas últimas se desarrollan bajo la modalidad de talleres y seminarios, complementados con la exposición de lecturas individuales y grupales. Se busca propiciar la participación activa de los estudiantes mediante debates, mesas redondas y análisis de textos, de modo que el discurso teórico se ejercite tanto de manera oral como escrita (Cátedra Introducción a las Teorías de la Comunicación Social, 2025).

Esta mirada metodológica constituye, en sí mismo, una práctica comunicacional que trasciende lo académico. Al situar al estudiantado en un espacio de diálogo, interpretación y resignificación, se recupera la idea de la comunicación como un proceso social. Este enfoque se vincula con la propuesta de Paulo Freire (1983) respecto de la educación dialógica: la construcción de conocimiento se da en la interacción horizontal entre los sujetos, habilitando procesos de reflexión crítica. Al llevarlo al campo de la salud, este modo de trabajo permite comprender que las estrategias comunicacionales deben incluir la voz de las comunidades y no solo la perspectiva de los expertos.

La utilización de los textos clásicos de la disciplina, como Mauro Wolf (1987), Stuart Hall (2004), Luis Ramiro Beltrán (1985) o Jesús Martín-Barbero (1987), ofrece un marco propicio para el análisis de problemáticas sanitarias. Los aportes de estos autores facilitan la deconstrucción de los modos en que los discursos mediáticos y científicos construyen representaciones sobre la salud y la enfermedad, la jerarquización de ciertos saberes y la producción de hegemonías culturales que inciden en la percepción pública. Así, el abordaje metodológico de la cátedra no solo se centra en la lec-

tura crítica de teorías, sino que habilita la transferencia de estos enfoques al análisis de la comunicación en diversos aspectos de la vida social, incluyendo al campo de la salud.

En esta línea, el esquema de análisis de Harold Lasswell, trabajado en las primeras unidades, permite reflexionar sobre la intencionalidad de los mensajes dirigidos a la audiencia (Wolf, 1987). Trasladado al ámbito sanitario, este enfoque se manifestó en las primeras campañas de vacunación, centrada en los efectos deseados en diversos públicos y en el rol preponderante de los medios y el saber médico (Díaz, 2011). Por su parte, las contribuciones de los Estudios Culturales invitan a concebir a los destinatarios como sujetos activos que interpretan, negocian o resisten los mensajes, un aspecto crucial al diseñar estrategias de prevención (Hall, 2004). El enfoque latinoamericano de Beltrán (2000) y Martín-Barbero (1987) promueve una metodología que reconoce las mediaciones sociales, culturales y políticas, constituye un valioso insumo teórico para planificar acciones de salud inclusivas y participativas.

El diálogo entre las formas de enseñanza y aprendizaje de la comunicación y la práctica en salud pública resulta evidente: ambos campos requieren procesos de participación, construcción colectiva y análisis crítico. Esta exigencia metodológica subraya que el rol de la comunicación trasciende la simple transmisión de información. Al respecto, Hernán Díaz y Washington Uranga (2011) señalan que la tarea comunicacional consiste en «interactuar con los destinatarios, para construir sentidos colectivos y discursos que refieren a sus necesidades y problemas percibidos, que se discutan y resignifiquen en sus espacios y ámbitos colectivos» (p. 119). En consecuencia, el modo en que se trabaja con los textos en la carrera dota a profesionales con las competencias necesarias para intervenir en escenarios sanitarios desde una perspectiva crítica, intercultural y socialmente comprometida. La lectura crítica y la intervención activa se transforman en prácticas esenciales que contribuyen a diseñar estrategias comunicacionales más inclusivas, participativas y justas.

El enfoque lineal del proceso comunicativo

La relación entre comunicación y salud ha sido explorada y analizada a través de diversas teorías que intentan comprender cómo los mensajes influyen en el comportamiento individual y comu-

nitario. En sus inicios, los estudios sobre medios y su vínculo con la sanidad estuvieron ligados a una concepción lineal y autoritaria, concibiendo la comunicación como un esquema vertical de transmisión de información. Esta perspectiva se sustentó en la omnipotencia del emisor y en la asimetría de la relación con un receptor pasivo, operando además con una marcada descontextualización sociohistórica de los destinatarios. El objetivo era fundamentalmente instrumental: producir efectos y generar cambios directos en el comportamiento (Briones, 2011).

Los primeros estudios emergieron durante la conformación de las grandes sociedades y el avance tecnológico del siglo XX, lo cual permitió a los teóricos de las ciencias humanas y sociales ofrecer respuestas sobre las acciones de los individuos y su vínculo con los medios masivos. Originados principalmente en Estados Unidos, estos estudios se propusieron analizar los efectos sociales, culturales y psicológicos de los mensajes para descubrir las claves que permitieran orientar la conducta de las masas (Marafioti, 2008).

Bajo la influencia de psicología conductista¹, la denominada «Teoría de la Aguja Hipodérmica», abordó la dinámica del estímulo/respuesta de los mensajes de los medios y el comportamiento humano, utilizando métodos experimentales y de observación típicos de las ciencias naturales y bio-lógicas (Wolf, 1987). En este esquema, se comprendía a la audiencia como una masa compacta, homogénea y amorfa que actuaba a merced de la voluntad de los medios.

El modelo presentado por Harold Lasswell y su esquema propio nos permite ver a la comunicación como «un acto intencional y que tiende a un fin, a obtener un cierto efecto, observable y mensurable en cuanto da lugar a un comportamiento de alguna forma relacionable con dicha finalidad» (Wolf, 1987, p. 6). En el centro de este esquema reside la capacidad de persuasión del emisor. La famosa fórmula que propone para analizar los procesos comunicacionales - ¿quién dice? ¿qué? ¿a través de qué canal? ¿a quién? ¿con qué efecto? - sitúa al emisor en el centro de la acción, reforzando la idea de una masa pasiva de destinatarios que reacciona ante el estímulo (González Gartland, 2019). Sin embargo, la rigurosidad empírica de estas investigaciones pronto reveló la complejidad de la audiencia. Wolf (1987) clasifica a los estudios posteriores en dos grandes vertientes que matizaron la omnipotencia de los medios: la Corriente Empírico Experimental y los Estudios Empíricos en Terreno o Teoría de los Efectos Limitados. Mientras la primera

1. Corriente de la psicología surgida a principios del siglo XX, que se enfoca en el estudio del comportamiento observable y las respuestas que los individuos tienen ante estímulos del entorno. Esta corriente sostiene que el comportamiento humano puede explicarse y modificarse a través de la relación entre estímulos y respuestas, sin necesidad

reconoció factores psicológicos individuales en la recepción y la capacidad de persuadir de los medios, la segunda —célebre por el modelo del flujo en dos pasos (two-step flow)— destacó la influencia de las relaciones comunitarias y los líderes de opinión en la mediación de los mensajes (Wolf, 1987).

Este conjunto de teorías de la comunicación, denominado administrativo y enraizado en la Mass Communication Research estadounidense, se caracteriza por su enfoque instrumental y su preocupación primordial por la eficacia para lograr objetivos preestablecidos. A diferencia de enfoques posteriores, la corriente administrativa opera al servicio de demostrar la efectividad de campañas políticas, publicidad y la función social de los medios, buscando maximizar el control sobre los efectos. Según Wolf (1987), este recorrido mediológico transita desde la manipulación hacia la persuasión y la influencia, para finalmente centrarse en las funciones sociales de los medios. Estas primeras indagaciones parten de la lógica de la supremacía de los medios y consolidaron una perspectiva instrumental y difusionista. Esta visión fue, a su vez, uno de los pilares principales en el desarrollo de las estrategias iniciales de comunicación para la salud.

En este contexto, Díaz (2011) sostiene que los enfoques iniciales en salud consideraban a los medios masivos como actores determinantes para influir en la sociedad, asumiendo que el saber especializado otorgaba a los profesionales una capacidad ilimitada para dirigir conductas individuales y colectivas mediante una «relación desigual basada en su saber» (p. 37). Esta impronta teórica consolidó un modelo de comunicación asimétrico y biomédico, donde los medios funcionan meramente como canales para la difusión de mensajes técnicos de alta complejidad. En consecuencia, las primeras campañas de salud pública operaron como circuitos mecanizados que, al priorizar la eficiencia en la transmisión desde la figura del experto, reforzaron la centralidad del emisor y omitieron sistemáticamente las particularidades sociales, culturales y las necesidades reales de los destinatarios.

La utilización de la prensa, la radio y la televisión permitió producir y difundir mensajes a gran escala, especialmente en campañas de prevención de enfermedades. Una de sus aliadas fue la conocida teoría de la agenda-setting que, en términos generales, sostiene que los medios de comunicación no dicen a las personas qué pensar, pero sí sobre qué temas deben pensar/reflexionar.

En relación a temas de salud, esta teoría ha sido clave para comprender cómo las campañas de salud pública pueden posicionar temas específicos en la audiencia, influyendo en la percepción de la gravedad de ciertos problemas vinculados a la salud (McCombs y Shaw, 1972). La puesta en marcha de tópicos referidos a la salud en los medios permitió ganar visibilidad en la opinión pública sobre diversas patologías y prácticas saludables, pero, a su vez, fueron generando imaginarios y estereotipos que adjetivan algunos rasgos sobre determinadas enfermedades.

Por otro lado, enfoques como el Modelo de Creencia en Salud (MCS), la Teoría de la Acción Razonada y el modelo de Etapas de Cambio de Comportamiento se centraron en las motivaciones individuales de las personas para modificar actitudes y estilo de vida. Si bien estas teorías se centran en las decisiones de los sujetos para promover cambios de comportamiento, parten de la premisa de reconocer rasgos generales en la población. Este reconocimiento de patrones es fundamental, ya que permite proponer marcos referenciales sólidos para diseñar campañas de comunicación y estrategias de intervención en salud que sean efectivas (Choque Larrauri, 2005).

Modelos como el de Creencia en Salud (MCS) relacionaron teorías psicológicas de construcción o de toma de decisiones para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección con implicaciones en la salud (Cabrera et al., 2001, p. 94). El MCS se basa en la idea de que la percepción de la susceptibilidad y la gravedad de una enfermedad, junto con los beneficios que se perciben al tomar acción y las barreras que se sienten, son factores determinantes para que una persona decida adoptar prácticas preventivas.

Mientras que el MCS se enfoca en la percepción individual, otras teorías como la Teoría de la Acción Razonada y la de las Etapas de Cambio de Comportamiento exploran elementos como las actitudes, normas subjetivas y el control percibido que influyen en las intenciones de comportamiento. Además, para promover el cambio a nivel grupal y comunitario, se utilizan teorías que sirven para comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales, y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones (Choque Larrauri, 2005, p. 5). En el ámbito de la salud, estos enfoques son claves para comprender por qué las personas adoptan o cambian de comportamiento. Estas perspectivas teóricas se han

utilizado ampliamente en campañas para promover prácticas como la vacunación o el lavado de manos, así como para diseñar intervenciones dirigidas a modificar actitudes y creencias en la población.

A pesar del tiempo transcurrido, diversas intervenciones sanitarias actuales mantienen un enfoque instrumental de la comunicación, fundamentado en la transmisión unidireccional de mensajes desde un emisor hacia un receptor. Esta perspectiva suele ignorar los procesos conflictivos y las tensiones inherentes a la comprensión de los sujetos en su contexto social. Como describe Stella Briones (2011), esta visión remite «a una relación poderosa entre comunicación y conducta socio institucional, del carácter lineal de la circulación del sentido, la capacidad comunicativa de la lengua y los códigos como instrumentos» (p. 3). Bajo este paradigma, los códigos se emplean como meros mecanismos de control conductual, lo que genera una brecha profunda entre las acciones sanitarias institucionales y las necesidades reales, vividas y sentidas por las comunidades en sus territorios.

El aporte de los Estudios Culturales a la comunicación para la salud

La invención de los medios de comunicación transformó la forma de comprender y analizar los procesos sociales y las relaciones entre los individuos. Los primeros enfoques sobre el estudio de los medios se limitaban a describir aspectos generales de su funcionalidad dentro del entramado social, sin considerar los factores organizativos y de poder presentes en cada sociedad. Esta lógica se trasladó al ámbito de los procesos de salud-enfermedad, donde se concebía a las personas exclusivamente como receptoras de información, capaces de llevar a cabo prácticas conforme a esos mensajes, sin considerar su contexto social y cultural. Como señala Díaz (2011), esta visión instrumental de la comunicación «niega la complejidad de los procesos de cambio comunitario» (p. 39). Un ejemplo de esta limitación se observa en las campañas de vacunación tradicionales, donde la comunicación solía centrarse únicamente en la transmisión de datos biológicos sobre beneficios inmunológicos, ignorando las creencias, valores y percepciones culturales que influyen en las decisiones sobre salud.

Al introducir la dimensión cultural, los estudios provenientes del Reino Unido, bajo la influencia de una revisión del marxismo, la

sociología, la antropología y la teoría literaria, dieron origen a los Estudios Culturales (EC). Esta perspectiva se propuso analizar la cultura popular y su relación con el poder, la ideología y los medios de comunicación. Los aportes de los EC en comunicación permitieron incorporar una perspectiva relacional que contempla un circuito integrado por las instancias de producción, circulación y reconocimiento de los mensajes (Díaz, 2011).

La denominada Escuela de Birmingham², marcó un hito en el análisis de la cultura popular y los medios de comunicación desde una mirada crítica. Tal como señala Rossana Reguillo (2004), esta tradición desarrolló investigaciones cinematográficas, musicales, feministas y de consumos culturales, abriendo un campo de tensión permanente «entre la capacidad creativa y productiva del sujeto y las determinaciones estructurales» (pp. 2-3). Desde este enfoque se enfatizaron los modos en que la cultura influye en la vida social y en las prácticas de las audiencias, especialmente a partir de las contribuciones de autores como Stuart Hall. Aunque su campo de estudio abarca diversas disciplinas, su perspectiva crítica sobre las mediaciones culturales y las dinámicas de recepción se vuelve especialmente relevante para los estudios de comunicación en el campo de la salud, donde comprender los procesos de interpretación y apropiación de los mensajes es clave para analizar su eficacia y alcance.

En lo que respecta al ámbito sanitario, las investigaciones culturales de Birmingham permitieron analizar la relación entre los medios de comunicación, la cultura popular y las representaciones sociales sobre el bienestar. Este enfoque fue adoptado por la promoción de la salud bajo una mirada interdisciplinaria que trasciende la mera exposición a los medios. Dicha perspectiva considera tanto los contenidos producidos como la interpretación de los públicos, permitiendo abordar la realidad desde las características socioculturales de la comunidad (Díaz, 2011). En consecuencia, se reconoce que las acciones individuales forman parte de una estructura social dinámica, cuya comprensión es fundamental para contextualizar cualquier estrategia de comunicación en salud.

Recepción y representaciones en los procesos de salud

2. Lleva ese nombre porque en el año 1964 se creó el Centro de Estudios Culturales Contemporáneos en la Universidad de Birmingham

Durante la década de 1960, en una sociedad progresivamente mediatizada, los medios de comunicación se consolidaron como soportes que reflejaban y depositaban diversos valores y signifi-

cados. En este escenario, el individuo no solo asimila la realidad, sino que también la interpreta de acuerdo con su propio marco cultural y social. Sin embargo, la comunicación, especialmente en su relación con el campo de la salud, no se limita únicamente a la influencia de los medios masivos, sino que abarca también las interacciones entre personas y grupos. Estas relaciones están mediadas por múltiples factores, como el entorno social, los espacios compartidos, las instituciones y los contenidos que circulan en diferentes plataformas (González Gartland, 2019, p. 16).

Una de las contribuciones más significativas de la Escuela de Birmingham al análisis sanitario es la teoría de la recepción. Esta perspectiva sugiere que el sentido de los mensajes transmitidos por los medios de comunicación no es unívoco, sino que varía según cómo los interpreta activamente la audiencia. Así pues, las personas no son receptores pasivos; por el contrario, negocian y resignifican los contenidos de los medios de acuerdo con sus contextos socioculturales y experiencias personales (Hall, 2004).

Este planteamiento ha sido empleado en investigaciones que analizan cómo son entendidos los mensajes de prevención, las representaciones de las patologías en los medios y las recomendaciones sobre hábitos saludables. El marco teórico de la Escuela de Birmingham permite comprender que la eficacia de las campañas de salud pública depende de su capacidad para adaptarse a los modos en que cada comunidad significa los mensajes y a las particularidades de cada realidad.

Por otro lado, estos estudios han destacado la influencia de los medios en la construcción de representaciones sociales sobre la salud. En este sentido, las representaciones pueden entenderse como un territorio donde el sentido se disputa y como un instrumento fundamental para la construcción de identidades (Cebrelli y Arancibia, 2017). Desde esta perspectiva, los medios no solo informan, sino que producen narrativas articuladas históricamente que se fundamentan en diversas memorias de usos y significaciones (Cebrelli y Arancibia, 2017). Al hacerlo, configuran modos socialmente legitimados de interpretar el cuerpo, la enfermedad y los comportamientos. La comunicación constituye siempre una lucha por la representación; por ello, las narrativas mediáticas pueden estabilizar o disputar sentidos sobre la salud, afectando la percepción de los sujetos sobre su bienestar.

Hall (2004) señala que los medios, al presentar narrativas sobre la salud, construyen representaciones simbólicas que moldean las experiencias individuales y colectivas. De este modo, los significados difundidos a través de los medios se integran en la forma de pensar de las personas, e impactan en sus opiniones, comportamientos y respuestas ante temas sanitarios. Este fenómeno resulta determinante para el diseño de políticas públicas, ya que subraya la necesidad de integrar una perspectiva crítica y culturalmente consciente en la planificación de estrategias de prevención.

En definitiva, la investigación centrada en la recepción cultural rescata la noción de la coexistencia de diferentes prácticas en espacios multiculturales, las cuales se desarrollan «a veces en armonía, a veces en tensión» (Marafioti, 2008, p. 206). Este enfoque interdisciplinario no solo profundiza el vínculo entre los medios y sus audiencias, sino que también fomenta la creación de estrategias de salud más inclusivas, que contemplan los aspectos sociales y culturales específicos de cada comunidad.

Decodificando la salud. Entre lo dominante, lo residual y lo emergente

Para comprender las complejas relaciones sociales que se forjan de manera transversal, Raymond Williams (1977) ofrece una óptica esencial sobre la dinámica cultural a través de la articulación de tres nociones que coexisten en una sociedad: lo dominante, que refiere a las prácticas, significados y valores que detentan una posición de poder y autoridad; lo residual, que comprende aquellos sentidos del pasado que aún persisten en el presente; y lo emergente, que engloba las nuevas prácticas y valores que surgen como alternativa o desafío a lo establecido (p. 144-145). La interacción constante entre estas fuerzas define la dinámica histórica mediante la cual la cultura dominante se mantiene, se transforma o es interpelada.

Los medios de comunicación constituyen el soporte donde se manifiesta este proceso cultural y se ejerce la hegemonía. Williams (1977, citado en Huergo, s.f.) la define como un complejo entrelazamiento de fuerzas políticas, sociales y culturales cuyo fin es sostener la conducción de una sociedad sin recurrir necesariamente a la coerción. En el ámbito sanitario, este concepto resulta aplicable a las formas en que las normas sobre el cuerpo y el bienestar

se construyen mediáticamente y son aceptadas socialmente, incluso cuando entran en conflicto con las realidades personales de las audiencias (Williams, 1977).

En este sentido, la televisión y las redes sociales promueven a menudo una idea única de «salud» vinculada a cuerpos delgados y jóvenes. Esta visión hegemónica puede generar estigmas para quienes no se ajustan a dichos parámetros. De manera similar, cuando las instituciones definen lo saludable exclusivamente desde su perspectiva experta, omiten cómo las diversas culturas y realidades socioeconómicas construyen sus propios significados de bienestar. Por ello, reconocer un enfoque crítico es esencial para cuestionar las representaciones dominantes y transitar hacia una comprensión de la salud más inclusiva y humana.

A través de las noticias y de la publicidad, los medios presentan ciertas nociones sobre la salud como «naturales» o «universales», invisibilizando lógicas alternativas. Sin embargo, las audiencias no son entes pasivos. Bajo la teoría de codificación y decodificación de Hall (2004), los sujetos pueden realizar interpretaciones dominantes, negociadas u oposicionales, desafiando una hegemonía que nunca es absoluta, sino que se encuentra en constante disputa. En consecuencia, los mensajes sanitarios no se reciben de manera uniforme; su interpretación depende de factores como la clase social, el género, la etnia y el contexto cultural.

El análisis de las audiencias se convierte, entonces, en un elemento fundamental para explicar la eficacia o ineficacia de la comunicación sanitaria. Las campañas de salud pública que omiten las diferencias culturales enfrentan serias dificultades para promover hábitos saludables. Al respecto, David Morley (2001, p. 127) vincula los patrones de consumo mediático con la geografía material donde habitan los sujetos. Este enfoque no se centra únicamente en la circulación de bienes simbólicos, sino que desplaza el foco hacia las condiciones materiales de vida del público receptor.

Para concluir el abordaje de los Estudios Culturales, se destaca que esta corriente ha sido clave para entender la salud como un proceso mediado socioculturalmente. La Escuela de Birmingham remarcó la necesidad de adaptar los mensajes a los contextos locales, reconociendo que los sentidos son contruidos mediáticamente pero luego negociados y reinterpretados activamente por las audiencias mediante la recepción. Su enfoque crítico sobre la hegemonía ha facilitado la interpelación de los

valores dominantes, brindando herramientas estratégicas para el diseño de políticas de salud pública efectivas, reflexivas y culturalmente sensibles (Hall, 2004).

Perspectivas y miradas desde Latinoamérica

La emergencia de una perspectiva comunicacional propia desde el Sur es un tema central. Los estudios sobre comunicación se originaron históricamente en Norteamérica y Europa, regiones que, a pesar de sus particularidades, compartían una lógica similar, forjada en grandes ciudades industrializadas con una fuerte impronta capitalista. En América Latina, a partir de la segunda mitad del siglo XX, surgieron cuestionamientos teóricos y analíticos propios sobre la sociedad y los medios. Esta nueva perspectiva se vinculó con el rol del intelectual comprometido, tal como lo describen Nancy Díaz Larrañaga y Florencia Saintout (2003): «se investiga, se crea, para la transformación» (p. 34). Este desarrollo no constituyó un mero eco de las teorías del Norte, sino un avance autónomo, una forma de pensar y de entender la propia realidad social latinoamericana, donde el factor comunicacional desempeñó un rol relevante.

En los años 60 se inició un período de profundos cambios sociales y luchas populares a nivel global, creando un contexto propicio para transformaciones que resonaron con fuerza en la región. A nivel sociopolítico, la Guerra Fría, marcada por la bipolaridad entre Estados Unidos y la Unión Soviética, definió el entramado geopolítico de aquellos años e impulsó el desarrollo de propuestas político-comunicacionales (Díaz Larrañaga y Saintout, 2003). Este clima de tensión constante, sumado a los movimientos de descolonización en África y Asia, incentivó la búsqueda de una identidad propia.

Para los estudios de comunicación en América Latina, esta efervescencia global fue un condimento especial para replantear diversas miradas. A medida que las sociedades latinoamericanas buscaban forjar sus propios caminos y desafiar las hegemonías externas, se hizo evidente la necesidad de comprender cómo los medios de comunicación influían en la construcción de la realidad y en la conformación de la opinión pública. Los comunicadores críticos de la región concentraron sus análisis en exponer las estructuras de «doble dependencia» que regían los medios masivos, ligados tanto a circuitos transnacionales como a mecanismos

internos de sujeción económico-ideológica. Asimismo, esta corriente cuestionó la pertinencia de las teorizaciones difusionistas, impulsando una agenda de investigación autónoma que permitió afirmar una voz regional frente al canon hegemónico (Torrico, 2016). Este movimiento fue crucial para forjar narrativas propias desde el Sur, afirmando la voz e identidad latinoamericana.

En este contexto, se gestó una crítica profunda a los enfoques instrumentales de la comunicación, vinculados a un modelo de desarrollo que otorgaba a los medios un papel preponderante en la consecución de objetivos económicos. A diferencia de los enfoques anglosajones, los investigadores latinoamericanos centraron su atención en el papel de los medios en la construcción de identidad, cultura y cambio social (Martín-Barbero, 1987). Las críticas se dirigieron a la prensa y la radiotelevisión, considerados defensores de intereses minoritarios e instrumentos de penetración cultural (Díaz Larrañaga y Saintout, 2003). Para Beltrán (1985), esta tradición se fundamentó en la fuerte influencia del enfoque marxista de la Escuela de Frankfurt³ y la semiología⁴ estructural, corrientes que aportaron herramientas críticas para los análisis ideológicos de los medios de la región. A estos aportes se sumaron perspectivas teóricas como la Teoría de la Dependencia, la Pedagogía del Oprimido, la Teología de la Liberación y la Comunicología de la Liberación, las cuales sostenían que la comunicación latinoamericana se encontraba condicionada por intereses estadounidenses (Torrico, 2016, p. 78). Estos planteamientos dieron origen a diversos encuadres críticos que aportaron al campo comunicacional, entre ellos la Comunicación para el Desarrollo, la Comunicación Alternativa y la Comunicación y Educación Popular.

La perspectiva latinoamericana permitió redefinir la comunicación en función de los valores y realidades de la región, trascendiendo el papel de los medios tradicionales para enfatizar su rol como herramienta de resistencia, participación ciudadana, emancipación y construcción de identidad. En el ámbito de la Salud, América Latina ha desarrollado enfoques críticos que desafían los modelos tradicionales de difusión, promoviendo una perspectiva participativa e intercultural. Si bien la Comunicación para la Salud tiene sus raíces en la Comunicación para el Desarrollo, una corriente que sostenía que los medios debían utilizarse para impulsar el desarrollo económico (González Gartland, 2019), esta visión, centrada en el poder transformador de los

3. La Escuela de Frankfurt es una corriente filosófica y sociológica que surgió en la Institución de Investigación Social (Institut für Sozialforschung) en Frankfurt, Alemania, en la década de 1920. Esta corriente, también es conocida por su Teoría Crítica, que se distingue por su enfoque interdisciplinario, combinando la filosofía, la sociología, la psicología, la teoría política y los estudios culturales, entre otras disciplinas.

4. Disciplina que se encarga del estudio de los sistemas de signos y de los procesos de significación (semiosis). Su foco principal es analizar cómo se construyen los sentidos, los mensajes y las representaciones culturales en diferentes ámbitos sociales, incluidos los medios de comunicación y las prácticas de salud.

medios, presentaba limitaciones al no considerar adecuadamente el contexto social específico de la región. Autores como Jesús Martín-Barbero (1987), Paulo Freire (1970) y Luis Ramiro Beltrán (1985) han realizado aportes sustanciales para comprender este proceso, estableciendo bases fundamentales para el diseño de estrategias de intervención comunitaria sensibles a las particularidades demográficas y étnicas de la región.

Mediaciones y modelos participativos. El giro hacia la recepción y el desarrollo

Jesús Martín-Barbero representa una figura sustancial para comprender el aporte latinoamericano a la investigación comunicacional. Su obra *De los medios a las mediaciones* (1987) propuso un giro epistemológico al desplazar el foco desde los aparatos mediáticos hacia las mediaciones, entendidas como el lugar donde se producen los sentidos y se articula la cultura y la política. Esta propuesta desafió los modelos lineales y unidireccionales, asignando un papel central a los contextos históricos y populares en la construcción de significados. En el ámbito sanitario, este enfoque sugiere que la eficacia de la comunicación no reside en la mera transmisión de datos, sino en el reconocimiento de los hábitos sociales y las matrices culturales de las comunidades.

En esta misma línea crítica, Luis Ramiro Beltrán (1985) cuestionó la imposición de modelos comunicativos foráneos, principalmente provenientes de los Estados Unidos, y promovió un enfoque participativo orientado al desarrollo social. Su perspectiva enfatiza la necesidad de modelos que fortalezcan el empoderamiento de las comunidades en la gestión de su propia salud, trascendiendo la simple difusión de información para facilitar la organización social y la construcción colectiva del conocimiento. En el marco de la articulación entre política y ciudadanía, Beltrán (2000) afirma que «la inducción al cambio en conductas individuales es el mecanismo de influencia social desinteresada por el cual se busca persuadir no manipulativamente a las personas y ayudarlas a que adopten conocimientos, actitudes y prácticas propicias a su salud» (p. 6).

Este planteamiento ha impactado significativamente en proyectos de salud comunitaria, particularmente en el diseño de mensajes para el cambio de hábitos. Un ejemplo relevante se observa en las campañas de prevención del VIH/SIDA dirigidas a comunidades indígenas, donde la adecuación de los mensajes a los

códigos lingüísticos y socioculturales ha sido determinante. Estos escenarios demuestran que la comunicación para el desarrollo y el cambio social enfrenta desafíos constantes tanto en su dimensión científica como en su aplicación práctica (Tufte, 2023).

Otro caso destacado lo constituyen las experiencias recogidas en la obra *Dengue: teorías y prácticas* (Valle et al., 2015), donde se documentan estrategias participativas de comunicación en salud vinculadas al control del dengue en Brasil. Este libro, que reúne aportes interdisciplinarios sobre educación, saneamiento, comunicación social y salud en el contexto de la arbovirosis, describe iniciativas que combinan acciones comunitarias, medios locales y herramientas participativas para abordar el problema sanitario. Estas experiencias evidencian cómo la comunicación en salud puede fortalecer la apropiación social de prácticas preventivas y la construcción colectiva de sentido en torno a la prevención de la enfermedad.

La perspectiva de Paulo Freire y una mirada intercultural en la comunicación y salud

Si bien Paulo Freire es ampliamente reconocido por su labor pedagógica, su obra ha influido profundamente en la comunicación y el ámbito sanitario latinoamericano. Su enfoque dialógico y su teoría de la educación como un camino hacia la concientización se han aplicado directamente en las acciones comunitarias. Freire (1983) sostiene que la comunicación se configura como un proceso horizontal en el que los sujetos construyen conocimiento de manera colectiva. Esta perspectiva resulta vital para los programas de promoción del bienestar que buscan empoderar a las comunidades en la toma de decisiones sobre su propia realidad.

Para ilustrar cómo las nociones del pedagogo brasileño se llevan a la práctica en el ámbito sanitario, pensemos en los programas de alfabetización en salud. Freire argumenta que cada proceso de comunicación y educación conlleva un acto de diálogo y concientización que conforma un «hombre dialógico que es crítico, sabe que tiene el poder de hacer, de crear, de transformar» (Freire, 1983, p. 3). Desde su punto de vista, la salud trasciende la ausencia de enfermedad para entenderse como un proceso social donde las personas transforman su entorno mediante la acción colectiva.

Al comprender que cada proceso comunicativo está enmarcado dentro de un contexto complejo y simbólico determinado por

diferencias y similitudes, el enfoque intercultural adquiere un rol preponderante, especialmente en los procesos de salud-enfermedad. La comunicación, al ser un campo de negociación constante entre perspectivas distintas, presupone la existencia de un código compartido y, a la vez, de una diferencia (Grimson, 2000). En este sentido, la comprensión de la salud pública en Latinoamérica exige trascender los modelos biomédicos tradicionales. Este enfoque reconoce que la salud y la enfermedad están profundamente entrelazadas con las estructuras culturales de cada población; por lo tanto, la eficacia de las estrategias sanitarias depende del respeto hacia los saberes ancestrales y las tradiciones locales. La intervención sanitaria debe partir del reconocimiento del «otro» como un sujeto de derechos, estableciendo una relación dialógica que garantice la pertinencia sociocultural de las estrategias implementadas. En la Atención Primaria de Salud (APS), la comunicación intercultural se sitúa como una herramienta crítica para el entendimiento compartido. Según Soledad Rojas Rajs (2017), el comunicador intercultural requiere construir una mirada amplia hacia las lógicas colectivas e individuales que nutren la comunicación estratégica. No se trata meramente de una traducción de términos, sino de un proceso complejo de adaptación mutua entre el conocimiento médico hegemónico y los saberes locales.

Esta visión se conecta directamente con los principios de la Comunicación para el Cambio Social (CSC), la cual concibe a la disciplina no como una herramienta de difusión, sino como un proceso de empoderamiento que facilita la acción colectiva. Alfonso Gumucio Dagron (2011) refuerza esta visión al argumentar que la CSC debe priorizar la participación activa de los sujetos, donde «las comunidades deben ser agentes de su propio cambio y gestoras de su propia comunicación» (p. 37). Al aplicar este principio, se promueve que los sujetos sean agentes activos en la co-creación de soluciones, fortaleciendo su autonomía. En definitiva, la integración de la comunicación con la interculturalidad y el cambio social impulsa un modelo de ciudadanía sanitaria. Este modelo supera las campañas unidireccionales y verticalistas, fomentando una comunicación horizontal que valora el diálogo crítico y la diversidad. Adoptar este enfoque es fundamental para lograr la equidad en salud en Latinoamérica, transformando la relación entre el sistema sanitario y las comunidades en una alianza basada en el respeto y el reconocimiento de los múltiples saberes que definen el bienestar.

El futuro de la comunicación en salud desde Latinoamérica

En la actualidad, los estudios sobre comunicación en la región continúan evolucionando con un enfoque creciente en fenómenos como la digitalización, las redes sociales y las nuevas formas de participación ciudadana. Investigadores como Guillermo Orozco (2011) destacan que, ante el fenómeno de las sociedades en red y el intenso flujo informativo multidireccional, el concepto tradicional de «significado» resulta insuficiente para explicar la complejidad de los procesos comunicativos contemporáneos. De este modo, el estudio de la recepción en la era digital indica que las audiencias han transitado de ser receptores pasivos a participantes activos en la creación y circulación de contenidos. Esta transformación plantea nuevas oportunidades para la comunicación en salud, la cual debe ser interactiva, inclusiva y capaz de abordar necesidades sociales cambiantes. En este sentido, la cultura participativa que sustenta la condición comunicacional contemporánea demanda asumir las convergencias múltiples y posibilitar los diversos alfabetismos necesarios para su concreción (Orozco, 2011).

A pesar de estos progresos teóricos, la comunicación para la salud enfrenta hoy obstáculos estructurales de gran complejidad. En primera instancia, la brecha digital y el acceso inequitativo a las tecnologías de la información segregan a las poblaciones más vulnerables, limitando el alcance de las políticas sanitarias. El desarrollo tecnológico, lejos de ser un proceso neutral, puede profundizar las disparidades preexistentes en contextos rurales o periféricos donde la conectividad es deficiente. A este escenario se añade el fenómeno de la infodemia, definida como un estado de saturación informativa donde la propagación desmedida de datos falsos genera un clima de inseguridad y desconfianza social (Pérez-Dasilva et al., 2020).

En las últimas décadas, la reconfiguración del sistema mediático hacia plataformas digitales ha dado lugar a un entorno informativo frecuentemente polarizado. Esta realidad dificulta el acceso de la ciudadanía a fuentes confiables debido a una creciente desconfianza hacia las instituciones y los medios de comunicación tradicionales (Casero-Ripollés, 2020). En este contexto, la desinformación en entornos sociodigitales constituye una amenaza directa a la salud pública (Ghenai y Mejova, 2018). Diversas investigaciones han señalado que la difusión de tratamientos ineficaces

o la promoción de fármacos alternativos sin sustento científico ponen en riesgo la integridad de los sujetos, especialmente ante patologías de alta complejidad.

La reciente crisis sanitaria global evidenció, además, la existencia de «emergencias paralelas»: la proliferación de medicamentos apócrifos y la diseminación de noticias falsas que entorpecen las acciones de prevención (López-Pujalte y Nuño-Moral, 2020). De este modo, la desinformación en la era de la convergencia digital no solo afecta la opinión pública, sino que se traduce en una carga adicional para los sistemas de salud, demandando estrategias comunicacionales que integren la alfabetización mediática y el pensamiento crítico como herramientas de protección ciudadana.

A nivel global, la producción teórica latinoamericana ha enriquecido el campo de estudio mediante perspectivas críticas, culturales y participativas. A través de enfoques como la mediación, la educación popular y la hibridación cultural, los investigadores de la región han demostrado que la comunicación funciona como un vehículo para la transformación social. Estos enfoques trascienden la mera transmisión de información para centrarse en la creación de espacios de diálogo que permitan a las comunidades participar en la definición de sus propias necesidades. En definitiva, el aporte de los autores del Sur ha sido crucial para promover una visión holística que supera el paradigma biomédico, inspirando modelos que fortalecen el vínculo entre la comunicación y el bienestar social. En este sentido, los estudios de comunicación en salud en América Latina continúan siendo fundamentales para la construcción de sistemas sanitarios más inclusivos, justos y efectivos.

Hacia una comunicación en salud transformadora y participativa

La comunicación y la salud constituyen dos campos que, en constante interacción, han transitado desde enfoques tradicionales e instrumentales hacia modelos críticos y participativos que integran dimensiones socioculturales, políticas y económicas. A lo largo del trabajo se expuso que la articulación entre ambos campos ha estado atravesada por diversas corrientes teóricas: desde los primeros modelos conductistas hasta las perspectivas latinoamericanas que enfatizan las mediaciones culturales, la

historicidad de los procesos y la participación comunitaria en la construcción del bienestar.

En sus inicios, los modelos lineales de comunicación - como la Teoría Hipodérmica y el funcionalismo - concibieron la comunicación en salud como un mecanismo de transmisión unidireccional, donde el emisor, representado por profesionales o instituciones sanitarias, ocupaba un rol activo frente a un receptor pasivo. Este enfoque reduccionista privilegió la difusión de información técnica, desatendiendo las creencias, valores y experiencias de los públicos (Wolf, 1987; Díaz y Uranga, 2011). Con el desarrollo de los estudios culturales y las perspectivas críticas, se reconoció que los sujetos no solo reciben mensajes, sino que los interpretan, negocian y resignifican en función de sus contextos socioculturales. En este sentido, Hall (2004) subraya la relevancia de los procesos de codificación y decodificación para comprender las distintas posiciones que las audiencias adoptan frente a los discursos institucionales.

Desde América Latina, las contribuciones de Martín-Barbero (1987) y Beltrán (2000) resultaron decisivas para comprender la comunicación en salud como un proceso complejo de mediación en el que intervienen factores históricos, políticos y culturales. Esta perspectiva habilita el diseño de estrategias participativas orientadas a fortalecer la autonomía de las comunidades y su capacidad de incidir en la gestión de sus propios procesos de salud-enfermedad. En la misma línea, Freire (1983) propone una comunicación dialógica que fomenta la concientización y la transformación social, enfoque que continúa siendo clave en experiencias de educación popular en salud y en programas comunitarios de empoderamiento ciudadano.

En el escenario actual, atravesado por la digitalización acelerada y la circulación masiva de información, emergen nuevos desafíos. La infodemia y la desinformación constituyen amenazas directas para la salud pública, en tanto erosionan la confianza institucional y favorecen la adopción de prácticas riesgosas (Casero-Ripollés, 2020; Chenai y Mejova, 2018). Frente a esta complejidad, los aportes de Orozco (2011) sobre los alfabetismos múltiples adquieren renovada vigencia, al señalar la necesidad de formar sujetos capaces de interpretar críticamente los flujos informativos que configuran la sociedad en red.

En consecuencia, puede sostenerse que la comunicación en salud no constituye un dispositivo instrumental sometido a objetivos

sanitarios, sino un proceso social, político y simbólico mediante el cual se disputan y construyen colectivamente los sentidos del bienestar, la enfermedad y el cuidado. Su potencia no radica únicamente en la claridad del mensaje ni en la eficacia persuasiva, sino en su capacidad para generar procesos de diálogo, reconocimiento y articulación entre saberes científicos y experiencias comunitarias situadas.

El recorrido teórico desarrollado demuestra que la formación en teorías de la comunicación ofrece herramientas conceptuales indispensables para analizar cómo se producen, circulan y disputan los sentidos vinculados al cuidado. Los territorios sanitarios son también territorios simbólicos, atravesados por relaciones de poder, desigualdades estructurales y mediaciones culturales. Comprender esta complejidad resulta condición necesaria para diseñar intervenciones comunicacionales adecuadas y socialmente responsables.

En este marco, la universidad pública asume un papel estratégico: formar profesionales capaces de integrar rigor teórico, sensibilidad cultural y compromiso ético. No se trata únicamente de dominar herramientas técnicas, sino de desarrollar una base epistemológica sólida que permita intervenir en escenarios complejos, evaluar críticamente los procesos y contribuir a la democratización del derecho a la salud. La comunicación se afirma, así como un derecho humano fundamental y como condición de posibilidad para el ejercicio pleno de la ciudadanía sanitaria.

Para finalizar, apostar por una comunicación en salud transformadora implica desplazar el eje desde la mera difusión de contenidos hacia la construcción colectiva de sentidos y la ampliación de la participación social. Supone reconocer al comunicador como mediador cultural y actor comprometido con la equidad, capaz de articular teoría y acciones en favor del bienestar colectivo. Solo desde esta articulación entre conocimiento crítico y responsabilidad ética será posible recuperar la dimensión emancipadora de la comunicación en los futuro escenarios.

Bibliografía

- Beltrán, L. R. (1976). Alienación y dependencia de la comunicación en América Latina: Un enfoque alternativo. *Investigación en Comunicación*, 3(2), 171–184.

- Beltrán, L. R. (1985). Premisas, objetos y métodos foráneos en la investigación sobre comunicación en América Latina. En M. Moragas Spá (Ed.), *Sociología de la comunicación de masas* (Tomo II, pp. 1–18). Gustavo Gili.
- Beltrán, L. R. (2000). Promoción de la salud: Una estrategia revolucionaria cifrada en la comunicación [Conferencia inaugural no publicada]. Tercera Conferencia Brasileña de Comunicación y Salud, Adamantina, Brasil.
- Briones, S. (2011). La comunicación: Sus potencialidades para comprender los procesos de salud [Documento de cátedra]. Universidad Nacional de Salta.
- Cabrera, G., Tascón, J., & Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: Historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 26–39.
- Cátedra Introducción a las Teorías de la Comunicación Social. (2025). Programa de la asignatura Introducción a las Teorías de la Comunicación Social. Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Salta.
- Casero-Ripollés, A. (2020). Impacto del COVID-19 en el sistema mediático: Consecuencias comunicativas y democráticas del consumo de noticias durante el brote. *El Profesional de la Información*, 29(2), e290223. <https://doi.org/10.3145/epi.2020.mar.23>
- Cebrelli, A., & Arancibia, V. (2017). Hacia una epistemología fronteriza en/de la comunicación [Documento de cátedra]. Universidad Nacional de Salta.
- Choque Larrauri, R. (2005). Comunicación y educación para la promoción de la salud [Manuscrito no publicado].
- Díaz Larrañaga, N., & Saintout, F. (2003). Mirada crítica de la comunicación en América Latina: Entre el desarrollo, la dominación, la resistencia y la liberación. En *Abrir la comunicación: Tradición y movimiento en el campo académico* (pp. 29–47). Ediciones de Periodismo y Comunicación, UNLP.
- Díaz, H. (2011). La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional. En U. Cuesta Cambra, T. Menéndez Hevia, & A. Ugarte Iturrizaga (Coords.), *Comunicación y salud: Nuevos escenarios y tendencias* (pp. 33–49). Ediciones Complotense.

- Díaz, H., & Uranga, W. (2011). La comunicación en salud: Una visión crítica. En M. J. Muñoz (Ed.), *Comunicar la salud* (pp. 35–50). Gedisa.
- Freire, P. (1983). *Pedagogía del oprimido* (Cap. 3). Siglo XXI Editores.
- Ghenai, A., & Mejova, Y. (2018). Curaciones falsas: Modelado centrado en el usuario de la desinformación sobre salud en redes sociales. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 2(CSCW), Artículo 58. <https://doi.org/10.1145/3274327>
- González Gartland, G. (2019). *Comunicación en salud: Conceptos y herramientas* (1.a ed.). Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Grimson, A. (2000). Dimensiones de la comunicación. En *Interculturalidad y comunicación* (pp. 5–94). Norma.
- Gumucio-Dagron, A. (2011). Comunicación para el cambio social: Clave del desarrollo participativo. *Signo y Pensamiento*, 30(58), 26–39.
- Hall, S. (2004). Codificación y decodificación en el discurso televisivo. *CIC: Cuadernos de Información y Comunicación*, 9, 215–236. (Trabajo original publicado en 1980).
- Huergo, J. (s.f.). *Hegemonía y comunicación en Raymond Williams* [Documento de cátedra]. Universidad Nacional de La Plata.
- Igarza, R. (2009). *Burbujas de ocio: Nuevas formas de consumo cultural*. La Crujía.
- Jenkins, H. (2008). *Convergence culture: La cultura de la convergencia de los medios de comunicación*. Paidós.
- López-Pujalte, C., & Nuño-Moral, M. V. (2020). La «infodemia» en la crisis del coronavirus: Análisis de desinformaciones en España y Latinoamérica. *Revista Española de Documentación Científica*, 43(3), e274. <https://doi.org/10.3989/redc.2020.3.1807>
- Marafioti, R. (2008). *Sentidos de la comunicación* (2.a ed.). Biblos.
- Martín-Barbero, J. (1987). *De los medios a las mediaciones: Comunicación, cultura y hegemonía*. Gustavo Gili.

- McCombs, M. E., & Shaw, D. L. (1972). La función de establecimiento de agenda de los medios de comunicación de masas. *Public Opinion Quarterly*, 36(2), 176–187. <https://doi.org/10.1086/267990>
- Morley, D. (2001). Pertenencias: Lugar, espacios e identidad en un mundo mediatizado. En L. Arfuch (Comp.), *Pensar este tiempo: Espacios, afectos, pertenencias* (pp. 123–151). Prometeo.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>
- Orozco, G. (2011). La condición comunicacional contemporánea. En N. Jacks, A. Marroquin, M. Villarroel, & N. Ferrante (Coords.), *Análisis de recepción en América Latina: Un recuento histórico con perspectivas al futuro* (pp. 337–405). Editorial Quipus.
- Pérez-Dasilva, J.-Á., Meso-Ayerdi, K., & Mendiguren-Galdospín, T. (2020). Noticias falsas y coronavirus: Detección de los principales actores y tendencias a través del análisis de conversaciones en Twitter. *El Profesional de la Información*, 29(3), e290308. <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.08>
- Reguillo, R. (2004). Los estudios culturales: El mapa incómodo de un relato inconcluso. Portal de la Comunicación InCom-UAB.
- Rojas Rajs, S. (2017). Aportes para la comunicación en salud intercultural: La coproducción de conocimiento en diabetes. *Revista de Comunicación y Salud*, 7(1), 187–198. [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2017.7\(1\).187-198](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2017.7(1).187-198)
- Torrico, E. (2016). Decolonizar la comunicación. En *Hacia la comunicación decolonial* (pp. 72–81). Universidad Andina Simón Bolívar.
- Tufte, T. (2023). El futuro se atascó: Aspiraciones juveniles post-COVID, agencia y cambio social desde la comunicación. En E. Cortés Romero & C. L. Flores Moreno (Coords.), *Viralizando el desencanto* (pp. 23–48). Seminario Internacional sobre Estudios de Juventud en América Latina.

- Uranga, W. (2016). Conocer, transformar, comunicar. Patria Grande.
- Valle, D., Pimenta, D. N., & Cunha, R. V. (Orgs.). (2015). Dengue: teorías y prácticas. Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575415528>
- Vargas, T., & Zapata, N. (2010). La comunicación como derecho. En Enredando las prácticas: Comunicación desde las organizaciones sociales (pp. 29–51). San Pablo.
- Williams, R. (1977). Dominante, residual y emergente; La estructura del sentir. En Marxismo y literatura (pp. 143–154). Península.
- Wolf, M. (1987). La investigación de la comunicación de masas. Paidós.