

La construcción mediática de la sanidad

José María Bernardo Paniagua

Nel.lo Pellisser Rosell

Universitat de València-Estudi General

El marco en el que se pretende establecer el desarrollo de esta comunicación tiene una serie de ejes dominantes relacionados con la comunicación e información, la institución sanitaria y la realidad sociosanitaria. Se trata, en definitiva, de estudiar el papel que han de jugar los medios de comunicación como generadores de una cultura mediática, de un imaginario, a través de la construcción de la información sobre la salud y la enfermedad en tanto en cuanto los medios y productos son el fruto de la no pocas determinaciones, latentes o patentes, que ejercen las instancias económicas, políticas, sociales y específicamente sanitarias sobre el sistema mediático.

1. Introducción

El marco en el que se pretende establecer el desarrollo de esta comunicación tiene una serie de ejes dominantes relacionados con la comunicación e información, la institución sanitaria y la realidad sociosanitaria. Sin duda alguna, no obstante, el referente básico y determinante desde el que pretende reflexionar en este trabajo es la realidad sociosanitaria entendida como el conjunto de problemas, situaciones y vivencias de los ciudadanos en relación con la salud y la enfermedad. Todo ello contemplado desde el complejo entramado político, social, cultural y específicamente sanitario que confluye en la necesidad de preservar la salud de los ciudadanos, prevenir la enfermedad y, en su caso, actuar para restablecer la salud a quienes padecen la enfermedad.

Se trata, pues, de estudiar el papel que han de jugar los medios de comunicación como generadores de una cultura mediática, de un imaginario, a través de la construcción de la información sobre la salud y la enfermedad en tanto en cuanto los medios y productos son el fruto de las determinaciones, latentes o patentes, que ejercen sobre el sistema mediático las instituciones económicas, políticas, sociales y específicamente sanitarias.

Precisamente por eso, aunque sólo sea de forma tangencial, consideramos de especial relevancia establecer el supuesto de la función social que tienen adquirida los dueños de los medios de

comunicación y los responsables de los productos que generan con los miembros de la sociedad en la que se enmarcan y en la que han de cumplir determinados papeles, sobre todo a través de la producción específica de carácter informativo en un sentido no particularmente restringido. Por supuesto, esa función ha de analizarse e interpretarse dentro del complejo entramado de la estructura del sistema de comunicación que, desde la particular perspectiva que significa Economía Política de la Comunicación, conjuga factores económicos, políticos, sociales, comunicativos y culturales que contribuyen a comprender y valorar esa la aludida función social que, sin duda, tiene múltiples derivaciones que pueden resumirse dentro del concepto de testigos críticos de la sociedad, concretamente de la realidad sociosanitaria.

El siguiente apartado y, en conexión con las acotaciones presentadas, se centra en el intento de establecer un diagnóstico de la realidad sanitaria, del hecho sanitario (salud/enfermedad) en toda la complejidad que se alberga tras el fenómeno o fenómenos de la salud y de la enfermedad y el conjunto de factores que interactúan en él e intervienen en la formulación de una política determinada, en la formación de los profesionales, en la dinámica de las instituciones sanitarias, en la selección de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, en la prevención, en la implantación y la aplicación de unos determinados fármacos con la intervención de la industria farmacéutica. Precisamente en relación con todo esto se pretende extraer aquellos datos que tengan especial relevancia a la hora de presentar un determinado diagnóstico que incida en cada uno de los aspectos que se han citado anteriormente.

El último apartado surge lógicamente a partir de las conclusiones pertinentes que salgan a la luz tras el diagnóstico, entendido como aproximación crítica, ya que consiste en el establecimiento de algunas propuestas encaminadas básicamente al cumplimiento de la función social que atribuimos a los medios, a sus dueños y responsables, como compromiso radical con la sociedad en relación con la salud y la enfermedad. Por eso, es preciso erradicar la desinformación e imponer la construcción de una información fundamentada en la responsabilidad social y no en la autocomplacencia, la propaganda o publicidad y, menos aún, en el espectáculo en torno al drama humano que adopta modelos de producción empleados para la persuasión de la audiencia que, interesadamente, se define como ávida de un determinado imaginario encaminado a la evasión y no a la formación y al decodificación crítica.

En todo caso, y como última acotación introductoria, este texto tiene un carácter programático en tanto en cuanto su finalidad última está relacionada con la intención de aportar pautas para el análisis e interpretación de la actuación de los responsables y agentes de la comunicación e información con respecto a la construcción de la realidad sanitaria.

2. Los medios y la construcción de la realidad sanitaria

2.1. La construcción mediática de la realidad social

Para responder a los interrogantes, retos o exigencias formulados en la introducción a propósito del establecimiento de la relación existente entre la realidad sociosanitaria, sistema sanitario en palabras de E. Baca (2006), y los medios de comunicación, el sistema de comunicación mediática (Bernardo, 2006), parece pertinente emplear el término construcción que alude a la acción más trascendente que, sin duda, cumplen los responsables de la información mediática con respecto a la realidad social de la que se ocupan y conforman siguiendo pautas y determinaciones específicas.

En efecto, la delimitación del término y concepto de construcción se realiza recurriendo, por una parte, al proceso de producción de los discursos en los que se conforma la realidad cotidiana (ideología: pensamiento y acción o comportamiento) incluyendo dentro de ese proceso los intereses de los emisores, la dinámica de la producción, los productos y la recepción / consumo (comprensión e interpretación) de los mismos. Por otra parte, hace referencia a la construcción de la realidad social (Verón, 1983) que ha de contemplarse desde ámbitos científicos tales como la antropología, la sociología y la teoría de la comunicación y que supone la configuración de los hechos, de la realidad, de la cotidianidad, de acuerdo con los supuestos ideológico de los emisores dueños y profesionales) y, en su caso, de los receptores, usuarios o consumidores.

Como hemos dicho, la delimitación del término y concepto de construcción participa de los supuestos teóricos de la sociología, sobre todo la llamada sociología del conocimiento, de la antropología, de la psicología y, desde luego, de la sociosemiótica y de la teoría de la comunicación según los cuales todo discurso, toda construcción simbólica, toda conformación del imaginario (mentalidad o ideología) constituye un proceso activo del emisor / responsable de los discursos y no únicamente una transmisión o traslación objetiva de la realidad acaecida. Al mismo tiempo, toda actuación, individual o colectiva, es también un proceso complejo de conformación del modo de pensar y

de actuar de los agentes sociales en los más variados ámbitos y situaciones.

Junto al término y concepto de construcción puede introducirse también el de cotidianidad que, en su sentido más adecuado, se refiere a la compleja realidad social dentro de la cual se enmarcan de forma muy especial el conjunto de situaciones implicadas en denominado sistema sanitario. Dicha cotidianidad, por su parte, puede asumir como mínimo estas acepciones: a) la cotidianidad que se pretende conformar desde los discursos, en este caso mediáticos; b) la cotidianidad vivida por los agentes sociales tomados individualmente y en las diversas interacciones; c) la relación existente entre los discursos y las vivencias debido a que los discursos pueden conducir a posibles cambios socio-ideológicos, políticos, culturales, etc... En definitiva, tiene que ver con el denominado por los sociólogos cambio social que posee causas, manifestaciones e implicaciones diversas.

El quehacer fundamental de los medios es, desde esta perspectiva, la construcción de la cotidianidad o, más específicamente, la cotidianidad sociosanitaria entendida como una parcela de la realidad social que supone la plasmación concreta de las interacciones y determinaciones que conforman la sociedad representada a través del constructo denominado sistema que aglutina diversos subsistemas entramados de acuerdo con una lógica. En conexión, pues, con las acotaciones formuladas en este apartado, se afrontarán a continuación las dos cuestiones más relevantes para establecer el diagnóstico sobre el tratamiento mediático de la sanidad.

2.2. Los medios y los discursos

Los discursos mediáticos, sea cual sea la realidad que tengan como referente, han de ser estudiados dentro de la estructura y dinámica actuales del sistema de la información y de la comunicación donde necesariamente interactúan los intereses de los dueños de la comunicación, su plasmación en las formulaciones de ideologías dominantes en la sociedad contemporánea, la peculiaridad de los procesos de producción, circulación y recepción, consumo y, de forma especial, de la particularidad de cada discurso por cuanto supone una forma específica de construir la realidad, la especificidad del medio y las normas del propio discurso. Desde la perspectiva comunicativa, lo anterior implica establecer la interrelación del conjunto de factores que intervienen en el proceso de producción de los discursos comunicativos e informativos y que, desde luego, determinan y definen el tratamiento mediático de la realidad sociosanitaria.

Para desarrollar el contenido del párrafo anterior, es necesario, en primer lugar, establecer el marco y los supuestos en los que se soporta la realidad comunicativa actual y que, por lo tanto, caracteriza de modo complejo el fenómeno comunicativo. En segundo lugar, es preciso hacer explícitos los rasgos que definen la construcción mediática de la realidad social, en este caso la dinámica del sistema sanitario, a través de los géneros discursivos procedentes de los diversos medios.

Los dos supuestos anteriores marcan las pautas de análisis e interpretación del tratamiento de los problemas sanitarios en los medios de comunicación social y, en cierto modo, rigen la elección de las cuestiones que se consideran relevantes como objeto de estudio. Entre otras, la dimensión cuantitativa y cualitativa del tratamiento; el punto de vista y el modelo comunicativo-retórico (descontextualización, espectacularización, etc...) seguido en la construcción discursiva y textual; las funciones comunicativas dominantes y, finalmente, las implicaciones o riesgos de la interacción comunicativa entre la producción, la circulación y el consumo de los productos comunicativos que suponen un tratamiento, directo o indirecto, de la sanidad.

En definitiva, la aproximación comunicativa al tratamiento de la salud y la enfermedad se realiza desde un planteamiento que viene definido por las líneas en las que se enmarca la construcción de la realidad social por parte de los medios de comunicación que, como hemos dicho, está determinada por los factores que convergen en la producción mediática y persigue incidir en la responsabilidad que tienen los agentes de la comunicación (dueños, profesionales y consumidores) para conseguir, no sólo que la sanidad y sus problemas adquieran relevancia en los medios de comunicación, sino que, además, sean contruidos y representados mediáticamente de tal manera que aporte elementos de comprensión y actuación a los receptores/consumidores de los múltiples discursos informativos y comunicativos.

La complejidad de la realidad comunicativa actual y, sobre todo, de la estructura y dinámica del sistema de la comunicación dominante en la sociedad o era de la información (Castells, 2006) constituye, sin duda, el soporte fundamental de la construcción mediática de la realidad social y, en este caso, de la sanidad. Esa complejidad alude, entre otras cuestiones, a la interacción de los diversos factores que intervienen en la comunicación e información (económicos, sociales, políticos e ideológicos y culturales) que conducen a considerar los procesos de producción y los discursos comunicativos como

fenómenos dotados de rasgos o facetas plurales entre los cuales no es precisamente irrelevante la consideración, por parte de los especialistas (Bustamante, 1999), de los productos comunicativos como mercancías generadoras de unos beneficios, como agentes de socialización y constructores de ideologías e imaginarios que moldean las formas de pensar y actuar de los receptores o consumidores de dichos productos y de los mensajes que se albergan en ellos.

Desde esa perspectiva precisamente ha de entenderse (analizarse e interpretarse) el papel de los medios de comunicación (dueños, productos y consumidores) como constructores de la realidad social, como historiadores del presente, que conforman, de acuerdo con la lógica subyacente en la citada complejidad, un modelo de dinámica social a través de discursos, funcionales o ficcionales, de carácter informativo, formativo o de opinión, publicitario o de entretenimiento. Es decir, la realidad social, que constituye el referente de la construcción mediática, se presenta normalmente siguiendo los parámetros que marcan los intereses empresariales de los dueños de los medios, públicos y privados, en lugar de asumir las exigencias socio-informativas que conducirían a considerar, por encima de los beneficios económicos, la construcción adecuada y coherente de la realidad social que pretenden presentar.

La lógica económica y mercantil dominante en la sociedad y, por lo mismo, en la estructura y dinámica de la comunicación e información se reproduce de forma específica y con determinadas peculiaridades tanto en la selección, jerarquización y tematización de los contenidos como en la conformación retórica de los discursos que componen los formatos y programaciones de los medios que responden a los intereses de los dueños de las empresas mediáticas cada vez más interrelacionadas y constituidas en grandes conglomerados mediáticos (Bernardo, 2006; Bustamante, 2002, 2003; Herman-McChesney, 1997.).

La reproducción de esa lógica del mayor beneficio e interés tiene, a nuestro entender, algunas manifestaciones especialmente relevantes que se refieren, por una parte, a la producción y difusión de aquellos programas o programaciones que se consideran más rentables a tenor de las cuotas de audiencia y que, a su vez, están íntimamente relacionadas con la emisión de publicidad. Por otra, a la construcción de la realidad social de acuerdo con aquellos parámetros que contribuyen más eficazmente al mantenimiento y refuerzo del modelo de sociedad imperante en la que los miembros de la sociedad antes que ciudadanos son considerados consumidores. En tercer lugar, y de

modo especial en el sector audiovisual, a la imposición de una retórica que I. Ramonet (2000) define como publicitaria y tiene derivaciones especiales en la sintaxis, semántica y pragmática de los discursos mediáticos que progresivamente están trasgrediendo los límites de los históricamente denominados géneros mediáticos de información, formación y entretenimiento.

El análisis, la comprensión y la interpretación de las particularidades de los discursos sobre la salud y la enfermedad, en tanto en cuanto constituyen una manifestación particular de la lógica de la construcción de la realidad social en su conjunto, ha de realizarse, pues, teniendo en cuenta los principios que, como hemos dicho, marcan los intereses de los dueños de las industrias de la comunicación y que, a su vez, persiguen objetivos que no siempre coinciden con los que deberían tener los discursos mediáticos como constructores de una opinión pública crítica y que, en el caso de la sanidad, deberían encaminarse a la presentación de esa realidad sanitaria tratando de reflejarla teniendo en cuenta los parámetros que, como veremos a continuación, rigen su lógica que no siempre se corresponde con la función primordial que los responsables y agentes de la salud, pública y privada, han de cumplir como actores comprometidos con el bienestar de los ciudadanos.

3. El sistema sanitario

3.1. Supuestos de análisis

Este trabajo no puede establecer, en modo alguno, como prioridad fundamental la presentación de la realidad sanitaria en toda su amplitud y complejidad, antes bien, y acuerdo con los objetivos del trabajo, intentar aportar pautas e indicios relevantes para contrastar las dimensiones, los ámbitos y los criterios que los especialistas en el tema consideran pertinentes para comprender el fenómeno sanitario como hecho social que, por tanto, se enmarca en la propia estructura de la sociedad y obedece a sus determinaciones políticas, económicas, sociales e ideológico-culturales (Navarro, 2006: 50-62; Baca, 2006: 42-48). Al mismo tiempo, esas pautas, indicios y criterios deberían suponer la base, el referente en términos comunicativos, de su construcción a través de los discursos mediáticos tanto los provenientes de los medios como los que se emiten desde los gabinetes de comunicación de las diferentes instancias político-sanitarias relacionadas con la planificación y desarrollo de sanidad pública y privada.

Para este efecto se ha recurrido, en primer lugar, a dos trabajos recientes, los anteriormente citados de V. Navarro (2006: 50-62) y E. Baca (2006: 42-48), de los que pueden extraerse, como bases del análisis y la interpretación, dos perspectivas convergentes y complementarias. La primera alude a las que el autor (E. Baca) denomina lógicas del sistema sanitario; la segunda (V. Navarro), en cambio, incide, con la finalidad de estudiar el déficit sanitario global, el del Estado Español y el las Comunidades Autónomas, los ítems que han de contemplarse a la hora de establecer un diagnóstico del citado déficit, si bien, en nuestro caso, adquiere la utilidad de aportar acotaciones relevantes en torno al conjunto de factores y elementos que componen el entramado complejo de un determinado modelo de asistencia sanitaria.

En tercer lugar, y con la finalidad de conceder relevancia a las dimensiones que hoy en día definen la propia sociedad en su conjunto y, por lo mismo, la propia sanidad: Lo global y lo local, se han tenido en cuenta estudios críticos sobre la sanidad global, entre otras razones, porque, por una parte, ponen el acento en las interacciones, o determinaciones, que guardan entre sí los diferentes ámbitos y factores globales con respecto a los considerados específicamente locales y, por otra, en el caso concreto de la sanidad, porque establecen críticamente las conexiones entre la responsabilidad de los agentes globales que controlan “el negocio de la salud”, actúan como “creadores de enfermedades” y dirigen “las multinacionales farmacéuticas” y el desarrollo de las actuaciones, globales o locales, con respecto a la salud y la enfermedad (Fort, 2005; Blech, 2004; AA.VV., 2004, 2005).

3.2. Lógicas y dimensiones del sistema sanitario

Las lógicas del sistema, según el autor citado, se refieren al proceder médico, al proceder del enfermo, al proceder del tercer pagador (público y privado) y al proceder de la industria sanitaria. Cada proceder tiene sus peculiaridades, que se han conformado de forma diferente a lo largo de la historia, y, a modo de resumen, están relacionadas con la manera de interrelacionarse el médico y el enfermo, de percibir la enfermedad y de establecer protocolos de diagnóstico y tratamiento específicos, de entender la medicina como servicio o como negocio y, finalmente, de orientar y controlar la investigación y la producción farmacéutica en función de una determinada concepción de la enfermedad o simplemente de intereses ajenos al propio sistema sanitario. A pesar, o más allá, de esas peculiaridades, el autor (Baca, 2006:47) subraya que “El sistema se

configura, por tanto, en la confluencia ‘imposible’ de cuatro lógicas soportadas por valores que, si bien no necesariamente son opuestos, entran en conflicto con gran facilidad. En consecuencia, todo parece indicar que no hay posibilidad de un abordaje mínimamente comprensivo de la realidad sanitaria, en los momentos actuales y en el próximo futuro, si previamente no se ponen sobre la mesa la realidad de estas cuatro lógicas y se analiza desde puntos de vista que, a la postre, representan un intento de aproximación de posturas”. Estas dos posturas se traducen, por una parte, en “la revisión en sí de cada uno de los a priori que informan la naturaleza misma del proceder médico, del proceder del enfermo, del proceder del tercer pagador y del proceder de la industria” y, por otra, en “la confrontación de los puntos de fricción entre las posiciones de los cuatro actores y exige un tratamiento absolutamente desprovisto de tendenciosidad”.

De los trabajos de V. Navarro (2006: 50-62; 2005: 15-27) se pueden extraer dos tipos de pautas, las que se refieren al análisis, valoración crítica de las diferentes manifestaciones del déficit mediático global o local y las que, más allá de ese objetivo primordial, se pueden emplear para realizar un diagnóstico de la realidad sanitaria enmarcada en la estructura y dinámica de la sociedad. A modo de simple enumeración, y con la finalidad de ampliar y completar las aportaciones que se deducen de lo dicho en el párrafo anterior, parece imprescindible, según este autor, insistir, compaginando acotaciones cuantitativas y cualitativas, en cuestiones como:

- el porcentaje del PIB que un país dedica al gasto público y privado sanitario y la correspondiente distribución del mismo por habitante;
- las orientaciones y voluntades políticas con respecto al tratamiento social y presupuestario de la sanidad;
- el nivel de “polarización por clase social” de la asistencia sanitaria; la dimensión de la inversión en investigación y la orientación de la misma donde, a modo de ejemplo, insiste en que “sólo falta comparar la enorme visibilidad mediática de la investigación con células madre (...) con la insuficiencia tan notable en los programas de investigación, formación y desarrollo en la salud pública”;
- la relación entre gasto y eficacia, la orientación de la política sanitaria con respecto al modelo de la sanidad, en la mayoría de los casos dominado exclusivamente a la curación y no a la atención;
- el volumen del gasto farmacéutico y su relación con el modelo sanitario y con los intereses y poder de la industria

farmacéutica, según afirma: “a mayor tiempo de visita, menor gasto farmacéutico. El menor gasto en personal lleva al mayor gasto farmacéutico”;

- finalmente, la formación de los profesionales en su relación con los modelos de planificación y desarrollo de la sanidad que, según el autor, está dominado por el “hospitocentrismo” mientras que, por ejemplo, “la investigación en los determinantes sociales, culturales económicos y políticos de la salud y la enfermedad, así como las áreas de salud laboral y ambiental, están claramente desatendidas”, cuando, en realidad, afirma: “estas últimas son las áreas que científicamente han mostrado tener mayor importancia en definir el nivel de salud de la población”.

La consideración de las dimensiones de la realidad y sistema sanitarios en los términos que hemos planteado anteriormente siguiendo los estudios citados (Fort, 2005; Blech, 2004; AA.VV., 2004, 2005) conducen a ampliar el marco de estudio y valoración de los fenómenos sanitarios estableciendo las interacciones pertinentes en función de las coordenadas que rigen la sociedad actual en la interconexión, a veces dominio e imposición, de lo global y lo local. Desde esta perspectiva, es preciso contemplar la relación entre: riqueza, pobreza y salud; investigación farmacéutica, médica y sanitaria y enfermedades globales como el sida; desarrollo económico y desarrollo, o déficit, sociosanitario; modelos sanitarios, públicos y privados, y tratamiento de la salud y la enfermedad en diferentes países; conformación de presupuestos y prioridades de la inversión por parte de instituciones y organismos internacionales de acuerdo con intereses particulares.

4. Modelo informativo y realidad sanitaria

4.1 Los actores y el proceso de comunicación

En este sentido se hace necesario un replanteamiento del papel que ejercen los diferentes actores de los procesos de comunicación mediática, así como de los procedimientos y pautas de actuación de todos ellos. Dicho planteamiento ha de estar dominado, en primer lugar, por la idea de máxima información y máxima transparencia. Y todo ello, como ha quedado dicho, por el compromiso de máximo bienestar.

Por lo que respecta al primer punto, se impone un mayor protagonismo de los profesionales de la sanidad, de manera que sean

ellos quienes tengan acceso a los medios y, en sentido inverso, sean accesibles a los profesionales de la información.

Hay que situar en el centro del debate el modelo informativo que encontramos hoy en día en nuestro entorno en el campo de la sanidad. Hay que desterrar, por tanto, algunas de las prácticas que, no solo en el de la información sanitaria, sino en la mayor parte de los campos informativos (Bourdieu, 1997) han sido implantadas hasta llegar a adquirir carta de naturaleza. Dicho modelo se sustenta, a nuestro juicio, en dos aspectos. El primero hace referencia al férreo control del flujo de información entre los diferentes actores (profesionales sanitarios, enfermos y familiares, el conjunto de la sociedad en general y los profesionales de la información) que ejercen los servicios de prensa y gabinetes de comunicación que, tanto instituciones públicas como privadas, han adoptado bien se trate de organizaciones sociales, políticas y, por extensión de los propios centros sanitarios. Se trata de un fenómeno generalizado que subraya que la información ya no es patrimonio de los periodistas, sino que toda la sociedad genera información (González Requena, 1989: 11; Ramonet, 2000: 24) lo que comporta, por una parte, un incremento del flujo informativo y un aumento de la demanda para intervenir y acceder en los procesos de producción y distribución mediática.

Dicho control se ejerce, en primer lugar, reteniendo la información –la clásica censura– y, en cualquier caso, gestionándola a conveniencia, de donde se derivan la desinformación (información manipulada) y la subinformación (información incompleta, que carece de aspectos relevantes). En segundo lugar, por saturación, que es una forma más contemporánea de censurar basada en sepultar al profesional de la información mediante datos, informes y dossiers, con el fin de distraerlo de lo esencial, lo que añadido a la velocidad que ha adquirido el flujo informativo en nuestra sociedad, así como la apabullante cantidad de mensajes que circulan de forma permanente, acrecenta, si cabe aún más, el efecto de sobreinformación a que estamos sometidos tanto los ciudadanos como los profesionales de la información. De aquí arranca una de las constataciones más inquietantes del vigente modelo informativo: la confusión colosal entre información y comunicación.

El segundo aspecto sobre el que se sustenta este modelo es el uso de la lógica intervencionista por parte de estas instituciones con el fin de generar discursos en donde predomina el procedimiento del acontecimiento mediático (media-event), que surge a partir de la idea de que "la mejor manera de controlar la información-formalización de

un suceso es prefigurarlo antes de su emergencia” (González Requena, 1989:12). En definitiva, estamos hablando de procedimientos relacionados con la gestión de ámbitos de poder, pero a través de dispositivos que lamentablemente no hacen más que ratificar el déficit democrático que es determinados aspectos presenta el vigente sistema de comunicación mediático.

Por otra parte, entendemos, urge activar el debate en términos de comportamiento ético. Hay que tener presente que nos encontramos frente a dos colectivos: médicos e informadores, cuyas actuaciones están reguladas de forma radicalmente distintas. Si los primeros acceden a la profesión de forma reglada, mediante un único procedimiento, en el caso de los segundos, no. Ello conlleva diferentes grados de sindicación profesional, y lo que es más importante un *decaláge* notable de los códigos que rigen los comportamientos y las actuaciones ante eventuales irregularidades y procedimientos de actuación provocados por el carácter sensible de las informaciones que circulan, que se producen, en el ámbito de la información sanitaria. Códigos que, en el caso de la actividad informativa, no existen, más allá, evidentemente, de los marcos jurídicos a que está sometido cualquier ciudadano, aunque ello se haya demostrado insuficiente en aquellos espacios desregulados que tienen que ver con el comportamiento ético-profesional. No podemos olvidar entre otros aspectos, las presiones que la poderosísima industria farmacéutica somete a los profesionales de la sanidad y, por extensión, a todos aquellos que, de una u otra forma, se ven envueltos en los procesos de comunicación mediática.

El replanteamiento del modelo que propugnamos pasa, pues, por simplificar los canales de comunicación entre los actores de los procesos comunicativos: profesionales, ciudadanos, paciente, familiares y informadores. De aquí que se hace necesario liberar los espacios de libertad que han sido secuestrados por servicios y gabinetes de prensa, asesorías de comunicación, etc. desde donde se controla y se interviene una gran parte de los procesos de información, generando conflictos y desconfianza entre los principales actores de la información mediática en perjuicio del ciudadano, en general, y del enfermo y su entorno, en particular, que son, al fin y al cabo, los primeros interesados en que la información fluya limpia, sin distorsiones.

En conclusión, y en la línea apuntada por R. Kaspuscinski cuando dice que “No hay periodismo posible al margen de la relación con los otros seres humanos” (2002: 38), proponemos situar, de nuevo, en la

cúspide de la pirámide al individuo como destinatario final de los procesos de comunicación y de actuación médica

4.2 La construcción mediática de la realidad sociosanitaria.

Los tres aspectos contemplados como supuestos de la estructura y dinámica del sistema sanitario han de conducir a seleccionar el referente de la construcción de la realidad social sanitaria de acuerdo con las exigencias de análisis y contextualización que supone asumir la complejidad del fenómeno sanitario enmarcado, como es lógico, dentro de la dinámica de la sociedad como sistema resultante de la interacción entre los subsistemas que se condicionan o determinan: el económico, el política, el social y el cultural ideológico. Es evidente, por supuesto, que no se puede ni debe hablar de la necesidad de construir en todo momento informaciones sanitarias que abarquen todo el conjunto de aspectos mencionados, sino que más bien se está planteando el requisito del uso de una perspectiva compleja con respecto al tratamiento informativo de la salud y de la enfermedad que se traduce de forma diferente en textos de carácter diverso y, además, adquiere peculiaridades específicas en función del tipo de institución emisora y la correspondiente adecuación a los destinatarios de los productos informativos.

Una vez establecido lo anterior, y asumiendo las acotaciones realizadas en torno al sistema de la comunicación e información, parece razonable formular, a modo de propuesta y con carácter programático, algunas pautas sobre el proceder de los agentes responsables de la construcción de la realidad social sanitaria a través de los diferentes textos, documentos o géneros mediáticos.

1. Se hace imprescindible transgredir la lógica mercantil que rige los procesos de producción, circulación y consumo mediáticos e instaurar la lógica de la función social de los medios y los discursos como requisito fundamental para construir una información sanitaria al margen de los intereses de cualquier tipo de institución económica, mediática o política. En definitiva, se ha de imponer la consideración de la información sanitaria como un servicio y no, únicamente, como una mercancía.
2. La construcción de la cotidianidad mediática de la salud y la enfermedad ha de regirse por el objetivo de ofrecer elementos de contextualizadores que ayuden a superar la quizás ineludible fragmentariedad de los discursos con la finalidad de que los procesos de producción de sentido

- por parte de los consumidores mediáticos posean las garantías suficientes para conseguir una aproximación crítica al tiempo que coherente y eficaz.
3. Los contenidos y los formatos de los discursos mediáticos deben estar encaminados a conformar una representación de la realidad sanitaria que participe, según los casos (puntuales o globales), de la complejidad que se ha intentado presentar en este trabajo. Es decir, la información en torno a los problemas sanitarios debe incidir en aquellos temas y mensajes que constituyen, o deben constituir, la auténtica preocupación de los ciudadanos que detentan como derecho fundamental recibir una información verídica y coherente en cada momento, ya sea normal o excepcional.
 4. Las instituciones sanitarias, tanto las responsables de las políticas sanitarias como los de la práctica sanitaria, han transmitir a través de sus gabinetes de comunicación toda aquella información a la que los ciudadanos, y no sólo los pacientes, tienen derecho evitando cualquier tergiversación que pueda conducir a la desinformación proveniente, por ejemplo, de discursos eminentemente publicitarios y propagandísticos, excesivamente fragmentados o simplemente tergiversadores de los hechos dirigidos a conseguir rentabilidad política.
 5. Las instituciones sanitarias y las empresas de comunicación públicas y privadas han de asumir el compromiso que tienen con la sociedad, con los ciudadanos, de generar una producción mediática que sea exhibida en tiempos y espacios relevantes de la programación y tenga como objeto formar e informar a la sociedad en torno los problemas de la enfermedad, de la salud, de los productos farmacéuticos, del funcionamiento de las instituciones, de los riesgos medioambientales, de los comportamientos y actuaciones en situaciones concretas (genéricas o específicas), etc...
 6. Por lo que respecta a, en fin, a los profesionales de la información sanitaria, conviene incidir en las exigencias siguientes:
 - a. Una mayor cualificación de los profesionales de la información sanitaria, con recorridos curriculares centrados en el conocimiento de la

- ciencia médica, y un mayor grado de compromiso con la actualización de los conocimientos y el reciclaje.
- b. En contrapartida, una mayor valoración de los profesionales de la información en la jerarquía de los medios.
 - c. Por su parte, formación específica de los profesionales de la sanidad en los procedimientos de la comunicación mediática.

Bibliografía

- AA.VV. (2004). "El apartheid farmacéutico: el acceso desigual a la salud". En *Archipiélago*, nº64, pp. 13-105.
- AA.VV. (2004). *Sida global: verdades y mentiras. Herramientas para luchar contra la pandemia del siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- AA.VV. (2005). *Globalización y salud*. Madrid: federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública.
- ALMIRON, N. (2002). *Els amos de la globalització. Internet i poder a l'era de la informació*. Barcelona: Rosa dels vents.
- ÁLVAREZ, J. T. (2005). *Gestión del poder diluido*. Madrid: Pearson
- BACA, E. (2006) Las cuatro lógicas del sistema sanitario. En *Claves de la razón práctica*, nº 165, pp. 42-48.
- BECK, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI
- BERNARDO, J. M. (2006). *El sistema de la comunicación mediática. De la comunicación interpersonal a la comunicación global*. Valencia: Tirant Lo Blanc.
- BLECH, J. (2004). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- BOURDIEU, P. (1997): *Sobre la televisión*. Barcelona: Anagrama.
- BUSTAMANTE, E. (1999). *La televisión económica*. Barcelona: Gedisa
- BUSTAMANTE, E. (coord.). (2002). *Comunicación y cultura en la era digital. Industrias, mercados y diversidad en España*. Barcelona: Gedisa
- BUSTAMANTE, E. (coord.). (2003). *Hacia un nuevo sistema mundial de la comunicación*. Las industrias culturales en la era digital. Barcelona: Gedisa.
- CASTELLS, M. (ed.) (2006). *La sociedad red: Una visión global*. Madrid: Alianza.
- CASTELLS, M. (1997, 1998). *La era de la información*. 3 vols. Ed. Alianza, Madrid.
- CASTELLS, M. (2001). *La Galaxia Internet*. Madrid: Areté
- CEBRIÁN HERREROS, M. (2005). *Información multimedia. Soportes, lenguaje y aplicaciones empresariales*. Madrid: Pearson
- CURRAN, J. (2005). *Medios de comunicación y poder*. Barcelona: Hacer.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por Beatriz Gallardo y Enrique Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

- DÍAZ NOSTY, B.(2005). *El déficit mediático. Donde España no converge con Europa*. Barcelona: Bosch.
- FORT, M.; MERCER, M. A.; GISH, O. (2005). *El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*. Barcelona: Paidós.
- GONZÁLEZ REQUENA, J. (1989). *El espectáculo informativo*. Madrid: Akal.
- HERMAN, E. S.; McCHESNEY, R.W. (1997). *Los medios globales. Los nuevos misioneros del capitalismo corporativo*. Madrid: Cátedra.
- KAPUSCINSKI, R. (2002): *Los cínicos no sirven para este oficio*. Barcelona: Anagrama.
- MATTELART. A. (1998). *La mundialización de la comunicación*. Barcelona: Paidós
- MATTELART. A. y M. (2002). *Historia de la sociedad de la información*. Barcelona: Paidós.
- MUÑOZ, B. (2005). *La cultura global. Medios de comunicación, cultura e ideología en la sociedad globalizada*. Ed. Pearson, Madrid.
- NAVARRO, V. (2006). *El subdesarrollo social de España*. Barcelona: Anagrama.
- RAMENTOL, S. (2004). *Teorías del desencuentro*. Barcelona: Tendencias.
- RAMONET, I. (1998): *La tiranía de la Comunicación*. Madrid: Debate.
- RAMONET; I. (2000). *La tecnología: revolución o reforma. El caso de la información*. Navarra: Hiru, S. L.
- VERÓN, E. (1983): *Construir el acontecimiento*. Buenos Aires: Gedisa.
- VIDAL BENEYTO, J. (dir.) (2002). *La ventana global*. Madrid: Taurus
- VIDAL BENEYTO, J. (dir.) (2003). *Hacia una sociedad civil global*. Madrid: Taurus.
- ZAUMAN, Z. (2006). *Confianza y temor en la ciudad. Vivir con extranjeros*. Barcelona: Arcadia.