

# LA REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA SALUD EN LA TELEVISIÓN: CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE LA DIVULGACIÓN SANITARIA

**Isaac Nahón S.**

Profesor de la cátedra de «Comunicación Institucional» y Director de la Escuela de Comunicación Social de la UCAB

## Resumen:

*La divulgación científica y la divulgación sanitaria a través de la televisión han sido explicadas como procesos deformantes de la «realidad». Diversos autores consideran que la representación televisada de la ciencia y de la medicina responde solamente a los intereses de las instituciones (incluyendo los medios) y a unos presupuestos ideológicos. En este artículo se quiere mostrar cómo este punto de vista tiende a descuidar el papel jugado por el telespectador como «generador de sentido». Por esta razón, en este artículo se pretende ampliar las consideraciones teóricas que explican el proceso de divulgación sanitaria, incluyendo los conceptos que se desprenden del estudio de las representaciones sociales, que permiten comprender el discurso «vulgarizador» como un fenómeno en el que están implicadas, además de los factores institucionales e ideológicos, las representaciones colectivas con su carga de irracionalidad, especialmente cuando se trata de abordar la salud y la enfermedad.*

## Abstract:

*Sanitary and scientific divulgation through television have been explained as deformative processes of «reality». Numerous authors consider that televised representation of science and medicine respond only to the interest of the institutions (including the media) and ideological budgets. In this article, the intention is to show how this point of view tends to neglect the role played by the spectator as «generator of sense». For this reason this article seeks to extend the theoretical considerations that explain the process of sanitary divulgation, including the concepts that are released from the study of social representations, and that permit the comprehension of the «popularizing» discourse, as a phenomenon in which are implicated, apart from institutional and ideological factors, the collective representations with their burden of irrationality, specially with health and sickness are approached.*

*Este artículo es un resumen del capítulo teórico de la memoria presentada en mayo de 1993 para obtener el grado de Magister Scientiarum (M.Sc.) en Ciencias de la Comunicación en la Universidad de Montreal, Canadá.*

La salud y la enfermedad son temas predilectos de la televisión. La presencia de estos contenidos se manifiesta de maneras diversas; desde la recomendación para combatir el mal aliento o el dolor de cabeza hasta la representación periodística del drama de la estrella del deporte tocada por el SIDA. Heterogeneidad del medio sin duda, pero también del fenómeno en cuestión: la salud y la enfermedad asumen diversos rostros en los que cada persona se puede reconocer.

Un estudio de la representación televisiva de la salud y la enfermedad debe tomar en cuenta esta pluralidad de los contenidos. En efecto, estamos frente a una generalización de la problemática sanitaria que sobrepasa ciertas definiciones tradicionales de la patología humana y de la salud, entendida ésta última como la simple ausencia de enfermedad; casi todos los comportamientos individuales o sociales son susceptibles de ser calificados como «factores de riesgo» o como origen de una patología (Renaud, 1981; Zola, 1981).

Sin embargo, esta diversidad temática es casi siempre sometida a una homogeneización discursiva. Por un lado, encontramos el predominio de la ciencia médica y de toda la tecnología ligada a ella, presentadas como las fuentes por excelencia en el proceso de divulgación sanitaria. Por otro lado, este predominio toma un carácter «mítico», reforzado por la narratividad de la puesta en escena de la televisión (Burnham, 1987; Fouquier y Veron, 1986; Schiele y Larocque, 1981; Silverstone, 1984; Turow y Coe, 1985).

Además, resulta evidente que los mensajes de divulgación sanitaria están insertados en un contexto más amplio que el propio contexto de los medios. Ellos forman parte de ese fenómeno complejo llamado «las representaciones sociales», definido por Jodelet como:

«...una forma de conocimiento, socialmente elaborada y compartida, con una orientación práctica y concurrente en la construcción de una realidad común a un conjunto social». (Jodelet, 1989:36)

En este artículo pretendemos analizar el fenómeno de la divulgación sanitaria en la televisión, a partir de tres premisas teóricas. Primero, consideramos que la diversidad de los contenidos que se refieren a la salud y la enfermedad está condicionada por una lógica de producción propia del medio (la televisión) y por una lógica propia de la problemática sanitaria. Segundo, pensamos que

la puesta en escena de la salud y la enfermedad está marcada por el carácter «mítico» de la medicina. Y tercero, creemos que la relación «experto-ignorante» como premisa de la divulgación sanitaria, merece revisarse a partir de una visión más dinámica del proceso, en el que entran en juego las representaciones sociales.

Finalmente, esbozaremos un modelo explicativo de la divulgación sanitaria donde se pretende ofrecer una visión global de un proceso en el que la «eficiencia» está condicionada por un conjunto de factores que no siempre actúan armónicamente.

### 1. PLURALIDAD DE LOS CONTENIDOS

Un primer vistazo sobre los contenidos ligados a la salud y la enfermedad en la televisión, nos permite identificar una diversidad temática, tanto en los programas de ficción como en aquellos dedicados a la información. Está claro que dicha pluralidad responde a las necesidades del medio. La televisión debe ofrecer novedad y diversidad para satisfacer a los consumidores y a los anunciantes; en fin de cuentas se trata de los mismos factores que condicionan la existencia de todos los productos televisados. Sin embargo, no debemos dejar a un lado la especificidad de los contenidos ligados a la salud y la enfermedad; ellos forman parte de una lógica de producción y de distribución particular.

Primero, debemos notar que desde el punto de vista de la medicina moderna, (la medicina occidental después de la Segunda Guerra Mundial), las definiciones de salud y enfermedad van más allá de la concepción «organicista» tradicional. En 1948 la Organización Mundial de la Salud declaró que la salud es «un estado de completo bienestar físico, mental y social y no consiste solamente en la ausencia de una enfermedad o de una deformidad» (citado por Zola, *ibid.*, 38). Esta «redefinición» de la salud significó primeramente una ampliación de la problemática sanitaria: desde ese momento, la cura de la patología debería tomar en cuenta las relaciones entre cuerpo, mente y sociedad. Esta concepción es representativa de una forma de abordar a la enfermedad como un medio para explicar los problemas sociales; siendo la salud el resultado de la relación compleja entre diversos factores, la enfermedad se convierte en un concepto operativo que sirve para explicar todos los desequilibrios. Las patologías serán definidas de ahora en adelante como «patologías sociales».

La ampliación de la «problemática sanitaria» implicó también su racionalización desde el punto de vista político como económico. La salud se convirtió en el sujeto de políticas de Estado basadas en una ideología de la prevención que ponía el acento en los factores ambientales y en el «estilo de vida» como los causantes de las enfermedades. Por otro lado, los problemas de salud se transformaron en «...problemas específicos de consumo de una serie de mercancías y de servicios en un mercado económico preciso» (Renaud, 1981: 553)

La racionalidad política no seguía siempre el mismo rumbo de la racionalidad económica. En el caso de Canadá, particularmente en la provincia del Quebec, donde se ha implementado un sistema socializado y universal de salud, el crecimiento de los costos en el sector terminó por imponer una lógica de rentabilidad (Renaud, *ibid.*) que finalmente implicó una redefinición del derecho a la salud. La igualdad de acceso a los servicios médicos de calidad como concepto central fue reemplazado por la idea según la cual

«...es deber de cada individuo mantenerse en perfecta salud a través del ejercicio físico, la abstinencia del tabaco, un consumo moderado del alcohol, una buena alimentación... Antes, el «derecho a la salud» refería a aquel principio según el cual las personas tienen el «derecho de estar enfermos y de ser tratados de manera adecuada». Ahora, de un sólo golpe, las personas tienen el «deber» de estar saludables» (Renaud, *ibid.*: 530)

Podemos notar ahora cómo la pluralidad temática de la televisión en relación a la salud y la enfermedad es el reflejo de un proceso que ha tenido, en nuestra opinión, dos efectos paradójicos; primero, se montó a la sociedad sobre la escena de la salud, haciéndola participar de la definición de las patologías, y después, siguiendo una racionalidad económica, se privilegiaron los comportamientos individuales como las principales causas de las enfermedades con el fin de rentabilizar una práctica (la medicina) y una puesta en mercado (servicios y productos). Desde el punto de vista de los creadores de las emisiones de divulgación sanitaria, se deben tocar los más diversos sujetos porque la salud está ligada al cuerpo, la mente y la sociedad. Pero, ellos se dirigen a un espectador que es, al mismo tiempo, el principal responsable de su bienestar. Esta posición resulta al mismo tiempo «ampliadora» y «reductora», rindiendo justicia a los límites que impone la misma comunicación masiva. O, como lo han expresado Bouchard y Renaud (1991:48), el medio «hace el mensaje a su medida, con sus características, con sus fuerzas y debilidades. Y esto, a partir de la dualidad REDUCCIÓN- EXTENSIÓN».

## 2. LA PUESTA EN ESCENA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

El discurso televisivo sobre la salud y la enfermedad se presenta como una derivación del discurso científico; es por intermedio de la ciencia médica que el espectador recibe el conocimiento que refiere a las patologías y a los estados saludables. En este caso, la televisión reproduce un esquema de representación social donde la medicina se ha convertido en el lugar predilecto de asimilación de los conocimientos científicos (Zola, *ibid.*). Como lo ha señalado Herzlich (1969), toda representación social de la salud y de la enfermedad tiene vínculos estrechos con el pensamiento científico.

La presencia de la ciencia médica en la pantalla de la televisión adquiere casi el mismo rostro en los terrenos de la información como en los del entretenimiento. Primero, debemos notar que, en ambos casos, diversos autores han señalado la función mítica que cumple la medicina cuando aparece en la televisión. Aquí la palabra «mítica» refiere a una significación particular que, entre muchas otras, destaca el proceso mediador entre lo real y lo ideal. Un mito, en el caso que nos ocupa, tendría como función la explicación de un fenómeno conflictivo a partir de la simplificación de la realidad.

La función mítica de la medicina sería definida entonces por el papel que ella juega en la sociedad como el principal portavoz que busca respuestas a los problemas que impone la enfermedad y el sufrimiento de todo género y que, al mismo tiempo, propone una definición ideal de la salud. Illich describió esta situación de la siguiente manera:

«Ella (la profesión médica) ha venido a jugar un papel que antes estaba reservado al clero, utilizando los principios científicos como una teología, los técnicos como acólitos y la rutina hospitalaria como la liturgia...ellos (los médicos) están comprometidos en una lucha por la salvación de la humanidad, que ellos quieren salvar de las dificultades de la enfermedad y de la invalidez, e incluso de la necesidad de morir...». (Illich 1975:121)

Esta característica mítica estaría, como en la ciencia en general, unida a un héroe que actúa contra las fuerzas del mal. Sin embargo, a diferencia del discurso científico no médico, la tarea de este héroe no se reduce solamente en la adquisición del conocimiento, sino al cumplimiento de un acto casi escatológico que se traduce en la lucha contra un enemigo temible.

En el terreno de la ficción televisada, MacLaughlin (1975) observó que los médicos simbolizan el poder, la autoridad y el conocimiento, al tiempo que demuestran sus habilidades para controlar la vida de los «otros». Por su lado,

Turow y Coe (ibid.) constataron este mismo tipo de representación ideal en diferentes géneros de emisiones (dramáticos, comedias, informativos, publicidad). Ellos destacaron también que este tipo de representación implicaba en la mayoría de los casos un distanciamiento frente a la realidad social. Según Turow y Coe (ibid: 40): «The dominant patterns of illness portrayal in our sample did not confront today's enduring medical problems».

Los mismos autores señalaron el papel central jugado por la tecnología como factor para dominar a la enfermedad, lo que minimiza la importancia de otros elementos como las relaciones personales o las expectativas psicológicas de los pacientes. Esto podría significar que en la configuración del mito, la tecnología es más que un auxiliar del héroe, según la estructura actancial de Propp, y ella se convierte en un valor en sí misma. Como lo escribió Illich (ibid. 136): «... la ideología de la medicina industrial separa el dolor de todo contexto subjetivo con el fin de mejor destruirlo...».

Esta representación mítica se corresponde con una visión «positiva» del proceso de divulgación científica e incluso de una cierta ideología sanitarista o de la prevención como se la llama hoy en día. La *raison d'être* de la divulgación sería combatir la ignorancia que, en el caso de la salud, puede conducir al sufrimiento o a la muerte.

Sin embargo, la divulgación científica a través de la televisión parece conducir hacia resultados paradójicos. A pesar de sus intenciones «didácticas», los programas de divulgación transmiten «falsas ideas» sobre la ciencia y los científicos, tales como la creencia en la infalibilidad de la medicina. Estas «ideas falsas» serían el producto de dos elementos recurrentes de los contenidos: primero, como ya lo vimos, el carácter mítico de la representación de la ciencia (Burnham, ibid.; Silverstone, ibid.), y segundo, la función del mito científico como expresión de una ideología dominante (Horning, 1990).

Esta paradoja no es la consecuencia de una carencia de los mensajes de divulgación. Aparentemente, se trata de un elemento constitutivo de su propia configuración. Es decir, la divulgación televisada no sería ni traducción ni traición del discurso científico «original», como lo han dicho Fouquier y Veron (ibid.), sino una construcción o una codificación de ese discurso en beneficio del espectáculo audiovisual. Los mismos autores afirman (ibid: 95):

«(este) producto es «otro» en tanto que toma por polos la historia, la filosofía y la metafísica de la ciencia más que la ciencia propiamente dicha; «otro» porque el debate se da en el frente cultural para actuar sobre los sistemas de representación popular y no sobre el frente cognoscitivo».

Por su lado, Schiele y Larocque (ibid.) también observaron que el mensaje divulgador en televisión es distinto y autónomo del mensaje científico, ya que no vehicula conocimientos. Pero, ¿cómo definir con más precisión esta diferencia y esta autonomía del mensaje de divulgación? Primero, se ha identificado el predominio de lo narrativo en estas emisiones. Según Silverstone (ibid.) la construcción narrativa se sirve de dos tipos de codificación: una **mimética** (del lado de la cognición) y una otra **mítica** (del lado de la emoción). Horning (ibid.) identificó en este género de mensajes el desarrollo de una historia (*plot* en inglés) en la que se puede observar el enfrentamiento entre las fuerzas del bien y las fuerzas del mal.

Schiele y Larocque (ibid.: 181) encontraron que esta construcción narrativa es el principal elemento perturbador a la hora de transmitir el conocimiento: «...A través de la pantalla, el telespectador percibe una imagen deformada del discurso científico plagada de los reflejos de los atributos del relato...».

Sin embargo, parece producirse en el espectador una ilusión de «aprendizaje». Gerbner (1981a y 1981b) determinó que la exposición a los contenidos ligados a la ciencia y a la salud en emisiones de ficción, produce en el espectador un alto índice de confianza en las instituciones (en tanto que representantes de la ciencia y de los científicos). En relación específica con la salud, el mismo autor encontró que la mayoría de los espectadores muestra comportamientos tendientes a favorecer una confianza ciega en la ciencia médica y una disminución de interés frente a los comportamientos de tipo preventivo. Pero, debemos preguntarnos si esta representación mítica explica por ella misma la generación de una «confianza ciega». ¿Cuál es el papel jugado por el telespectador en la divulgación sanitaria?

### 3. EL «EXPERTO» Y EL «IGNORANTE»: UNA DINÁMICA COMPLEJA.

La divulgación científica e incluso la divulgación sanitaria son generalmente abordadas como procesos de transferencia de conocimiento a partir de un experto hacia un destinatario que podría ser calificado como «ignorante». Fouquier y Veron (ibid. p. 113) hablan de un posicionamiento del enunciador y del destinatario que revela una especie de complementariedad, donde los dos polos involucrados se definen de manera desigual. En este proceso, la televisión, o mejor dicho «el espectáculo científico en la televisión» sería:

«...un interface entre dos universos: ése del saber científico, poco conocido por el telespectador y representado por el sabio, y el otro de la información, universo familiar y cotidiano, representado por el periodista» (ibid: 115)

Esta explicación sobre la «transferencia de conocimiento» merece ser profundizada. El papel del «periodista» no se limita al de mediador; él es más bien un transformador de los contenidos «científicos», situación que resulta mucho más evidente cuando se trata de abordar la salud y la enfermedad. Meyer observó que las historias médicas más complejas terminan por ser reducidas a la categoría bipolar de miedo y esperanza:

«...That is why health journalism is biased toward two stock stereotypes: unrealistic fear of disease and other health hazards on the one hand: on the other, unrealistic belief in the magic of medicine...». (Meyer, 1990:57)

Ahora bien, al final de esta «cadena» de divulgación científica y sanitaria, encontramos al telespectador, al cual no vamos a considerar como un «ignorante» sino como un «generador de sentido». Como lo han dicho Schiele y Boucher (1989), el público utiliza «estrategias de apropiación» donde su saber acumulado se confronta con los mensajes presentados en la pantalla. En el caso específico de la divulgación sanitaria, el espectador va a basar su estrategia de apropiación en su propia representación de la salud y la enfermedad, la cual consiste en una «...elaboración psicológica compleja donde se integran en una imagen signifiante, la experiencia individual, los valores y las informaciones que circulan en la sociedad» (Herzlich, 23)

Las emisiones consagradas a la salud/enfermedad serían entonces consideradas por el espectador como el lugar de legitimación y al mismo tiempo de discusión de un saber que refiere, más o menos, a aspectos que él mismo vive o ha vivido.

Los expertos del fenómeno de la representación social nos señalan, sin embargo, que las representaciones no se pueden reducir a sus aspectos cognitivos y evaluativos. Según Laplantine (1989 :279) «...ella (la representación social) consiste no solamente en un medio de conocimiento, sino en un instrumento de acción». Por otro lado, la representación social de la salud y la enfermedad no es el simple resultado de una apropiación racional. El encuentro de la experiencia individual y de los modelos sociales se hace en el marco de un modo particular de aprehensión de la realidad,

«...el conformado por la «imagen-creencia» que, contrariamente al concepto y a la teoría de la racionalización segunda, tiene siempre una

tonalidad afectiva y una carga irracional» (Laplantine, *ibid*: 278)

Parece ser que este conjunto de imágenes-creencias que portan los individuos tienen un peso importante en la conformación de las estrategias de apropiación del mensaje de divulgación emitido por los medios de comunicación. Culberstone y Stempel (1984, citado en Meyer, *ibid*: 55) determinaron que en los Estados Unidos las principales preocupaciones del público ligadas a la salud son establecidas sobre todo por sus experiencias personales más que por los debates nacionales presentados por los medios («national concerns raised by the media»).

Creemos, sin embargo, que sería ilusorio pensar que estas preocupaciones personales en relación a la salud están totalmente desvinculadas de aquellas que los medios ponen en la palestra pública. En otras palabras, las representaciones sociales también son el resultado de la comunicación, tanto a nivel interpersonal como institucional, que es según Jodelet (1989: 47) «...la condición de posibilidad y determinación de las representaciones y del pensamiento social». Simplemente, sin comunicación no habría dimensión social en la representación.

Además, proponemos considerar a la representación social como un ambiente que está en constante relación con los individuos y con el grupo (Moscovici, 1984). Este ambiente, como lo ha dicho Moscovici, funciona como un sistema explicativo que hace familiar aquello que no lo es.

Los componentes de este ambiente son inestables según Moscovici (*ibid*), porque ellos responden a una doble dinámica propia de las representaciones sociales: ellas son al mismo tiempo generadas y adquiridas. En palabras del propio Moscovici (1989: 82): «No son los substratos los que cuentan, sino las interacciones...».

En el terreno de la salud/enfermedad creemos identificar dos tipos de componentes en las representaciones: aquéllos más o menos «estables» (palabra peligrosa pero ilustrativa) y aquéllos que sin ninguna duda son «inestables» o que tienden a cambiar. Del lado de los factores más o menos «estables» identificamos tres elementos. El primero refiere a eso que Sontag (1977) llamó la «doble ciudadanía» que todos los seres humanos deben soportar: aquella de ser potencialmente saludables y potencialmente enfermos. Resulta claro que este factor binario es esencial en la conformación en toda representación de la salud y la enfermedad. Después nos topamos con el componente que tiende a identificar al «otro» como fuente de la enfermedad; se trata de una especie de diferenciación entre «sí mismo», fuente de la salud,

y el otro, portador de la enfermedad (Herzlich, *ibid*: 70). Debemos decir que el «otro» en este caso no designa solamente a otro individuo, sino a una serie de estados de oposición tales como «natural-artificial», «sociedad-individuo», etc. Un tercer componente (o condición) relativamente estable podría ser definido como el «lado mítico» que acompaña a toda representación de la salud, por medio del cual se recurre a una potencia intermediaria para lograr la cura, representada por el sacerdote en el mundo religioso o por el médico en el mundo tecnocrático (Illich, *ibid*.).

Del lado de los factores inestables o cambiantes, podríamos formular una lista interminable. Puede resultar incluso ingenuo querer identificar a unos factores que por su propia naturaleza van a ser sometidos a una revisión constante. A pesar de este hecho, proponemos establecer el origen de este tipo de elementos que forman parte de las representaciones. Primero, debemos considerar la información médica, particularmente aquella proporcionada por los medios. Sabemos que los descubrimientos científicos ligados a la medicina implican siempre una revisión del conocimiento adquirido. Después, están las metáforas que sirven como marco interpretativo de las enfermedades. Como lo ha destacado Sontag (*ibid*.) cada «metaforización» de una enfermedad es el reflejo del espíritu de la época en que se produce. Finalmente, aunque estemos conscientes que la representación social es el resultado de un consenso, no es menos cierto que la experiencia individual condiciona la percepción que podamos tener en relación a la salud y la enfermedad.

Partiendo de estas consideraciones inspiradas por los conceptos referidos a la representación social, proponemos un punto de vista menos lineal de la divulgación sanitaria, en el que las relaciones entre experto, mediador y espectador no implican la dupla sabio/ignorante, sino la interacción de tres niveles de conocimiento: el científico «original», el de la codificación propia del medio y el de la representación social de la salud y la enfermedad. Por otro lado, estos tres niveles se sitúan en un contexto amplio, donde no debemos descuidar las consideraciones de orden político y económico.

#### 4. HACIA UN MODELO EXPLICATIVO DE LA DIVULGACIÓN SANITARIA

El objetivo de la divulgación sanitaria va más allá de la transferencia de conocimientos. De acuerdo con su premisa educativo-preventiva, el efecto buscado por las emisiones consagradas a la salud/enfermedad debería alcanzar al espectador tanto desde el punto de vista cognitivo como conativo. Según Rossiter (*ibid*.) la comunicación puede ser «terapéutica» cuando facilita la

puesta en marcha de otros mecanismos orientados hacia la promoción de la salud: «...Communication is therapeutic in a consumatory way when the communication itself has health-promoting effects...».

La prevención sanitaria en general, y el mensaje «terapéutico» también, consideran que actuando sobre los factores de riesgo, se puede reducir notablemente la aparición de la enfermedad o del accidente. Sin embargo, este punto de vista es criticado en cuanto a su eficacia. Bensaid escribió en este sentido:

«Todo lo que podemos decir, es que un factor de riesgo aumenta en proporciones variables el riesgo que corremos de morir o de caer enfermos. El factor no crea el riesgo (si no sería una causa). Suprimirlo no suprime el riesgo. Ahora bien, esto es lo que insinúan los informadores y aquellos que pretenden informar, como la si la enfermedad, el sufrimiento, la locura, la muerte, fuesen evitables y no formarían simplemente parte de la vida» (citado por Pierret, 1984: .227)

Por otra parte, la perspectiva «preventiva» adoptada por los medios de comunicación tiende a privilegiar los factores individuales que pueden conducir hacia la patología, haciéndose eco de la premisa del «estilo de vida» como principal predictor del estado de salud. Las campañas de prevención del SIDA han demostrado claramente cómo los mensajes ponen el acento sobre los comportamientos individuales más que en los factores sociales o ambientales.

No obstante, los productores de este tipo de emisiones consideran que sus mensajes están en sintonía con la realidad socio-sanitaria de sus auditorios. Según Côté (1983) los productores quebequenses de estos programas declaran guiarse por dos tipos de criterios: o bien los profesionales de la ciencia proponen los temas, o bien la escogencia de los contenidos responde a las preocupaciones de la población. Pero Côté (ibid: 55) observa que la «importancia relativa de los temas responde a un proceso inductivo», es decir a las creencias y presuposiciones de los mismos productores.

Dicho esto, podemos afirmar que el carácter «terapéutico» de la comunicación sanitaria es relativo a las condiciones de producción del mensaje y al contexto social del espectador. Podríamos prever que el grado de empatía entre los contenidos y las expectativas individuales será el desencadenante de un efecto «terapéutico».

Ahora podemos ver más claramente los límites de un esquema de transferencia de conocimiento para explicar la divulgación sanitaria y la relación que se establece entre divulgador y espectador en una emisión consagrada a la salud y la enfermedad. Ciertamente se puede producir una

transferencia de conocimientos, pero creemos que la relación entre los dos extremos de la «cadena» de divulgación se da en términos de confrontación de saberes. El conocimiento sistemático del experto, codificado y transformado por el comunicador, debe alcanzar la representación que el espectador se hace de la salud y la enfermedad.

Habría entonces que considerar que este grado de empatía entre contenido y receptor dependerá de lo que Jacquinet (1977: 67) ha llamado el mensaje implicativo, aquel que «objetiva el hecho de hablar a alguien». En otras palabras, se trata de observar en el discurso la enunciación para de allí desprender

«...la relación que el locutor mantiene con el interlocutor, pero también y correlativamente la actitud del sujeto que habla en relación a su enunciado...» (ibid. p.70)

También debemos considerar que el espectador es en sí mismo un generador de significados, o como lo han señalado Fouquier y Veron (ibid. p.171):

«...cada tipo de lectura opera a partir de una extracción sobre la complejidad potencial del discurso: se focaliza sobre ciertos aspectos más que sobre otros, se articula sobre un espacio ignorando otros, se rechaza el dominio de tal o cual posición de enunciación: cada lectura se «implanta» de una cierta manera en la complejidad del discurso consumido...».

Nuestro modelo explicativo de la divulgación sanitaria no puede olvidar el carácter normativo de los medios en relación a la salud y la enfermedad. A pesar de que el espectador pueda «interpretar» el mensaje, diversos estudios han demostrado que los medios en general y las emisiones televisión en particular representan la fuente de información más importante sobre la salud, después de los médicos (Wallack, 1990).

Resumiendo, podemos establecer que:

\* El conocimiento del experto está sometido a una codificación propia de la televisión, lo que quiere decir que este discurso no se expresa en los términos de la ciencia sino en los del espectáculo televisado.

\* La divulgación sanitaria implica siempre una «confrontación» de saberes; el del experto y el del espectador, este último proveniente de su propia experiencia individual y social. En consecuencia, el reconocimiento del mensaje implica diversos tipos de lecturas.

\* La representación social de la salud y la enfermedad condiciona la

producción y la percepción del mensaje divulgador, porque ella contiene factores que tienden a ser comunes a los diversos grupos sociales y otros que responden a coyunturas particulares de una sociedad situada en un espacio y tiempo precisos.

A partir de estas tres premisas, podemos establecer que una comprensión profunda del discurso de la divulgación sanitaria deberá integrar al destinatario en el análisis bajo una óptica pragmática. Esto quiere decir que la eficacia discursiva de las emisiones dependerá del nivel de asimilación de lo social y lo afectivo en sus contenidos y de las estrategias de implicación empleadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BOUCHARD, A.E. y RENAUD, L.  
1991 *L'écologie de la santé par les médias*. Éditions Agence d'Ar. Montréal
- BURNHAM, J.C.  
1987 *How Superstition Won and Science Lost. Popularizing Science and Health in the United States*. Rutgers University Press. New Brunswick-London
- CÔTÉ, M.  
1983 *Une lecture anthropologique de l'information socio-sanitaire de Radio Canada International*. Memoria presentada a la Facultad de Estudios Superiores, Universidad de Montréal. Montréal
- FOUQUIER, E. y VERON, E.  
1986 «*Les spectacles scientifiques télévisés. Figures de la production et de la réception.*» In La Documentation Française. Paris
- GERBNER, G. Y AL.  
1981a «*Scientists on the TV Screen*» . Society, Nº 18 [4: (132)]: 41-44.  
1981b «*Health and Medecine on Television.*» The New England Journal of Medecine, Nº 15 (305): 901-904.
- HERZLICH, C.  
1969 *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Mouton & Co. Paris
- HORNING, S.  
1990 «*Television's NOVA and the Construction of Scieticific Truth.*» In Critical Studies in Mass Communication, Nº 7 (1): 11-23.
- ILLICH, I.  
1975 *Némesis Médical. L'Expropriation de la Santé*. Éditions du Seuil. Paris
- JACQUINOT, G.  
1977 *Image et pédagogie. Analyse sémiologique du film à intention didactique*. PUF Paris.
- JODELET, D.  
1989 «*Représentations sociales: un domaine en expansion.*» In Jodelet, D. (bajo la dirección de) Les représentations sociales (pp.31-61). PUF. Paris
- LAPLANTINE, F.  
1989 «*Anthropologie des systèmes de représentation de la maladie.*» In Jodelet, D. (bajo la dirección de) Les représentations sociales. PUF. Paris

- MAC LAUGHLIN, J.  
1975 «*The Doctor's Show.*» In Journal of Communication, Nº 25 (3): 36-51
- MEYER, P.  
1990 «*News Media Responsiveness to Public Health.*» In Atkins, C. y Wallack, L. (ed.), Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts (pp. 52-59). Sage Publications. Beverly Hills, CA
- MOSCOVICI, S.  
1984 «*The phenomenon of social representations.*» In Farr, R.M. y Moscovici, S. (eds.) Social representations (pp.3-70). Cambridge University Press - Maison des Sciences de l'Homme. London-Paris  
1989 «*Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire*» . In Jodelet, D. (bajo la dirección de) Les représentations sociales. (pp.62-86) PUF. Paris
- PIERRET, J.  
1984 «*Les significations sociales de la santé: Paris, L'Essone, L'Herault*». In Augé, M. y Herzlich, C. (bajo la dirección de), Le sens du mal. anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. (pp. 217-256) Éditions des archives contemporaines. Paris
- RENAUD, M.  
1981 «*Les réformes québécoise de la santé ou les aventures d'un État «narcissique»*». In Bozzini, L. Renaud, M., Gaucher, D. y Wolff-Llambías, J. Médecine et société. Les années 80. (pp. 513-549). Éditions Cooperatives Albert Saint-Martin. Québec
- ROSSITER, C.M.  
1975 «*Defining «Therapeutic Communication»*». in Journal of Communication, Nº 25 (3): 127-130.
- SCHIELE, B. Y LAROCQUE, G.  
1981 «*Le message vulgarisateur-narrativité et scientificité*». In Communications, Nº 33: 165-187.
- SCHIELE, B. Y BOUCHER, L.  
1989 «*L'exposition scientifique: une manière de représenter la science.*» In Jodelet, D. (bajo la dirección de) Les représentations sociales. (pp. 406-424) PUF. Paris
- SILVERSTONE, R.  
1984 «*Narrative Strategies In Television Science - a Case Study.*» Media, Culture and Society, Nº 6 (4): 377-410.
- SONTAG, S.  
1977 *Illnes as Metaphor*. Farrar, Strauss and Giroux. New York  
1988 *AIDS and Its Metaphors*. Farrar, Strauss and Giroux. New York

- TUROW, J. Y COE, L.

1985 «*Curing Television Ills: The portrayal of Health Care.*» In Journal of Communication. N° 35 (4): 36-51.

- WALLACK, L.

1990 «*Mass Media and Health Promotion: Promise, Problem and Challenge.*» In Atkin, C. y Wallack, L. (ed.) Mass Communication and Public Health. Complexities and Conflicts, (pp. 41-51). Sage Publications. Beverly Hills, CA

- ZOLA, I.K.

1981 «*Culte de la santé et méfaits de la médicalisation.*» In Bozzini, L. Renaud, M. Gaucher, D. y Wolff-Llambías, J. Médecine et société. Les années N° 80, (pp. 31-51). Éditions Cooperatives Albert Saint-Martin. Québec