

El discurso periodístico sobre la salud: lo místico como vehículo de lo espectacular

Por: Isaac Nabón Serfaty()*

Resumen

La comunicación es un componente central de los procesos de reforma de los sistemas públicos de salud, tanto para la consolidación de la legitimidad política y social de las transformaciones planteadas, como en propiciar nuevas actitudes y comportamientos de los ciudadanos ante los servicios de salud. Los resultados obtenidos en este trabajo evidencian que el discurso periodístico tiende a restringir la problemática sanitaria a la atención médico-hospitalaria, ofreciendo una perspectiva de "crisis permanente" centrada en la "actualidad", lo que reduce la complejidad de la problemática.

(*) Director de la Escuela de comunicación Social de la UCAB, durante el período académico 1993-1995, Magister y Candidato a Doctor de la Universidad de Montreal. (Esta investigación se hizo, en parte, gracias a una beca que el autor recibió de la Organización Panamericana de la Salud para iniciar sus referidos estudios en curso).

Abstract: Journalistic Discourse on Health: Mysticism as a Vehicle to Wonders.

Communication is a basic component of the public health system reform process. Communication is fundamental to consolidate the legitimacy of the social and political transformation and to promote people's new attitudes and behaviors in relation to health services. The findings of this study show that the journalistic discourse equates health problem to doctor/hospital services. This situation creates a "kind of permanent crisis", focused on daily issues, which reduces the complexity of the health problem.

El problema de la salud en Venezuela es también un problema de comunicación. No queremos afirmar, por supuesto, que podemos reducir la crisis de la salud a una sola variable, ni que "comunicándonos mejor" vamos a cambiar un sector que necesita transformaciones urgentes. Tampoco queremos dejar la impresión de que cuando hablamos de comunicación nos estamos refiriendo solamente a lo mediático, pues lo interpersonal, grupal e institucional juegan también un papel preponderante en la forma cómo percibimos y hablamos sobre la salud y la enfermedad.

Sin embargo, partimos de la convicción según la cual debemos repensar el papel que le atribuimos a la comunicación en los procesos de transformación institucional. El siguiente artículo pretende ser una contribución a este ejercicio de reflexión. Aquí presentaremos los resultados de una investigación sobre el discurso periodístico sobre la salud en Venezuela, particularmente centrando la atención en el discurso que se refiere a la reforma del sector. Este estudio forma parte de una investigación más amplia, donde se comparan los procesos comunicativos en los procesos de reforma del sector salud en Venezuela y en la provincia canadiense de Quebec.

La primera parte del artículo está dedicada a un breve recorrido de las distintas posiciones teóricas y empíricas sobre las relaciones entre comunicación y salud. Seguidamente, pasaremos a presentar la metodología utilizada en la investigación y los resultados del análisis. Finalmente ofreceremos algunas conclusiones muy generales que, por la naturaleza misma de este trabajo, son todavía provisionales.

Comunicación y salud: un terreno problemático

La definición del campo de la comunicación para la salud requiere la revisión de diversos conceptos ligados a la comunicación interpersonal, organizacional y mediatizada. Cada una de estas dimensiones ofrece un punto de vista distinto a la vez que complementario sobre las relaciones entre comunicación y salud.

Un breve análisis de la literatura consagrada al tema, nos demuestra que el concepto mismo de "comunicación" es raramente problematizado. Pareciera que la noción fuera lo suficientemente transparente y que no necesitase de un cuestionamiento crítico. Esta noción se presenta ya sea como un instrumento de educación para la salud con el fin de instruir a los ciudadanos sobre comportamientos preventivos (PAHO- MHC, 1992; OPS-OMS, 1994), o como un medio de legitimación de las políticas públicas.

Cada una de estas definiciones de la comunicación para la salud vehicula una concepción de lo social y lo político. Como lo señala Sfez (1988: 26) "la comunicación ha invadido metafóricamente al conjunto de las ciencias humanas y las prácticas políticas, sociales, culturales y económicas". Estas concepciones revelan una tensión permanente en las teorizaciones sobre la comunicación que, como lo demuestra Mattelart (1994: 10), se mueven entre la emancipación y el control, entre la transparencia y la opacidad.

Del lado de las concepciones "emancipadoras" de la comunicación para la salud, encontramos una variedad de ideas que retoman los postulados de la modernización y que, en sus versiones más radicales, expresan un "utopismo" que llevan a profetizar la Salud Perfecta (Sfez, 1995). Estas concepciones pueden agruparse bajo la denominación de la "comunicación

terapéutica", aquella que produciría en el público efectos positivos en el marco de la promoción de comportamientos saludables (Rossiter, 1975).

La versión psico-sociológica de la concepción terapéutica está bien representada por la teoría de la comunicación persuasiva de McGuire (1981), la cual establece las etapas por las que tendría que pasar un individuo en el proceso de adopción de un nuevo comportamiento, comportamiento deseado, por supuesto, por un emisor. McGuire considera que tanto los aspectos psicológicos de la recepción (el grado de atención prestada al mensaje, el interés por el contenido, el nivel de comprensión del mismo, etc.) como las características del emisor (credibilidad, codificación, etc.), son determinantes en el proceso de cambio de actitud y de conducta.

En la óptica "modernizadora", debemos mencionar la teoría difusionista de Rogers (1983), traducida por quienes formulan políticas de salud, como el enfoque de la "transferencia de tecnología". Esta teoría describe el proceso por medio del cual una comunidad adopta un nuevo producto o una nueva idea. Según Rogers, los medios masivos representan una "vía rápida" para difundir información al mismo tiempo que influyen en las actitudes del público, particularmente si éste tiene una disposición positiva para aceptar las novedades. Sin embargo, la teoría de Rogers postula que en la etapa de adopción de la novedad, las interacciones interpersonales y grupales resultan decisivas. Esto implica que una estrategia de comunicación para la salud debe considerar tanto la comunicación mediatizada como el nivel interpersonal con el fin de lograr su objetivo de producir el cambio.

Dentro del ámbito "terapéutico" encontramos las teorías que preconizan la participación de los ciudadanos en la gestión de la salud pública. Beltrán (1994) propone que la comunicación para la salud debería movilizar a los ciudadanos con el fin de que ellos mismos tomen control de su salud y de los servicios comunitarios, al mismo tiempo que debería propiciar la aparición de las condiciones estructurales para mejorar la salud de las poblaciones, incluso mejorar su calidad de vida en general.

Del lado de las concepciones que favorecen el estudio de la comunicación como instrumento de control, debemos mencionar antes que nada la obra del pensador francés Michel

Foucault quien en "El nacimiento de la clínica" (1966) demostró cómo la medicina se convierte en acción política en la enunciación misma de un discurso que reglamenta al cuerpo social.

En el terreno de los medios, encontramos diversos estudios sobre los modos de representación de los médicos y de la medicina en la televisión norteamericana. McLaughlin (1975), por ejemplo, ha observado que los médicos en la televisión simbolizan el poder, la autoridad y el conocimiento, al mismo tiempo que demuestran sus habilidades para controlar la vida de los otros. Por su lado Turow y Coe (1985) han constatado este tipo de representación idealizada en diversos géneros de programas (dramáticos, comedias, noticieros, publicidad). Estos autores notaron que este tipo de representación implicaba, en la mayoría de los casos, un distanciamiento frente a la realidad socio-sanitaria. Meyer (1990) determinó que las historias médicas publicadas por los periódicos de los Estados Unidos se reducen a la categoría binaria de miedo y esperanza, presentando los extremos del miedo sin límite a la enfermedad y la confianza ciega en la magia de la medicina.

En este mismo sentido, Gerbner (1981) ha observado que la exposición a los contenidos televisivos ligados a la ciencia y a la salud, producen en el espectador un alto índice de credibilidad en las instituciones (como representantes de la ciencia y de los científicos). Además, este mismo autor demostró que la mayoría del público muestra comportamientos que favorecen una gran confianza en la ciencia médica y una disminución de interés con respecto a los comportamientos preventivos.

Tanto las concepciones "emancipadoras" como los estudios sobre el control y la manipulación, señalan que la comunicación ocupa un lugar central en las representaciones colectivas de la salud y la enfermedad. Herzlich (1969:23) definió la representación social de la salud y la enfermedad como "una elaboración psicológica compleja donde se integran en una imagen significante, la experiencia de cada uno, los valores y las informaciones que circulan en la sociedad". Moscovici (1989:82) ha indicado que las representaciones sociales son al mismo tiempo generadas y adquiridas, por lo que "no son los sustratos los que cuentan, sino las interacciones". Esto quiere decir que la comunicación, ya sea en su vertiente de instrumento de promoción y de prevención, como en su aspecto de control y de reproducción social, actúa constantemente en los modos de representación colectiva de la salud y enfermedad. Es por ello

que los discursos públicos e institucionales son moldeadores de la opinión y tienen, de forma indirecta, una incidencia sobre las expectativas y los comportamientos de los ciudadanos

METODOLOGÍA: un enfoque cualitativo

La metodología utilizada en este estudio es de tipo cualitativa. Su objetivo no es obtener resultados cuantificables que permitan generalizar conclusiones sobre un universo de mensajes, como lo hace el análisis de contenido tradicional. El análisis cualitativo permite describir con detalle cómo funcionan los mecanismos discursivos y, a partir de esta descripción, propone una explicación sobre las características de la enunciación (el hecho de producir un mensaje) y sus posibles consecuencias sobre un auditorio determinado.

El caso concreto que nos ocupa se centra en los discursos públicos sobre la reforma de la salud en Venezuela. El análisis se hizo sobre una muestra de noticias y reportajes publicados en los diarios El Universal y El Nacional desde 02/01/95 hasta 31/07/96. El lapso escogido cubre una serie de eventos significativos que se sucedieron en el sector salud, y que permiten establecer unas categorías de análisis que incluyen una variedad de temas sobre salud que aparecen con regularidad en la prensa venezolana desde, por lo menos, 1979 hasta la fecha (esto se determinó a partir de la revisión de bases de datos periodísticas como Notiexpress y la del diario El Universal, entre otras fuentes).

El modelo de análisis utilizado, que denominaremos interpretativo, parte de la premisa según la cual los discursos públicos sobre la salud siempre, o casi siempre, se valen de dos registros, uno que llamaremos *registro de gestión* y otro que identificaremos como *registro existencial*. El *registro de gestión* es el que se refiere a las actuaciones institucionales, gremiales, administrativas, presupuestarias, legislativas, tecnológicas o médicas. El *registro existencial* se refiere a las vivencias particulares de enfermos y personas, consideradas en general como "ejemplares" (aquéllas que ilustran un comportamiento esperado o a evitar). El registro existencial se produce igualmente cuando de manera abierta se mitifican ciertas prácticas científicas o médicas o cuando se asume un tono de tipo distópico (catastrófico) o utópico (esperanzador).

El modelo del análisis utilizado permite identificar tres componentes del discurso :

- Los *tópicos*, es decir los “argumentos” o “proposiciones” que expresan los enunciados.

Como se verá en la presentación de los resultados, a un tópico puede corresponder un contra-tópico o la “tensión” discursiva puede resolverse por “solución de continuidad”.

- Las *transformaciones narrativas*, es decir las acciones que realizan los actores implicados en los enunciados, los objetivos que quieren alcanzar y las manipulaciones para lograr esos objetivos.

- Los actos *prescriptivos*, es decir cuando el enunciado contiene alguna modalidad que implica “afirmar”, “ordenar”, “sugerir”, o prometer. La presencia de una de estas modalidades denota una toma de posición del locutor con respecto a lo que dice.

Categorías de análisis

El discurso periodístico sobre la reforma del sector salud forma parte de un espectro o dispositivo discursivo más amplio que refiere a distintos temas como la medicina, los hospitales, las instancias gubernamentales, los gremios, las industrias ligadas al área, etc. Para comprender el verdadero alcance de los discursos periodísticos sobre la reforma, es necesario analizar las características generales del dispositivo (que trata sobre la salud como asunto de interés público). Cada uno de los temas que integran este dispositivo están relacionados, a veces de manera directa y abierta, y otras de forma indirecta.

La necesidad de describir el dispositivo en general antes de detenernos en el discurso sobre la reforma en particular, nos obliga a realizar una categorización temática. Esta categorización parte de la muestra de informaciones utilizada. En el período estudiado observamos la siguientes categorías:

- *Crisis hospitalarias*: cierre general de hospitales o de dependencias de los mismos (emergencias, consultas, laboratorios, etc). Pueden ser hospitales dependientes del Ministerio de Sanidad (*MSAS*), del Seguro Social (*IVSS*) o de la Gobernación de Caracas (*GDF*). Igualmente se incluyen noticias sobre clínicas privadas.

• *Crisis Gremiales y Políticas:* huelgas, paros o reclamos de médicos o empleados del MSAS, IVSS o dependencias asistenciales de la GDF. Igualmente, destitución o interpelación de un funcionario.

• *Crisis de Medicamentos:* escasez o aumento de precios de medicamentos en general.

• *Salud pública:* anuncios sobre epidemias, indicadores sanitarios, planes de saneamiento, de vacunación y atención de pacientes renales.

• *Reforma:* cambios estructurales en el MSAS, descentralización, inversiones en el sector (préstamos de los organismos multilaterales), autogestión hospitalaria.

Como se notará tres de las cinco categorías llevan la denominación de "crisis". Esto lo hemos hecho para significar que estos tres temas están íntimamente entrelazados y que existe una constante resonancia entre uno y otro. El siguiente recuadro ilustra bien lo que queremos decir.

Recuadro N° 1

CRISIS GREMIAL:	CRISIS HOSPITALARIA:	CRISIS MEDICAMENTOS:
"200 hospitales cierran por huelga médica" (24/08/95)	"Inminente cierre de hospitales por falta de recursos financieros" (18/08/95).	"El MSAS no distribuye a tiempo medicamentos" (24/08/95)

No es necesario que exista una continuidad en las fechas de aparición de las informaciones para que se dé la resonancia entre las tres categorías. Pero, como lo indican las tres noticias, el discurso periodístico expresa un estado de carencia o ausencia de atención asistencial y de los recursos necesarios para atacar la enfermedad, ya sea por que no hay dinero para pagar los reclamos de los médicos o para costear los insumos hospitalarios, o porque el Estado no "facilita" los recursos cuando éstos existen. Como lo veremos más adelante en el análisis narrativo, el estado de carencia de asistencia médico-hospitalaria es una de las constantes del discurso periodístico.

Es evidente que en las otras dos categorías se puede expresar un estado de crisis. Sin embargo, en la forma en que el discurso periodístico tiende a abordar los temas de la reforma o de la salud pública (a excepción del tema de los pacientes renales), no parece haber siempre resonancia entre las carencias asistenciales y ciertos eventos sanitarios o ciertas decisiones políticas (ver siguiente recuadro).

Recuadro N°2

SALUD PÚBLICA:	REFORMA:
"Defensa y Sanidad se unen en lucha contra el dengue" (18/07/95)	"Descentralización eliminará problemas del sector salud" (23/05/95)

Estos dos titulares reflejan bastante bien una tendencia en la forma de abordar estos temas. En el caso de las epidemias, el MSAS aparece cumpliendo su función de organismo de control, información y erradicación (un papel eminentemente positivo). Con respecto a la reforma, se trata de informar sobre actos administrativos y políticos desconectados a las "vivencias reales"(casi siempre negativas) de los ciudadanos con respecto al sistema de salud.

Tópicos y contra-tópicos

El análisis de los tópicos, como ya lo dijimos, permitirá aproximarnos a los principales argumentos o proposiciones de los distintos actores que aparecen en el dispositivo discursivo sobre la salud. Veremos cómo en cada una de las categorías temáticas, aparecen estas tensiones y cómo a veces tienden a resolverse (en términos discursivos) con la aparición de tópicos que representan una "solución de continuidad".

El recuadro 3 ilustra cómo se representan un tópico y su contra-tópico. Normalmente, existe proximidad temporal en la producción de los dos enunciados (un actor responde a otro, por ejemplo), pero no siempre sucede así.

Recuadro N°3

TÓPICO:	CONTRA-TÓPICO:
"Médicos y docentes decretan paros a nivel nacional" (05/04/95)	"SAS considera irresponsable anunciar paros médicos" (04/04/95)

A veces, el contraste tópico - contratópico no se realiza por una continuidad inmediata entre los dos enunciados, ni desde el punto de vista temporal ni como una contra-argumentación directa. Así lo demuestran los enunciados del próximo recuadro.

Recuadro N° 4

TÓPICO:	CONTRA-TÓPICO:
"Falta de insumos paraliza al hospital Miguel Pérez Carreño" (29/05/96)	"Sanidad racionalizará gastos de personal hospitalario" (05/06/96)

En ambos enunciados la "causalidad" es puesta en "objetos" distintos. En el tópico es la falta de insumos lo que produciría el estado de carencia en la asistencia, mientras que en el contra-tópico la ineficacia en el gasto es el que produciría el mismo estado de "desposesión".

Esto no quiere decir, sin embargo, que el discurso exprese siempre una posición de "rivalidad" en términos discursivos. A un tópico no siempre le sucede un contra-tópico. En ocasiones se da una "solución de continuidad" que en apariencia resuelve la tensión.

Recuadro N° 5

TÓPICO:	SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD:	CONTRA-TÓPICO:
"Sanidad presentó plan nacional contra el dengue" (02/02/95)	"Sanidad controló el dengue en dos semanas" (15/03/95)	"Sanidad alerta epidemia de dengue en el país" (22/06/95)

Esta secuencia es común en el discurso periodístico sobre la salud. De manera cíclica se repiten situaciones en las que frente a ciertos anuncios parecen darse soluciones discursivas, para al poco tiempo reaparecer - como la negación de la solución anterior. Las sucesivas crisis asistenciales originan enunciados de este tipo, como lo ilustra el siguiente recuadro:

Recuadro N° 6

TÓPICO:	SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD:	CONTRA-TÓPICO:
"Gobierno en emergencia por crisis en hospitales" (23/05/95)	"SAS invertirá 210 millones para mejorar hospitales de Caracas" (07/06/95)	"Veintidos años sin renovar equipos tiene hospital de Los Magallanes" (07/12/95)

La noción de reforma y las distintas propuestas en este sentido también generan tópicos en el discurso periodístico, pero con mucho menos intensidad y frecuencia que aquéllos que se refieren a las crisis de distinto orden. En ocasiones, los tópicos enmarcados dentro de la noción de reforma del sector parecieran dar respuesta a otros que se producen en el transcurrir de las carencias asistenciales. Es el caso del siguiente enunciado: "Hospitales toman 80% del presupuesto del MSAS" (13/01/95).

Los principales tópicos sobre los cambios en el sector salud que identificamos durante el período estudiado, son los siguientes:

Recuadro N° 7

TÓPICOS SOBRE LA REFORMA

"Préstamo del Banco Mundial para la reforma del servicio de salud es de 108 millones de dólares"	(16/01/95)
"Descentralización eliminará problemas del sector salud"	(22/05/95)
"Más de dos millones de dólares invertirá el Estado"	(14/08/95)
"Gobierno estudia cobrar servicios de salud"	(13/11/95)
"Sólo quedarán mil empleados en el MSAS"	(05/01/96)
"Ley de Sanidad Nacional es obsoleta"	(27/02/96)
"Reducirán a 60% nómina de MSAS"	(12/06/96)
"Iniciada transferencia de hospitales en el D.F."	(21/06/96)

El "retrato" de la reforma que se podría pintar a partir de estos tópicos es el siguiente: es un proceso de descentralización de hospitales y ambulatorios, auspiciado por el Banco Mundial (y otros organismos multilaterales de crédito), que implicará una reducción de personal en el MSAS, una reforma de la Ley de Sanidad (y otras relacionadas) y el cobro de los servicios a la población. En el análisis narrativo, observaremos con más detalles como estos tópicos integran actores y fines en un modo que consideramos limitado desde un punto de vista retórico, pero esto será materia de la próxima sección.

Algunos de estos tópicos generan un contra-tópico. Por ejemplo, el proceso de descentralización es denunciado como inconstitucional o el cobro de los servicios como "privatización de los servicios" ("Por conducir a privatización de la salud / Los procesos de descentralización del MSAS son anticonstitucionales", *El Nacional* (10/04/96). No es necesario,

sin embargo, que se produzcan los enunciados para identificar un contra-discurso que se opone al de la reforma. En este sentido vale la pena notar el efecto de "isotopía" que todo tópico genera. Todo argumento incluye en cierta medida su contra-argumento, lo que posiciona en la esfera pública a los actores con respecto a los cambios propuestos. El argumento de la excesiva burocratización (expresado con el anuncio de recortes de personal, por ejemplo) es muy probable que genere, como de hecho lo hace, las respectivas denuncias de los gremios. Lo mismo sucede con el hecho de que los fondos que financian el proceso provengan de instituciones multilaterales, lo que propiciará los discursos anti-tecnocráticos o anti-intervencionistas.

El "efecto agenda" y la "espiral del silencio"

Los tópicos y contra-tópicos que recogen los enunciados de la prensa sobre el sector salud, contribuyen a generar y consolidar la agenda pública. Este fenómeno, conocido como "agenda setting" en la literatura de la sociología de la comunicación, implica una concentración de la atención pública en ciertos temas, lo que no quiere decir que el público termine pensando lo que la prensa le propone, pero sí pensando en los temas que la prensa destaca. A este efecto le acompaña otro conocido como la "espiral del silencio", según el cual los medios tienen la capacidad de generar ilusiones de consenso, opacando las opiniones que no expresan lo que supuestamente piensa la "mayoría".

El discurso periodístico en torno a la salud y a la reforma del sector contribuye notablemente a generar estos dos tipos de efectos. Una primera observación nos permite deducir que la agenda pública sobre salud se centra en el hospital y en instituciones públicas como el MSAS y el IVSS. El discurso presenta con un alta frecuencia a la atención médica como condición para la salud. Incluso, el discurso sobre la reforma, que en principio quisiera ser un discurso alternativo frente al perpetuo discurso de la crisis, se concentra en los mismos factores. Según esta agenda, la crisis comienza en los hospitales y ella se soluciona en los hospitales, incluyendo todo el aparato médico e institucional que ello implica.

Este discurso tiende, en el tono consensual que proyecta, a dejar fuera o a minimizar otros elementos que intervienen en la configuración de la agenda pública sobre la salud. La medicina preventiva, la promoción social, la atención ambulatoria, la medicina familiar, los factores que inciden en la salud pública (alimentación, hábitos de vida, condiciones higiénico-sanitarias, violencia), aparecen con mucho menos frecuencia referidos en el discurso periodístico y, por supuesto, tienden a ser menos espectaculares que el cierre de un hospital o el drama de los pacientes. La espiral del silencio se constata justamente en la omisiones del discurso periodístico o en la "inflación" que ciertos tópicos reciben. El próximo ejercicio analítico, consagrado a las transformaciones narrativas, nos permitirá profundizar en este sentido.

Las transformaciones narrativas

El discurso periodístico tiene algunas características que le son propias y que trascienden los temas específicos que en un momento determinado trata. Sabemos que es un discurso centrado en la actualidad, con poca capacidad de memoria o con una capacidad limitada de memoria. Es un discurso condicionado por la variedad, es decir por la necesidad de tratar múltiples asuntos en el marco de una misma "sección". Es por ello que bajo la rúbrica "salud" podemos encontrar temas tan variados como la epidemia de dengue, el último descubrimiento contra el sida, consejos dietéticos, notas sobre medicina china y el cierre de un hospital público.

Pese a esta variedad y a su "corta memoria", el discurso periodístico sobre la salud está condicionado por ciertas características que tienden a ser constitutivas de sus formas de enunciación. Como ya dijimos en la presentación de la metodología, este discurso se expresa en dos registros: el de gestión y el existencial. En ambos registros podremos observar una serie de transformaciones que implican estados, sujetos y fines a alcanzar. A veces, estas transformaciones se hacen con un tono mítico, que nos encargaremos de explicar en su momento.

Como dijimos en el análisis de los tópicos, la crisis en torno a los hospitales tiende a acaparar el discurso periodístico. Generalmente, el discurso establece claramente quienes son

los sujetos y quienes son los anti-sujetos de la historia que está relatando. El siguiente titular ilustra esta situación :

“Contrario a la reapertura anunciada por Sanidad / El hospital José Gregorio Hernández continúa cerrado”(El Universal, 20/06/96; 2-18).

El ministerio es colocado en la posición del anti-sujeto , pues no dice la verdad. El hospital es el sujeto; como confirma el texto de la noticia es el hospital el que sufre las consecuencias de la ineficacia burocrática. Según dice el texto, el hospital continúa cerrado pues el “*problema coyuntural*” por la falta de aire acondicionado aún no ha sido solucionado” (subrayamos nosotros). Lo coyuntural reaparece con frecuencia como causalidad de un estado de desposesión o de carencia. Más allá de que la actualidad sea la razón de ser de este discurso, la referencia a lo coyuntural forma parte de cierto reduccionismo que le es propio, y que se concentra en lo asistencial como condición de la salud.

Más adelante, se relata que el gremio médico acudió a un tribunal para determinar que “...el hospital abierto era más peligroso para los pacientes, a que cerrase ...”. Esta aparente paradoja no es tal. En todo caso, el hospital es sujeto y anti-sujeto al mismo tiempo; él reuniría todas las virtudes y todos los males. El hospital es el “gran lugar” de la salud y la enfermedad.

En un momento determinado, el relato periodístico desplaza al hospital como sujeto, centrando la atención en los médicos, que como lo veremos en el transcurso del análisis, adquieren características míticas. Por ejemplo, el periodista cuenta: “...*los galenos* denuncian las constantes agresiones físicas de las que eran *víctimas* por parte de los *pacientes y familiares*, al no poder prestar el servicio adecuado. Incluso plantearon la posibilidad de militarizar el hospital...”.

La solución al “problema coyuntural” se plantea en esta noticia, como en muchas otras, en función del dinero que hace falta para dotaciones. El dinero es el objeto modal que permite acceder al objeto de valor, es decir a la reapertura del hospital, que representa el fin último a alcanzar. Hablamos de objeto modal cuando identificamos las circunstancias o recursos que permiten o facilitan el pasaje de un estado a otro (de carencia a obtención, o viceversa), ya sea porque proveen conocimiento o poder.

En el relato que nos ocupa el objeto modal, se introduce como una acción del poder ("*...El Ministerio de Sanidad ha invertido* alrededor de 35 millones de bolívares, suma que ascendería a 110 millones con la compra de un nuevo aparato de aire acondicionado central...") o como una acción del propio sujeto ("*Asimismo el hospital adquirió* un equipo auxiliar para el área de suministro...").

Es interesante constatar que en el reportaje se cita una declaración del jefe de Emergencia del Hospital quien señala: "Debe quedar la expectativa de modificar estructuralmente el hospital ... no admite el modelo que se viene repitiendo con cada crisis, de inyectarle dinero, que va a un saco roto, dinero que se dilapida...". Este tipo de señalamientos tiende a ser excepcional cuando se relata el cierre de algún centro asistencial.

Los ciudadanos son presentados, generalmente, en una situación pasiva como destinatarios de las acciones que adelantan los sujetos y los anti-sujetos institucionales. El titular que sigue lo demuestra claramente:

"Ahora es servicio autónomo / Hospitalizados esperan sentados en el Vargas por falta de camas" (*El Universal*, 19/06/96, 2-20).

Frente al estado de "postración" de los hospitalizados, evidentemente pasivo, contrasta la posición de los médicos residentes, quienes asumen el papel de sujeto heroico en el relato periodístico, que pasa del registro de gestión (la referencia irónica al "Servicio autónomo") al registro existencial. Así dice el relato periodístico: "*... La impotencia de los médicos residentes hacía explosión* en denuncias atropelladas y en el anuncio desesperado de que *esos pacientes corrían peligro de muerte...*" O más adelante: "*...Los rostros de los pacientes en la larga hilera, entre ellos un joven con un coma diabético y un señor mayor pre-infartado, lucía toda la gama del dolor, impotencia, pesadumbre y hasta incomprensible impasibilidad...*"

En diversas ocasiones, el discurso periodístico asigna al hospital el papel de sujeto activo, siendo el centro asistencial en sí mismo (y no los pacientes, por ejemplo) el que sufre las consecuencias de la negligencia o de la ineficacia del estado. Los dos titulares que siguen demuestran este efecto de enunciación:

"Insumos y agua brillan por su ausencia/ El "Pérez Carreño" sucumbe ante carencias" (El Nacional 17/05/96 C/2).

"Advierte su director.../ Hospital de los Magallanes no aguanta dos semanas más" (Ibid)

En la nota sobre el hospital de los Magallanes, la periodista reporta el siguiente diálogo con el director de la institución:

(Periodista)- *El hospital se ha visto involucrado en hechos cuestionables, como la muerte de un niño por la picada de un alacrán.*

(Director)- *El hospital no. Personal del hospital. Y si hay culpa, es responsabilidad del médico, no del director o del Ministro de Sanidad."*

El diálogo demuestra que el efecto de "personalización" del hospital (como "centro dispensador de salud" ", calificación corriente en este discurso) tiende a desdibujar las responsabilidades de los verdaderos actores del sistema.

Siendo el hospital un auténtico *objeto de valor*, casi fin último a alcanzar, en el relato que los medios nos ofrecen sobre la salud y la enfermedad, es evidente que la ausencia o la ineficacia del hospital produce enunciados de corte "distópico", casi catastróficos, como los que siguen:

"La institución del IVSS que ya colapsó /En la Maternidad de Santa Ana se pare con dolor" (El Universal 23/02/96, 1-16).

"Si persiste la emergencia en el Distrito Sanitario N°2 /Un millón 500 mil personas no contarían con asistencia médica" (El Nacional 08/02/96 C/2).

Fuera del tópico de la crisis hospitalaria la medicina aparece con frecuencia retratada como una actividad casi "mágica". Sucede, por ejemplo, cuando se presentan los descubrimientos científicos. Los calificativos utilizados por el periodista para describir el trabajo de unos investigadores venezolanos "Detectado en Venezuela virus de hepatitis G", El Nacional, 14/06/96 C/2) demuestra el alcance de estas florituras enunciativas que llamamos *codificación mítica*. Así lo indican los siguientes enunciados:

“Cazadores Implacables” (los investigadores)

“Admite la investigadora que, debido a que el espía que lo descubre es muy costoso...”

“*La magia* de la PCR permitió rastrear al microbio en apenas dos mililitros de sangre...”

“*El alma del Kit* se basa en la fusión de las células de ratones con hepatitis, y células cancerígenas (las que poseen *el don de la inmortalidad*, y pueden crecer al infinito)...”

Existe en el discurso periodístico una fuente de tensión entre los avances de la ciencia y la ineficiencia institucional o burocrática. Pareciera que los dos mundos tienden a ser irreconciliables, siendo siempre el médico quien actúa como sujeto y el polo institucional como anti-sujeto. En la misma página C/2 de El Nacional del 28/11/95 se pudieron leer, uno al lado del otro, los siguientes titulares:

“Residentes del Hospital Pérez de León *juegan a ser dioses*”

“Con órganos de dos donantes realizaron siete trasplantes en hospitales de Caracas”...

Una primera lectura podría hacer creer que existe una contradicción entre ambos titulares. Por un lado, en un hospital público los médicos hacen lo que pueden o incluso más de lo que pueden, para sobreponerse a la falta de recursos. Por el otro los médicos de otros hospitales (también públicos) realizan “milagros” salvando vidas aplicando técnicas avanzadas de trasplante de órganos. Creemos, sin embargo, que ambos titulares expresan una misma lógica en la que el hospital y el médico se han convertido en el centro de referencia de la salud pública. Una lógica que además le atribuye al quehacer médico-hospitalario cierto don de infalibilidad, el cual falla como consecuencia de las intervenciones o de las omisiones de una burocracia estatal.

En el sumario de la noticia sobre los residentes del Pérez de León, el periodista escribe: “...Los médicos señalan que se impone el cierre definitivo de las puertas de este centro asistencial con 37 años de historia signada por la crisis”. Antes habíamos afirmado que la memoria del discurso periodístico es limitada. Lo que sucede es que este discurso solo evoca la memoria “colectiva” con el fin de reforzar sus premisas de base. La historia reciente del sector, según lo expresan varios enunciados observados, sería una suerte de crisis permanente o de acumulación de crisis.

En medio de este discurso que mitifica la acción de la medicina, que se centra en el hospital y que dibuja una historia de "crisis perpetua" en el sector de la salud, surge el discurso periodístico sobre la reforma. Como ya lo vimos en el análisis de los tópicos, este discurso se identifica con ciertos elementos temáticos que son recurrentes. En el análisis narrativo podemos observar que los actores son prácticamente los mismos que en el discurso general, produciéndose iguales efectos enunciativos de personalización del hospital como centro alrededor del cual giran las iniciativas de salud pública. Sin embargo, los *objetos modales* (aquellos que habilitan la acción) y los objetos de valor (los fines a alcanzar) parecieran cambiar, en la medida en que la reforma se percibe como una acción orientada a lograr la eficiencia en el servicio y en el manejo de los recursos financieros.

La autogestión hospitalaria aparece como uno de los objetos modales que posibilita la transformación del estado de ineficacia que prevalece en los centros asistenciales. Un reportaje a página completa publicado en *El Nacional* resume bien las características que asume el relato periodístico sobre el cambio. De entrada, el título pone en el tapete un tópico que contiene en sí mismo su contra-tópico: "La otra Cara de los hospitales" (12/06/96 C/D). El sujeto sigue siendo el hospital, pero en cierta medida es el anti-sujeto al mismo tiempo, reflejando la recurrente paradoja de que un centro de salud es también un "centro enfermo".

En el sumario se señala que "Pese al desastre administrativo y operativo que afecta a la mayoría de los centros asistenciales del país, *muchos servicios médicos se las han ingeniado para continuar prestando un servicio eficiente*. La idea es no paralizar las actividades por falta de presupuesto, *sino buscar sus propias fuentes de financiamiento y manejar ellos mismos los recursos*". El objeto de valor es la "eficiencia" en sí misma, que desplaza a la salud como fin último. En cambio, la gestión del dinero sigue apareciendo en el discurso como habilitador del cambio. Esto se hace más evidente cuando se introduce en el relato periodístico la referencia del servicio privado como parámetro por excelencia:

"...en el *golpeado* — aún hoy permanece cerrado — Hospital José Gregorio Hernández... el laboratorio *no tiene nada que envidiarle al de una clínica privada*"

La posición del ciudadano sigue siendo pasiva en este discurso que supuestamente presenta el cambio. El ciudadano es quien paga, dentro de la lógica de recuperación de costos,

pero es alguien que debe ser persuadido para que comprenda las bondades del sistema propuesto. Así lo deja ver este diálogo entre el periodista y un médico:

-¿Los pacientes aceptan que tienen que pagar?

-"Ha sido difícil pero los *bemos ido educando...*"

Más adelante, un médico refuerza esta visión asimétrica de la relación médico-paciente con la siguiente afirmación : "...la gente que viene del barrio *se baña y se arregla para estar presentables...*". Y este discurso, por supuesto, no puede dejar de mitificar la labor médica, como lo indica el siguiente enunciado : "...*En el Hospital de Catia se han desarrollado técnicas que se han enseñado hasta en la Universidad de Harvard ...*"

En todo caso, el discurso sobre la reforma va dejando perfilar en distintas instancias enunciativas una racionalidad económico - sanitaria en la que se prescribe un equilibrio entre el Estado y el mercado. Es el sentido de una afirmación de un médico en el mencionado reportaje:

"Nosotros podemos ofrecer estos precios porque el Ministerio de Sanidad nos paga el sueldo, la electricidad y el teléfono, mientras que los laboratorios privados deben cubrir estos costos..."

Como todo relato, el de la autogestión requiere de un anti-sujeto bien identificado que obstaculiza las transformaciones necesarias para lograr un servicio eficiente. En un recuadro titulado "Trabas a la eficiencia", el periodista escribe:

"Aunque resulte insólito, la mayoría de estos servicios modelo ha enfrentado algunos obstáculos para funcionar, precisamente de *"quienes no han sabido gerenciar la salud"*

En la configuración de este discurso sobre la reforma, la idea del derecho a la salud, que con frecuencia se cita como un derecho constitucional burlado, va desapareciendo como noción central, para dejar paso a nociones como la "solidaridad" o incluso la "caridad". La recuperación de costos es presentada a veces como la manera de lograr que los que pueden pagar financien los servicios de los que pueden pagar. En una nota sobre el tema se dice por ejemplo:

"la Agenda de la Salud 96 propone"...*el cobro a cambio del servicio a través de los "intermediarios financieros"*; alternativa que parte del siguiente supuesto: ochenta por ciento de la población está asegurada "... (El Nacional, 11/06/96 C/2)

El discurso sobre la reforma genera un programa narrativo donde se pretende vislumbrar un porvenir, incluso formular una promesa. Es decir, la transformación de estado que propone este programa narrativo es virtual, es algo a realizarse en el tiempo. En general, observamos que en la forma en que el discurso periodístico codifica lo que los actores institucionales tienen que decir sobre el cambio, aparecen con mucho mayor claridad los *cómo* acceder la transformación que los fines últimos a alcanzar con ésta transformación. Por ejemplo, una noticia que recoge las conclusiones del VIII Congreso Venezolano de Salud Pública lleva el siguiente titular:

"Cambia su nombre /MSAS será Ministerio de la Salud" (El Universal 01/03/96).

Como se apreciará la promesa detrás de este enunciado es bastante limitada, no es más que un acto nominal. Incluso cuando el texto especifica algunas características de la reforma, éstas resultan bastante vagas:

"...después de cuatro días durante los cuales el sector se hizo un descarnado autoanálisis que arrojó como conclusión que el proceso de descentralización no se ha desarrollado como debiera dada su carencia de credibilidad, la resistencia al cambio, excesivo personal pasivo y laboral y carencia de recursos humanos capacitados..."

El discurso sobre la reforma es más preciso, por lo menos en su expresión mediatizada, cuando se refiere a la reducción de la burocracia y a los recursos para financiar la transformación. En una nota que recoge declaraciones del Coordinador del Proyecto Salud, se destaca el siguiente titular:

"Solo quedarán mil empleados en nómina del MSAS" (El Nacional 05/01/96,C/2)".

En el texto se precisan los montos de los préstamos que se recibirán del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, volviendo a aparecer el dinero como objeto modal por excelencia que habilita el pasaje de un estado a otro. Sin embargo, resulta pertinente destacar

que como en toda construcción narrativa aparece el anti-sujeto al cual se le puede atribuir el estado negativo en el que se encuentra el sujeto. En el programa narrativo que anuncia (la transformación del sistema el obstáculo aparece claramente identificado la burocracia), pero el sujeto y el objeto final de la reforma, o sea, quién y con que fin se realiza ésta, resultan un tanto desdibujados. Esto se puede explicar, por la necesidad que tiene el discurso periodístico de identificar culpables, una práctica usual en el llamado "periodismo de denuncia".

Los actos prescriptivos

Este nivel del análisis nos permite dar cuenta de una característica del proceso de enunciación que está relacionada con la acción. Es común escuchar aquello de que "una cosa es lo que se dice y otra es la que se hace", o que "eso es puro discurso". La lingüística y la filosofía del lenguaje han demostrado que en el discurso está muchas veces implícita la acción y que la acción humana no puede explicarse satisfactoriamente si no se toma en cuenta el discurso.

Como en los dos niveles de análisis anteriores, los modos de enunciación están fuertemente condicionados por la codificación periodística. En buena medida, podemos decir que los actos prescriptivos tal como los recogemos aquí son producto de un proceso de filtraje y transformación. Ellos expresan los enunciados ejecutados por sus locutores, pero teniendo en cuenta que los estamos leyendo después de que pasaron por el tamiz del medio que los difunde.

Cuando hablamos de actos prescriptivos, es de primera importancia determinar quién emite el enunciado. En el caso de los cambios institucionales, resulta imprescindible identificar los enunciados prescriptivos que vienen de la primera autoridad de la organización. En una larga entrevista que le hicieran al Ministro de Sanidad (El Universal 05/06/96) encontramos diversas variedades de actos prescriptivos que pasaremos a analizar.

Primero, está el titular que de entrada ya contiene una fuerza prescriptiva:

"Se acabó la gratuidad en los hospitales"

Es evidente que la frase es el resultado de una lectura particular que hizo el periodista de una de las declaraciones del ministro. Sin embargo, el enunciado recoge el espíritu del contenido de una de las respuestas del jefe del despacho de Sanidad, es decir que el Estado solo no puede seguir financiando la red de atención asistencial. Pero el verbo “se acabó” expresa una orden, en el sentido de que de ahora en adelante, por decisión del Estado, habrá que pagar para recibir atención médica. La frase admite otra interpretación; simplemente el ministro no hace otra cosa que constatar una realidad; la gratuidad es algo que se acabó desde hace algún tiempo.

Sin embargo, los actos prescriptivos no resultan tan claros siempre. En la misma entrevista podemos ver como frente a una pregunta y una repregunta los modos de enunciación varían, indicando distintos grados de compromiso con la acción anunciada:

(el periodista) - Para que las cosas funcionen, ¿qué porcentaje del personal debe salir?

(el ministro) - *Hay que salir*, aproximadamente, de la mitad.

(el periodista) - ¿Esto significa cuántas personas?

(el ministro) - En el edificio central del Ministerio, por ejemplo, *debemos reducir* la nómina de cinco mil a mil funcionarios. Igual en el Seguro Social...”

Primero, constatamos una diferencia entre “hay que salir” y “debemos reducir”, ya que en la primera modalidad no resulta evidente quién tomará la decisión, mientras que en la segunda el “debemos” se identifica con el actor que toma decisión. Sin embargo, en ambas modalidades el objetivo a lograr está expresado en forma virtual, es decir, es algo que “debemos hacer”, lo que es distinto que es algo que “hacemos” o que “estamos haciendo”.

Al final de la entrevista, una respuesta del ministro revela de nuevo esta doble modalidad enunciativa.

(el periodista)- Entonces, ¿no continuarán muriendo de mengua los venezolanos a las puertas de los hospitales?

(el ministro) - Eso es lo que *deseamos*. Y esa es *nuestra obligación*”

La primera frase de la respuesta expresa la misma impresión que el "hay que", en el sentido en que no se establece claramente una relación entre el deseo del locutor y la acción a ejecutar. En la segunda frase esta relación se hace más evidente, pues se pasa del nivel del querer al deber, lo que adquiere mayor fuerza con la presencia del pronombre "nosotros".

Estos modos de enunciación tienden a ser recurrentes en las declaraciones que recogen los medios sobre la reforma. El coordinador del Proyecto Salud, en entrevista publicada en El Nacional (05/01/96 C/2), expresó lo siguiente:

"El gobierno debe darle prioridad al sector asistencial"

"El ministerio del futuro debe estar dedicado a la supervisión y evaluación de las políticas de salud y al diseño de las normas indispensables para el área..."

El modo de enunciación en estas dos frases implica un distanciamiento del locutor con respecto a las proposiciones expresadas. El deber ser corresponde a un sujeto institucional en ambos casos, que resulta abstracto desde el punto de vista de la acción. Esta modalidad la encontramos también cuando los locutores se refieren a situaciones de salud pública. Así lo expresa el siguiente titular:

"Advierte director de Saneamiento- MSAS/ El cólera ingresará al país en cualquier momento" (El Nacional, 01/03/96 C/2)

El acto que se cumple en el enunciado es el de simple constatación de un hecho, además de que se le asigna a la enfermedad una cierta autonomía de acción ("el cólera ingresará"), como si la propagación de la misma no dependiera de una serie de condiciones ambientales, sociales y de comportamientos individuales. La enfermedad, como lo indica también el enunciado, viene de afuera, del "otro", quien es identificado muchas veces como culpable en los discursos sobre la salud. Más adelante, en el texto de la información, un diálogo entre el periodista y el Director de Saneamiento revela de nuevo la imprecisión del locutor con respecto a la acción a seguir:

"(el periodista)-¿Qué va a pasar este año con la encefalitis?

(el director)- Todavía hay transmisión. *Es probable que no haya epidemia si se vacuna más del 80 por ciento de la población*".

El acto prescriptivo expresado en la respuesta es débil. No hay afirmación directa, sino especulación sobre posibilidades. De nuevo se considera a la enfermedad como si fuera autónoma en su propagación y como si las autoridades no pudieran hacer otra cosa que constatar los hechos. En general podemos afirmar que los enunciados que recoge la prensa sobre el sector salud tienden a ser vagos con respecto al grado de compromiso de los locutores en relación a lo que constatan o proponen.

Conclusiones

Cuando se comparan los discursos periodístico e institucional en torno a la reforma del sector salud en Venezuela, la primera conclusión que salta a la vista es que existe un distanciamiento importante entre ambos. Mientras que el discurso institucional sobre los cambios ha evolucionado hacia una concepción menos medicalizada de la salud pública (ver Walter, 1995), el discurso periodístico está anclado, por lo menos en su rostro más espectacular y a veces amarillista, en la atención médico-hospitalaria como paradigma.

Los dos discursos responden, en cierto momento, a lógicas diferentes, por lo que sería iluso pensar que uno podría ser el calco del otro. La racionalidad mediática, condicionada por los criterios de actualidad, variedad e impacto, necesita de víctimas, victimarios, héroes y anti-héroes para generar sus mitos cotidianos. Es por ello que el discurso periodístico reproduce con facilidad el esquema de salud que ha imperado en el país, siendo a veces simple reflejo de un sistema orientado hacia lo curativo y que descuida la promoción y la prevención sanitaria. El "drama" de la salud es más fácil de reproducir desde el relato médico - tecnológico que desde la perspectiva "totalizante" que el discurso institucional presenta.

En buena parte, es en esta dinámica narrativa donde reside la eficacia retórica del discurso periodístico. Desde una posición enunciativa privilegiada, dada por la legitimidad que los medios de comunicación han adquirido en los últimos años en la sociedad venezolana, los medios logran centrar las percepciones públicas en un cuadro simplificador de la realidad pero muy "convinciente" en cuanto al diagnóstico que establece y a las soluciones que vislumbra.

Según el discurso periodístico la salud del venezolano se habría deteriorado porque los hospitales no funcionan y la situación se "arreglaría" cuando los hospitales funcionen.

No se puede, sin embargo, atribuir este condicionamiento del discurso mediático solamente a la propia lógica que rige la producción y la difusión de la información periodística. Los medios son también factores en el juego de intereses que rodea el proceso que vive el sector salud en el país. Si los medios son reproductores sociales de una situación injusta e ineficaz, lo son también como reflejo de un contexto específico.

Bibliografía

- BELTRÁN, L.R. (1994) La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes. UNESCO- O.P.S. *Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina*. Quito, Ecuador:29-90.
- Dirección General Sectorial de Salud- MSAS (DGSS-MSAS) (1996) *Políticas para transformar el sector salud. Una propuesta para la discusión*. MSAS: Caracas, Venezuela.
- El Universal, Caracas, Venezuela (del 02/01/1995 al 31/07/1996)
- El Nacional, Caracas, Venezuela (del 02/01/1995 al 31/07/1996)
- Foucault, M. (1966) *La naissance de la clinique*. Paris: Presses
- Gerbner, G.et al.(1981) Health and Medecine on Television. *The New England Journal of Medecine*, 15 (305): 901 - 904.
- HERZLICH, C. (1969) *Santé et maladie, analyse d'une représéntracion social*.
- PARIS : M.H.(1996) *La reforma en Venezuela : actuando sobre los determinantes de la salud*. Comunicación presentada en el 9no .Congreso de la International Association of Health Policy, Montreal.
- MACCOBY, N. ET SALOMON, D. S. (1990) Heart Disease Prevention: Communiti Studies. In Atkins, C. et Wallack, L. (de), *Mass Communication and Public Heallth. Complexities and Conflicys*, Beverly Hills, CA: Sage Publications : 105-109.
- MAC LAUGHLIN, J. (1975) The Doctor's Show *Journal of Communication*, 25 (3): 36-51.
- MATTELART, A. (1994) *L'invention de la communication*. Paris: Éditions La Decouverte
- MCALISTER, A. (1990) Antismoking Campaings: Progress in Developing. Effective Communication and Public Health, *Complexities and Conflicts* , (pp. 91- 103).
- BEVERLY HILLS, Ca: Sage *Public Communication Campaings*. Bervely Hills: Sage Publications.
- MCGÛIRE, W. (1981) "Theoretical Foundations of Campaings,in Rice, R.E; and
- PAISLEY, W.J. (Eds.), *Public Communication Campaings*, Beverly Hills: Sage Publications: 41-70

- MOSCOVICI, S. (1989) Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. In Jodelet, D. (sous la direction de) *Les représentations sociales*. Paris: Puf: 62-86.
- MSAS (1993) *El Proyecto Salud. MSAS/BID/BM*. MSAS, Caracas, Venezuela. OPS - UNESCO (1994) *Aportes para la formulación de una Política de Comunicación para la Promoción de la Salud en América Latina*. Quito, Ecuador : UNESCO.
- OPS-OMS (1994) *Salud para todos y Atención Primaria de la Salud en la Región de las Américas. Informe de vigilancia de las estrategias, 1994*. Washington: OPS.
- PAHO - *Ministry of Health of Colombia* (1992) *Promotion and Equity. Declaration of Bogotá* in Internet <http://www.Paho.Org/>
- Proyecto Salud-Comisión Permanente de Salud de la Cámara de Diputados (PS-CPS) (1993) *Informe presentado a la comisión de la Salud de la Cámara de Diputados*.
- Proyecto Salud-Componente Política y Reforma-GEIR (PS-GEIR) (1996) *Primero la salud* (no publicado).
- RINCÓN GUTIERREZ, P. (1996) *Exposición. Memoria y Cuenta del MSAS, 1995*. Caracas, Venezuela.
- ROGERS, E.M. (1983) *Diffusion of Innovations*, New York: Free Press
- ROSSISTER, C. M. (1975) Defining "Therapeutic Communication. *Journal of Communication*, 25(3):127-130.
- SFEZ, L. (1988) *Critique de la communication*. Paris: Éditions du Seuil.(1985) *La Santé Parfaite. Critique d' une nouvelle utopie*. Paris : Éditions du Seuil
- TUROW, J. ET COE, L. (1985) Curing Television Ills: The portrayal of Health Care. *Journal of Communicatoooon*, 35(4): 36-41.
- WALTER VALECILLOS, C. (1995) *Exposición. Memoria y Cuenta del MSAS. 1994*. Caracas, Venezuela.

