

## **GT 2: Salud. Nuevas tensiones. Viejos Conflictos**

### **Los Medios de Comunicación Masivos y la construcción subjetiva del “pánico/terror” en Salud: ¿Cuál es el paradigma epidemiológico dominante en la actualidad?**

**Florencia Cendali**

**florcendali@hotmail.com**

**Universidad Nacional de Luján**

#### **I. Presentación**

En el siglo XXI es innegable que la salud es un área de creciente interés para el capitalismo mercantil porque es la inversión legal que más rentabilidad genera en el mundo. La esencia de este manuscrito es comprender cómo las cadenas de Medios de Comunicación Masivos, estructurales a la acumulación capitalista y a los lobbies de los laboratorios de medicamentos, pueden hacer "terrorismo epidemiológico", aumentando la alarma/el pánico ante ciertas enfermedades, exagerando la inminencia de nuevas epidemias, creando enfermedades inexistentes, medicalizando hechos de la vida diaria.

Cada día es más frecuente el uso mediático de las epidemias, las alarmas sanitarias, la existencia de “curas salvadoras”, no solamente para asegurar la rentabilidad del capitalismo sino también el poder de conseguir hegemonía por parte de los Medios de Comunicación que aprovechan el imaginario social sobre las amenazas a su vida. La salud y la enfermedad son centro de las preocupaciones de la población (se hace alusión a la calidad de vida y la muerte) siendo un “blanco fácil” para manipularla y generar “terror/pánico” mediático.

Se plantean algunos interrogantes sobre esta problemática:

- ¿Cómo los Medios de Comunicación conforman esta visión social sobre el “pánico/terror” en Salud, constituyendo subjetivamente los cuerpos de los sujetos?

- ¿Cuáles son las principales áreas de interés de la salud en los Medios de Comunicación?

- ¿Hay algún paradigma epidemiológico que sea dominante al momento de construir el imaginario social sobre el proceso de prevención-atención-cuidado que realizan los Medios de Comunicación en la actualidad?

Como resultado se busca pensar qué tipo de información sobre este proceso hay en Argentina, cuál se difunde, cuál se mediatiza y de qué manera se “in-Forma” a la población sobre la salud, que termina moldeando la subjetividad colectiva.

Para finalizar esta introducción, se establecen dos inquietudes básicas sobre cuál es el verdadero rol de los comunicadores, ¿informar sobre “los silencios y las voces de la mala salud diaria”, los derechos y obligaciones de la población o ser vendedores de problemas y soluciones para las “supuestas enfermedades”? Y ¿cuál es el rol de la medicina en la actualidad?, ¿ser partícipe (directo o por omisión) de generar este “pánico/terror”, a partir de centralizarse en los riesgos y no en las causas de la mala calidad de vida?

## **II. Paradigmas epidemiológicos: Caracterización de los modelos en Salud**

Es fundamental estudiar el estado de salud de las poblaciones para poder intervenir velozmente sobre los problemas, planificar, ejecutar medidas para lograr (cuando sea posible) la prevención de dichos inconvenientes de salud, informar a los habitantes, etc. Para ello, se intentará identificar los paradigmas epidemiológicos dominantes para la sociedad y la medicina.

Almeida Filho (2000) hace un recorrido sobre la historia de la epidemiología. Enuncia que ya en la antigua Grecia de Hipócrates se vivenciaba la tensión entre la medicina individual y la colectiva, la cual se presenta a lo largo de la historia de la humanidad, tal como en la Edad Media con el predominio de las prácticas mágico-religiosas para mejorar la Salud. “Amuletos, oraciones y cultos a santos protectores de la salud materializaban la ideología religiosa, característicamente medieval de salvación del alma aún con la pérdida del cuerpo individual” (Filho 2000:2).

Si bien existen diferentes hitos para la epidemiología desde el siglo X, es el médico inglés Thomas Sydenham (1624-1689) el precursor de la epidemiología con “la historia natural de las enfermedades”. Es a fines del siglo XVIII, cuando el “control del cuerpo de la población”, se convierte en una prioridad para garantizar trabajadores sanos, ya que “El cuerpo, en tanto que un objeto de poder, es producido con el fin de ser controlado, identificado y reproducido” (Turner, 1989:61).

El desarrollo de las industrias movilizó a la población desde las zonas rurales hacia las ciudades, donde vivían hacinados y trabajaban largas jornadas en pésimas condiciones; la relación social entre pobreza y enfermedad era algo evidente.

Se resumen los tres paradigmas de la epidemiología moderna:

- En primer lugar, la teoría miasmática que se estructuró “científicamente” desde inicios del siglo XIX.

Las enfermedades se relacionaban con la naturaleza (condiciones climáticas o estacionales) y las actividades humanas (condiciones de vivienda y/o laborales). El peso era puesto en el agente causal externo (miasmas) y se consideraba el saneamiento ambiental.

La teoría del contagio que operaba con medidas de aislamiento, cuarentena, no eran útiles para la expansión capitalista.

El médico inglés John Snow (1813-1858) analizó la distribución geográfica de los casos de cólera descubriendo su transmisión en el agua y el contagio fecal (la histórica “bomba” de agua de Broad Street), sin conocer la sustancia mórbida o germen causal, pero presuponiendo la existencia en el agua.

- En segundo lugar, a fines del siglo XIX, se planteó la teoría del germen, a partir de descubrimientos como el bacilo de Koch y la vacuna contra la rabia de Pasteur. Un modelo basado en la unicausalidad, el germen como agente responsable y en el esfuerzo por controlar enfermedades infecto contagiosas.

Se fundamentaba en el desarrollo científico biomédico, omitiendo -y hasta negando- cualquier relación con causas sociales, ambientales, económicas. Se asumía que las enfermedades podrían erradicarse, extirpando los gérmenes que las causan (o sus vectores y reservorios), ya que la enfermedad no se manifiesta sin el germen (causa necesaria), siendo imprescindible su presencia para contraerla (causa suficiente). La teoría sirvió para la identificación etiológica y el control de enfermedades. No obstante la búsqueda de microorganismos, retrasó el avance de la epidemiología porque clausuró otras posibilidades de intervención sobre la salud poblacional.

- En tercer lugar, la teoría del riesgo que se estableció desde el siglo XX, con mayor auge después de la segunda guerra mundial, cuando la mortalidad por enfermedades crónicas superó a la de enfermedades infecciosas. Relacionaba exposiciones a factores de riesgo personales con la producción de enfermedades específicas (ejercicio u obesidad y el riesgo de diabetes) o ambientales (falta de agua potable e infecciones intestinales).

Se incorporó la lógica de la estadística. Exponerse a un riesgo, aumenta la probabilidad de que un evento ocurra, creando una red de causalidades. La posibilidad de enfermar depende -en gran medida- de los estilos de vida, individualizando los problemas y –muchas veces- culpabilizando a los sujetos. A través de su conducta, las personas se exponen a una combinación de factores que actúan independiente o sinérgicamente para causar una enfermedad.

En el siglo XXI, dos posiciones, dos modelos están en debate. El primero se relaciona con el estudio de los factores de riesgos, causales, esencialmente individuales, posibles de mercantilizar como el aumento en la dependencia de la atención médica, que evidencia un acrecentamiento de la medicalización de la vida. Esto genera un enriquecimiento principalmente de los banqueros, inversionistas y grandes capitalistas en tecnología médica, quienes esterilizan posibles cambios sobre la teoría y la práctica de la medicina moderna.

La investigación en salud y enfermedad se basa en la microbiología y la parasitología, centrando las acciones en medicamentos y vacunas, y no en actividades mano de obra intensiva como la medicina preventiva, políticas ambientales (como la construcción de cloacas), mejora en las viviendas, entre otras. El interrogante es saber cómo es posible un cambio a esta lógica microbiana e individualista de pensar la salud, y hasta la vida.

El segundo paradigma considera la historia social de la enfermedad, conceptualiza el proceso de salud como un fenómeno histórico, social, político, que abarca y puede ser analizado desde diferentes determinantes sociales. El modelo de la Medicina Social Latinoamericana no niega que hay que combatir a los microorganismos que enferman a los sujetos y disminuir los riesgos, sin embargo es incuestionable las consecuencias de una mala nutrición y calidad de la vida estructural de la población.

Si se enfoca la mirada en lo biológico y en los factores de riesgos (los capaces de ser convertidos en soluciones mercantiles), el capitalismo sabe que “el remedio” para estos problemas es simple porque se culpa al sujeto por su estilo de vida. La solución para dichos padecimientos es la gran industria de medicamentos y vacunas, nuevos y patentados según las reglas del mercado, lo que implica poca medicina preventiva, poca APS, poca agua potable, pocas cloacas, poca organización popular, sin cambios sociales (Escudero, 2012), opuesto a lo que se pretendería hacer con una visión que considere el contexto político, social y económico.

No todo debe ser definido por las decisiones y acciones médicas, ni por los avasalladores acontecimientos naturales (terremotos, tsunamis, etc.), sino también son centrales “los determinantes sociales que conforman un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva, a la salud pública” (Benach y Muntaner, 2009:33).

Según Eibenschutz (2012), desde la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), así como de diversas organizaciones sociales, se han aportado denuncias, han contribuido a darle visibilidad y han promovido la movilización, buscando generar debates que permitan hacer realidad el derecho humano a la salud, a contracorriente de los planteamientos neoliberales, donde lo que predomina es la determinación social de la economía, del mercado, sobre la salud y el bienestar general.

Gracias a este breve recorrido sobre los modelos de salud existentes y los paradigmas, surgen nuevos interrogantes sobre el lugar de la epidemiología en la actualidad, sobre qué paradigma es el dominante en la sociedad y finalmente cómo se comunica el conocimiento epidemiológico y cómo se actúa a partir de él.

### **III. La construcción subjetiva de los Medios de Comunicación Masivos**

La construcción de subjetividad por parte de los Medios de Comunicación Masivos incluye a la Salud. Argentina sigue la tendencia global actual donde se promocionan medicamentos para incrementar las ventas (no para informar al consumidor) como si fueran bienes masivos como la comida, las bebidas o los diversos productos de la sociedad de consumo, “soluciones mágicas” comercializadas, no sólo en los spot publicitarios sino en vivo durante los programas.

Es histórico y cultural que los hombres consuman remedios como soluciones mágicas porque masticar una planta, tomar una bebida, consumir una píldora permite a las personas curarse, solucionar y prevenir un problema de salud. El inconveniente es que los fármacos como “medicamento capitalista” y “bien mercantil”, como instrumento para reproducir capital, tiene –a lo sumo- un siglo de vida.

Se debe notar el alto grado de inversión de las rentas del sector privado en publicidad, buscan la venderlos -muchas veces- como soluciones mágicas. Es así que se gasta más dinero en marketing que en investigación y desarrollo. Los Medios de Comunicación tienen la capacidad de generar hábitos, costumbres y valores en cualquier mercado; en el caso de la salud, imponen enfermedades, tratamientos, medicamentos, manejan la opinión pública sobre las necesidades, ayudan a ejercer un efectivo método de control social, forjando incalculables ganancias.

La inversión en publicidad puede dividirse en dos estrategias, las cuales son “peligrosas” porque disfrazan al marketing para mejorar la salud, cuando sólo es promoción y venta de un producto mercantil.

Por un lado, la que dirige su accionar hacia la población sana, para mejorar el “estilo de vida”: “Se trata de vender medicamentos para situaciones que no son enfermedades e incluso se venden medicamentos que no son necesarios y que pueden ser dañinos a la salud” (Pérez Peña, 2004:346). Es habitual ver propagandas pautadas vendiendo “remedios mágicos” para temas estéticos (peso, flacidez, calvicie, etc.) como enfermedades con resolución inmediata, la búsqueda de la felicidad eterna.

Por otro lado, las campañas publicitarias realizadas por los laboratorios, mediante artículos en revistas especializadas, cursos, viajes y entrega de muestras, que promocionan la venta por marcas, dirigiéndose a los profesionales que ejercen “poder” de influenciar y decidir sobre los pacientes. Los Agentes de Propaganda Médica (APM) buscan modificar los patrones fármacos-terapéuticos por medio de premios y viajes a los “médicos recetadores”. Mientas que los pacientes quedan insertos en un sistema, “cautivos” de las decisiones médicas.

La vida neoliberal, consumista y de resolución inmediata de los problemas cotidianos, conlleva a que la automedicación sea una práctica “naturalizada y normalizadora”, para seguir en la vorágine y que el sistema “siga funcionando”.

La mala salud diaria queda encubierta en casos mediáticos, como sucedió con el dengue y la gripe porcina en 2009, cuando se generó terror/pánico en la población, desinformaron sobre las medidas y fueron útiles para que las industrias de medicamentos y vacunas se enriquecieran. Es innegable que la población debe estar informada sobre las enfermedades masivas, las campañas de salud implementadas, etc; no obstante sobresale la casi inexistencia de medios que hagan educación sanitaria y no se dediquen a vender mercancías o servicios comerciales.

Si un medio de comunicación quisiera cuestionar la salud pública podría mencionar problemas reales en salud como: la evitable mortalidad infantil y materna, el deterioro del sistema de salud gratuito, la falta de controles a medicamentos, la medicina de lucro, entre otros factores que afectan a los sectores populares.

Un ejemplo fue la gripe porcina o pandemia de la gripe A: “Un escándalo donde la OMS, laboratorios y medios de comunicación (en alianza estratégica) supieron instalar el pánico a nivel mundial y un escenario dramático de riesgo. Bajo este miedo se pudo imponer a distintos gobiernos la compra de enormes cantidades de vacunas y antivirales (...) Las verdaderas cifras pusieron en evidencia esta verdadera estafa montada desde una falacia epidemiológica (...) Una vergüenza sanitaria y la muestra concreta de un ensayo global de la mentira” (Ordoñez y Saiz, 2011:33)

En las sociedades actuales es imposible gestionar en Salud si no se considera que los hombres autoconsumen medicamentos libremente de las “farmacias-supermercados”, sobre las cuales no se informa. Asimismo se debe comprender el poder que poseen los Medios de Comunicación en la construcción de la subjetividad de la población, ya que pueden generar pánico/terror, por lo cual es imprescindible que el Estado se posicione como controlador de alimentos, fármacos y sustancias cuyo consumo afecta la salud de la población.

#### **IV. Reflexiones sobre el “terror en Salud”... ¿límites y potencialidades de una posible intervención?**

Se necesita una oferta televisiva más variada que la actual, con más control de los mensajes antisalud y daños que aparecen en los Medios, ya que no sólo estimula la venta de mercancías, sino la construcción de una visión del mundo que se corresponde a las necesidades de legitimación del capitalismo.

Pareciese que la teoría de los factores de riesgo es dominante en los Medios de Comunicación actual, ya que se estimula la salud mercantil, individual, consumista y culpabilizadora, situación imposible de modificar por el monto invertido y el retorno monetario sobre dichas inversiones. Sin embargo, no se recupera otra lógica de este mismo paradigma como son los factores de riesgo ambientales, la falta de agua potable, los basurales, etc., ya que no brindan las mencionadas ganancias.

Es ridículo imaginar un gobierno que controle las publicidades de gaseosas, comidas chatarra y medicamentos de venta libre porque se definiría como “censura”. A su vez, existen poco programas de divulgación científica sobre Salud Colectiva, tratamientos preventivos, mano de obra intensivos en salud que darían resultados positivos, que mejorarían la calidad de vida.

¿Cómo pueden los gobiernos intervenir en estos procesos de Salud sin ser categorizados como “autoritarios”, para confrontar a los sectores poderosos, cuya única finalidad es el lucro?

Buscar diarios, revistas y una televisión que in-formen “los silencios y las voces” sobre la salud, enfermedad, atención, cuidado y no sean meros vendedores de miedo, pánico, terror y soluciones mágicas. Pelear por formar Médicos, Profesionales y No Profesionales de la salud, para que no sean partícipes activos o por omisión del comercio de la salud y se transformen en un “factor de riesgo más”. IN-FORMARNOS del derecho por y para una Salud Colectiva que mejore la vida.

## V. Bibliografía

- ✓ Benach, J. y Muntaner, C. (Junio de 2009). “La epidemia mundial de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socioecológica del capitalismo”. En: *Ecología Política* No.37., Barcelona.
- ✓ Eibenschutz Hartman, C., Tamez González, S. y González Guzmán, R. –Comps.- (2011). *¿Determinación Social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Universidad Autónoma Metropolitana: México D.F.
- ✓ Escudero, J.C. (2012). “La Salud Colectiva en la Crisis Mundial”. En: *Revista Cubana de Salud Pública*. 38 (3): 491-494. La Habana, Cuba.
- ✓ Filho, A. (2000) “La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología”. Lugar Editorial: Buenos Aires.
- ✓ Ordoñez, M. y Saiz, L. (2011). “Medios de Comunicación y Salud”. En: *Revista Voces en el Fénix: En estado crítico*. No. 7. Buenos Aires. [Disponible on line] <http://www.vocesenelfenix.com/category/ediciones/n%C2%BA-7>.
- ✓ Pérez Peña, J. L. (2004). “Dos enfoques sobre los medicamentos y la industria farmacéutica”. En: *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol 30, N°4. Cuba
- ✓ Turner, B (1989). *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- ✓ Ugalde, A. y Homedes, N. (2009). “América Latina: La acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales”. En: *Revista Salud Colectiva*. 3: 21-42. Buenos Aires.