

# Salud y medios de comunicación: la seguridad social en los discursos y representaciones sobre salud en televisión mexicana.

Proceso de producción de conocimiento: Avance de investigación en curso (Tesis doctoral: “Comunicación y salud: Representaciones y discursos sobre salud en la televisión mexicana”)

Gt. No 19. Salud y seguridad social. Transformaciones sociales e impactos en la población.

María Soledad Rojas Rajs

## RESUMEN:

Este trabajo reflexiona sobre la participación de la televisión en la producción y reproducción de significados sociales sobre salud. La televisión participa en la construcción de conceptos sobre las responsabilidades públicas y privadas, individuales y colectivas sobre la salud, favoreciendo así determinados modelos de atención a la salud. Presenta resultados de un amplio análisis de contenido de 672 horas de televisión en México, del año 2011. Particularmente, se reflexiona sobre la escasa representación y comunicación pública de instituciones de seguridad social, frente a reiterados mensajes que caracterizan la salud como responsabilidad privada e individual, poco asociada con servicios públicos de salud y totalmente disociada del concepto solidario “seguridad social”.

**Palabras clave:** Comunicación y salud; televisión; seguridad social; análisis de contenido.

## 1. Comunicación y salud

La articulación entre salud y comunicación se ha constituido en las últimas décadas como un campo disciplinario propio, dada la importancia creciente de las tecnologías y/o medios de comunicación masiva (MCM) en la vida cotidiana (Castells, 1999; A. Briggs y Burke, 2002). Pero también, por las enormes expectativas que diversos académicos, organismos, instituciones y gobiernos expresan sobre los efectos benéficos de la comunicación en relación con la adopción de “comportamientos sanos” (Schiavo, 2007; Coe, 1997) o para apoyar las tareas de salud pública. Como nunca antes, en las últimas dos décadas se ha destacado la importancia de incluir como parte de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, comunicación social (es decir, mediática): elaborar mensajes que informarán sobre cómo lograr una vida saludable, ejercerán influencia en el público y cuyo resultado, aunque sea en el largo plazo, será una sociedad persuadida de tener salud.

Sin embargo, esta visión optimista sobre la capacidad de los MCM para ser agentes y vehículos de promoción de la salud parece obviar diversas cuestiones. Por ejemplo, que la relación entre los contenidos propuestos por los medios y la acción humana no se establece en términos de estímulo-respuesta, por la complejidad de los medios (como estructuras sociales, lenguajes, actores, etc.); la de la subjetividad humana, en los procesos de recepción y consumo de medios (Maigret, 2005; Mattelart y Mattelart, 1997); y también, por las condiciones estructurales de la vida social.

Por otro lado, la historia de la comunicación masiva sobre salud es mucho más extensa que las acciones de comunicación en pro de la salud. Lo que sobre la salud se dice y representa en televisión y en otros medios, puede depender menos del interés público que de las particularidades del momento histórico y los intereses y prioridades de quienes tienen voz en los espacios públicos mediáticos: por ejemplo, los anunciantes del mercado de la salud (Menéndez, 1981), las propias compañías de comunicación, las instituciones de salud, los gobiernos (Gumucio-Dagron, 2010). En este sentido, entender qué es la comunicación sobre salud, implica ir más allá de la revisión de mensajes en pro de la

salud pública o colectiva y dirigir la mirada al uso de la salud-enfermedad y sus asociaciones semánticas en los productos televisivos, a fin de contar con un panorama general de las representaciones y discursos sobre la salud en televisión.

La investigación doctoral con base en la cual se elaboró esta ponencia, tiene por objetivo reconstruir esa imagen general de los mensajes sobre salud que se emiten por televisión –el MCM más importante en México- a través del análisis de contenido de lo que denominamos “flujo mediático”: la totalidad de mensajes que se emiten continuamente por televisión. Fueron analizados 28 días de transmisiones continuas de televisión de los dos canales de televisión de mayor audiencia en el país, 14 días para cada canal, en dos períodos de una semana del año 2011. En total, fueron sistematizados los contenidos de 672 horas de televisión: 399 episodios de programas de televisión; 4,719 noticias de 62 noticieros; y 1,759 mensajes publicitarios (spots) con 21,295 repeticiones, así como un importante número de programas publicitarios (infomerciales), 147.

En este trabajo se presentan los resultados sobre el tratamiento en televisión del concepto “seguridad social” y la forma en que se representan los servicios de salud en México. También, se reflexiona sobre cuáles son los principales temas de comunicación de los emisores de mensajes sobre salud. Los resultados permiten afirmar que el flujo mediático televisivo es dispositivo y mecanismo de control de los discursos sobre salud, en el sentido de Foucault (1970), porque excluye, modela lo deseable y lo prohibido y pretende determinar lo verdadero y lo falso en relación con la salud, a través de figuras y argumentos de autoridad (fundamentalmente médicos, ciencia y tecnología). En particular, destaca la ausencia o mínima aparición de mensajes y representaciones<sup>1</sup> sobre seguridad social, la inexistencia de noticias, programas o publicidad que relacionen el derecho a la salud con la seguridad social; el silencio sobre la determinación social de la salud; y la concentración de mensajes públicos sobre salud para promover el modelo hegemónico de “aseguramiento universal” (Laurell, 2013), conformado por el Seguro Popular de Salud.

### **1.1. Medios de comunicación, construcción del sentido social y orden simbólico**

Es frecuente que escuchemos hablar del poder de los medios de comunicación y su influencia en la construcción de opiniones o ideas; o bien, sobre su papel como espacios públicos donde se definen los problemas que son de interés colectivo y político. Aunque hay relativo consenso sobre el hecho de que esta influencia existe (A. Briggs & Burke, 2002), no hay investigación empírica concluyente que muestre una relación directa los contenidos mediáticos y las conductas individuales (Maigret, 2005). Más bien, los MCM están relacionados con- y/o participan de- la construcción, producción y reproducción de sentidos y la transmisión de la cultura y las ideologías. En este sentido, hay que señalar de inicio que los efectos de los medios no son directos y verificables en las conductas individuales en términos de estímulo-respuesta (Maigret, 2005; Mattelart y Mattelart, 1997); que existen mediaciones (Martín Barbero, 1987); y que estudiar la recepción de los medios es tan importante como su producción, dado que no existe un reflejo fiel entre lo que los medios proponen y lo que la gente hace, piensa o interpreta sobre los contenidos, mensajes, ficciones y demás productos mediáticos.

Los estudios sobre comunicación se han caracterizado por el desplazamiento de las preguntas relacionadas con los efectos de los medios en las audiencias. De la pregunta inicial de mediados del siglo XX ¿qué hacen los medios con las audiencias?, se pasó a ¿qué hacen las audiencias con los medios? (Martín Barbero, 1987) y posteriormente a la integración ¿cómo se realiza la interacción entre medios y audiencias? (Orozco, 1996). Las hipótesis sobre los efectos directos de los medios han sido cada vez más cuestionadas, para dar paso a perspectivas teóricas que destacan más bien el uso social de

---

<sup>1</sup> En el sentido lato del término, refiriéndonos a los contenidos mediáticos como imágenes, ideas o figuras que sustituyen a la realidad física.

los medios o la interacción y las relaciones entre los medios - que son más que representaciones y textos, dado que son también instituciones e industrias; y las audiencias, no entendidas como objetos, sino como sujetos, condicionados individual y colectivamente.

Sin embargo, la influencia de los medios en la particular constitución de las audiencias es considerable. Esto, porque son tanto medios técnicos de producción y transmisión de información, como instituciones sociales, productoras de significados, definidas históricamente y por tanto condicionadas política, económica y culturalmente (Orozco, 1996). Como instituciones productoras de sentido, juegan un rol social en la producción y reproducción simbólica. Como estructuras sociales, proporcionan marcos para la socialización de los sentidos y significados sociales. Wolf (1994) describe el papel de los medios señalando que estos “proveen marcos cognitivos, contextos de percepción de la realidad social; su rol es significativo en el modelado de los saberes. La cultura mediática constituye un importante universo simbólico, que orienta los valores, las actitudes y los puntos de referencia sociales” (p. 25). En este sentido, los medios siempre comunican pensando en sus públicos y administrando sus contenidos en relación a sus concepciones de las audiencias.

Como señala Bourdieu (1996) la construcción de la realidad social no sucede en un “vacío social”, sino que ocurre en situaciones estructuralmente definidas e históricamente determinadas. En esta investigación partimos de una concepción compleja de los flujos mediáticos: reproducen y representan la realidad y se anclan en ella, pero también la constituyen, construyen y crean (Gómez, 2005), por lo que su ejercicio de reproducción y representación es también producción de sentido social sobre salud, por ejemplo, la noción de seguridad social y salud. La “realidad mediática” aunque puede aparentar ser sólo un espejo de lo real, en la práctica toma de la realidad sólo partes y lo ofrece a las audiencias, simplificando y esquematizando, eligiendo y seleccionando, lo que conduce a resignificar o construir sentidos. Sea que nos refiramos a ideologías o a mentalidades, la “realidad mediática” construye lo que se ha denominado el “efecto de realidad” (Wolf, 1994). Champagne (2000) afirma: “los medios son parte integrante de la realidad o producen efectos de realidad al fabricar una visión mediática de aquella, que contribuye a crear la realidad que pretende describir” (p. 60). En este sentido, participan de lo que Bourdieu (1996) denomina “la legitimación del orden social”: “las relaciones objetivas de poder tienden a reproducirse en las relaciones de poder simbólico” (p. 38).

La televisión constituye actualmente una condición para la existencia misma del poder simbólico. La salud, un territorio en disputa.

## **1.2. Vínculos entre las reformas neoliberales y la comunicación para la salud**

Los sistemas de salud en América Latina han sufrido profundas transformaciones en los últimos años, especialmente a partir de las reformas del período del ajuste estructural, que implicaron significativas disminuciones del gasto público en servicios sociales (Stahl, 1994). Aunque México no ha sido la excepción, y las reformas han tendido a dismantelar la seguridad social, en los años en que se iniciaron las reformas no fue posible debilitarla por completo: como señalan Tamez y Eibenschutz (2008), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante la década de los ochenta fue la institución de salud y seguridad social más fuerte del país, por sí mismo daba cobertura a cerca del 50% de la población, mientras que otras instituciones de seguridad social existentes cubrían otros sectores específicos de la población. Para 1990, el 56.7% de la población era derechohabiente de la seguridad social, mientras el 43.3% no estaba asegurada (SINAIS, s.f.).

A diferencia de países como Chile y Colombia, en donde operan seguros obligatorios de salud como mecanismos de financiamiento de la compra venta de los servicios de salud que prestan

proveedores tanto públicos como privados<sup>2</sup>, México mantiene un sistema de salud, que si bien segmentado y fragmentado, cuenta con seguro social laboral obligatorio y público (Laurell, 2013:14). Desde el año 2004 sin embargo se creó el Seguro Popular de Salud (SP), un paquete básico de servicios de salud, de afiliación voluntaria, para la población que no cuenta con seguridad social, es decir, que no está inserta en esquemas de trabajo formal.

El Seguro Popular es un seguro asistencial que cubre “el mínimo de intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población en respuesta a las necesidades prioritarias” (Poder Ejecutivo, 1994 en Tamez & Valle, 2005, p. 332). Se financia con contribuciones de los gobiernos federal y estatales y con primas de los afiliados, a partir de ciertos niveles socioeconómico, excluyendo del pago a los 4 deciles de menor ingreso en el país. El paquete de servicios de salud que ofrece el SP es muy inferior a los de la seguridad social y excluye de su cobertura diversas enfermedades de alto costo (Laurell, 2013). Además, implica cambios en la concepción social de la salud, puesto que separa las prestaciones de servicios de salud de otras prestaciones sociales y no implica un esquema social solidario entre generaciones, o entre Estado, empleador y trabajador.

En México la afiliación al SP ha sido intensamente promovida desde su lanzamiento, para abordar la meta central de la segunda generación de reformas: el “aseguramiento universal”. Entre 2004 y 2011, el SP pasó de 5,318,289 millones de usuarios a 51,823,314, un crecimiento de 874% en 7 años. Para el año 2011, la población con seguro social representó el 45.5% del total, mientras que los no asegurados, constituyen el 54.5%, lo que habla de la precarización del trabajo (menos empleos formales) y de la estrategia del Estado mexicano por sustituir la seguridad social por un esquema de servicios básicos de salud.

Mientras se gestaban las reformas a los sistemas de salud en AL, que implicaron la crisis de la seguridad social, el papel de los medios adquirió preponderancia: pasaron de ser los MCM a ser considerados “nuevas tecnologías” y actores claves en los procesos primero llamados de transnacionalización y después, de globalización (Martín-Barbero, 2002). Martín-Barbero señala que durante la perdida década de los ochenta una de las pocas industrias que logró desarrollo y crecimiento en América Latina fue la de la comunicación: si en 1970 había 205 emisoras de televisión, para 1988, eran 1970; países como México y Brasil adquirieron satélites propios y participaron de los enlaces mundiales a través de redes de datos, fibra óptica, antenas parabólicas y otras tecnologías. Este investigador colombiano destaca en particular que el crecimiento de los medios aconteció siguiendo el movimiento del mercado, con escasa intervención y participación del Estado: “de hecho, minando el sentido y las posibilidades de esa intervención; esto es, dejando sin piso real al espacio y al servicio público, y acrecentando las concentraciones monopólicas” (p.176). Martín-Barbero, ha planteado también que desde la primacía de los poderes trasnacionales se puede hablar de la “hegemonía de una racionalidad desocializadora del Estado y legitimadora de la disolución de lo público” (p.177). El Estado pasa así de ser quien garantiza los derechos políticos colectivos a ser garante de intereses privados. En este sentido, las comunicaciones conforman dispositivos estructurantes que participan directamente en la redefinición y remodelación del Estado, favoreciendo que se desligue de sus funciones públicas. ¿Es posible reconocer estos rasgos en la comunicación sobre salud?

Que el contexto en el cual toma forma y se desarrolla el interés por el uso de comunicación social en beneficio de la salud coincida con el período histórico de las reformas neoliberales a los sistemas de salud, explica su orientación. Lleva la marca de lo que Laurell (1995) define como la transición de la salud como derecho social a mercancía. A partir de los años 90, particularmente después del “Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud” del Banco Mundial (1993), la temática sobre estilos de vida saludables cobra mayor importancia en los discursos sobre la salud. Se adopta con más

---

<sup>2</sup> “En ambos casos, el financiamiento proviene de contribuciones de los asegurados y con recursos fiscales, que amparan a las familias pobres. Los distintos esquemas de financiamiento implican coberturas médicas diferenciadas y existe la figura del copago para utilizar servicios de salud y acceder a medicamentos (Laurell, 2013:14).

fuerza la concepción de las responsabilidades individuales en salud y aparecen gran cantidad de trabajos sobre la relación entre cambios de comportamientos de riesgo y comunicación para la salud. A la vez, se reducen los ámbitos de competencia para el Estado en materia de salud. Señala Laurell que por una parte se delimita y focaliza objetivos para la acción estatal, a través de un discurso centrado en el combate a la pobreza, que da pie a modelos como el del Seguro Popular de Salud; por otra, el discurso sobre la responsabilidad individual por el propio estilo de vida comienza a tomar una posición cada vez más importante, enfatizando las limitaciones de los servicios de salud: “fiel a su concepción ideológica individualista el BM sostiene que lo que las personas hacen con su vida y la de sus hijos importa más que cualquier cosa que hagan los gobiernos, desconociendo toda determinación económica y social del ámbito dentro del cual se encuentran y actúan los individuos. El principal responsable de la salud es, por tanto, el individuo y el grupo familiar que deben adaptar una conducta saludable y resolver sus enfermedades adquiriendo los servicios médicos necesarios en el mercado” (1995, p. 6). En este desplazamiento de las responsabilidades del Estado, los medios de comunicación aparecen como vehículo para estrategias o verdaderos actores que pueden asumir nuevas responsabilidades. El enfático impulso que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dio para que emergiera el campo de comunicación para la salud, en cierta forma como una especialidad, se articula con las directrices del Banco Mundial. No solamente se trata de producir efectos en la salud a través del cambio de comportamientos, sino de reducir las cargas de los sistemas de salud<sup>3</sup>, a través de insistir en la responsabilidad de la población sobre su propia salud (cfr. Coe, 1998) y favoreciendo la idea de que las responsabilidades son compartidas, por lo que se invita a todos los actores del mercado que así lo deseen a participar con comunicación para la salud.

La relación entre reformas e impulso de las comunicaciones sobre la responsabilidad individual sobre la salud se hace evidente en la revisión de contenidos mediáticos. En ellos se conforman discursos sobre salud-enfermedad-atención, que pueden considerarse como “hegemonías comunicativas en salud” (Ch. Briggs, 2005): se establecen las prioridades para influir en la construcción la percepción social sobre salud, atención y responsabilidades. ¿Qué destacan y qué ocultan las alusiones a la salud en televisión?

## **2. Diseño metodológico de nuestro análisis de contenido**

El análisis de contenido se ha utilizado clásicamente como la metodología de análisis de productos masivos de comunicación (Berelson, 1984; Andréu, 2001), aunque de muy diversas maneras, siempre y cuando pueda considerarse objetivo, sistemático y cuantitativo: es decir, que cumpla con el criterio de reproducibilidad y que muestre tendencias. Por regla general, consiste en realizar una revisión de los contenidos en un corpus determinado, generando un sistema de codificación, clasificación o categorización y sistematización de estos contenidos que permita hacer inferencias válidas sobre el corpus analizado. En este caso, se realizó análisis de contenido cuantitativo y cualitativo. La matriz de datos para el análisis de contenido se construyó con base en la propuesta de Krippendorff (1990) quien esquematiza el diseño de un análisis de contenido en unidades de análisis definidas como: como unidades de muestreo, unidades de registro y unidades de contexto; y destaca la relación que existe entre estas unidades y las distintas posibilidades de análisis que implican. La propuesta de relacionar las unidades coincide con la concepción de la comunicación mediática, como flujos complejos interrelacionados y que se dirigen a públicos específicos.

---

<sup>3</sup> Por ejemplo, las acciones de comunicación social para la salud aparecen como soluciones posibles ante la crisis fiscal de los sistemas de salud o los altos costos de tratar enfermedades: “los líderes en salud de América Latina, reconocen el rol fundamental que juegan los medios en la promoción y educación de la salud debido especialmente a los limitados recursos entregados al cuidado de la salud, y al aumento de las enfermedades crónicas y transmisibles” (Alcalay & Mendoza, 2000: 1).

Otro elemento que definió el diseño, fue el intento de sortear, al menos en parte, el obstáculo epistemológico de abordar lo mediático como fragmentos (sólo un tipo de contenido, sólo un horario de emisión, etc.). Por ello, utilizamos el concepto de flujos mediáticos, asociado con las categorías totalidad y complejidad que aportan los enfoques de la Salud Colectiva latinoamericana (Paim, 1992).

## **2.1. Unidades de observación: muestreo, registro y contexto**

Por unidades de muestreo comprendemos los medios seleccionados en un período determinado. En este caso, las unidades de muestreo fueron los dos canales de televisión, de cobertura nacional, de mayor audiencia, el canal 2 de Televisa (Canal de las Estrellas) y el 13 de TV Azteca (Azteca 13). Los períodos de tiempo seleccionados fueron dos semanas completas, de lunes a domingo, de selección aleatoria, del año 2011. Fueron analizadas todas las horas de programación incluyendo las madrugadas. Sobre el período de análisis, fueron tomados en cuenta dos elementos planteados en nuestra aproximación teórica. El primero es que la oferta de contenidos mediáticos que se articula a la vida cotidiana está estereotipada desde la concepción de los públicos y eso brindó información sobre los destinatarios de los mensajes. Por ello, se buscó tener como medida de tiempo una semana completa, de lunes a domingo, porque constituye un período en el que se pueden observar las dinámicas que se suponen comunes a la vida cotidiana de las personas, tanto en días de trabajo como de descanso. Las ofertas de los medios corresponden a ideas formadas sobre el uso del tiempo que realizan quienes componen las audiencias y supusimos que la relación entre oferta y audiencias mostraría resultados relevantes.

En segundo lugar, el diseño considera que las distintas unidades que componen el flujo mediático de la televisión (programas, noticias, mensajes publicitarios) constituyen elementos articulados que participan en la construcción de un flujo discursivo mediático que –proponemos– produce y reproduce con sus representaciones ciertos discursos, apuntalando conceptos determinados sobre la salud y silenciando otros, lo que Foucault (1970) ha definido como el orden del discurso o los procesos de control discursivo: la exclusión, la separación entre lo aceptable y lo prohibido y la definición de lo verdadero y lo falso. En ese sentido, es que nos referimos a discursos: producidos, controlados, seleccionados y redistribuidos por procedimientos que buscan evitar acontecimientos no esperados (p. 11). Con este fundamento se delimitaron las unidades de registro.

La unidad de registro representa en el análisis de contenido la unidad mínima de análisis, el segmento de contenido codificable que más se puede reducir (Andréu, 2001). Puede reducirse al máximo según el tipo de análisis (por ejemplo, palabras, frases) o puede ser algo mayor: temas, tipos, símbolos, etc. Esta decisión depende del análisis posterior. Por la diversidad de los contenidos mediáticos, fueron definidas tres grandes categorías:

- a) Noticias, que constituyen la representación de los problemas públicos de salud. Las unidades de registro en este caso fueron tanto los episodios de noticieros como las noticias individuales, clasificadas temáticamente. Se clasificó 4,719 noticias en 62 episodios de noticieros.
- b) Programas de televisión, que representan el mundo del entretenimiento y consumo cultural. Las unidades de registro fueron los episodios de programas y se clasificaron según género televisivo y horarios. Se clasificó 399 episodios de programas de televisión y 147 infomerciales de más de 5 minutos de duración.
- c) La publicidad, que habla fundamentalmente del mercado de la salud, pero que también incluye los mensajes y posiciones de las instituciones públicas de salud. Cada pieza publicitaria fue clasificada según tipo (comercial, gubernamental, filantrópica, etc.) y según lo que promueve:

alimentos, servicios, instituciones, etc. Se identificó 1,759 mensajes publicitarios distintos, que se repitieron 21,295 veces.

Dado que el flujo mediático es incesante, no bastaba con saber qué mensajes se comunican por televisión, sino dimensionar cuántas veces se repiten. Por este motivo, particularmente en el caso de noticias y publicidad, se realizó el conteo unidad por unidad considerando cada repetición como un evento individual. Los resultados que se presentan están calculados sobre la totalidad de eventos: 4,719 noticias, 399 programas, 147 infomerciales y 21,295 spots publicitarios.

Las unidades de contexto funcionan como referentes explicativos de las unidades de registro, es decir, permiten realizar otros análisis sobre estas últimas unidades, más allá de lo que nos dicen por sí mismas. Se caracterizan por ser más generales y brindar información adicional sobre el registro. Como unidades de contexto fueron definidos: los géneros televisivos, los días de la semana, los horarios de programación, las pautas publicitarias.

## **2.2. Criterios de clasificación**

El tema común que se buscó clasificar fue la presencia o ausencia de la salud-enfermedad como representación, según un mapa semántico de conceptos relacionados y asociados. Para cada unidad de registro se clasificó:

- a) Presencia o ausencia del concepto salud y sus derivados: salud, saludable, sanos, etc.
- b) Presencia o ausencia del concepto enfermedad, riesgos y daños a la salud; y narrativas sobre estas enfermedades, riesgos y daños a la salud.
- c) Tipo de daños y riesgos para la salud.
- d) Tipo de soluciones para la salud o recomendaciones sobre salud proporcionadas.
- e) Presencia o ausencia de servicios de salud: clínicas, hospitales, profesiones.
- f) Tipo de servicios de salud representados: públicos o privados.
- g) Presencia o ausencia de profesionales de la salud.
- h) Representación de profesionales de la salud (de medicina, enfermería, odontología, nutrición)
- i) Tipo de producto, bien o conducta promovida en relación a la salud.
- j) Presencia o ausencia de mensajes sobre seguridad social, derecho a la salud y acceso a la salud.

## **2.3. Criterios de exclusión**

Para el análisis de noticias de televisión fueron seleccionados únicamente los tres noticieros principales de cada canal, matutino, vespertino y nocturno, por su comparabilidad entre sí y con las noticias de prensa escrita.

En el caso mensajes publicitarios, no se registró las cortinillas promocionales de las televisoras (que promueven su propia programación).

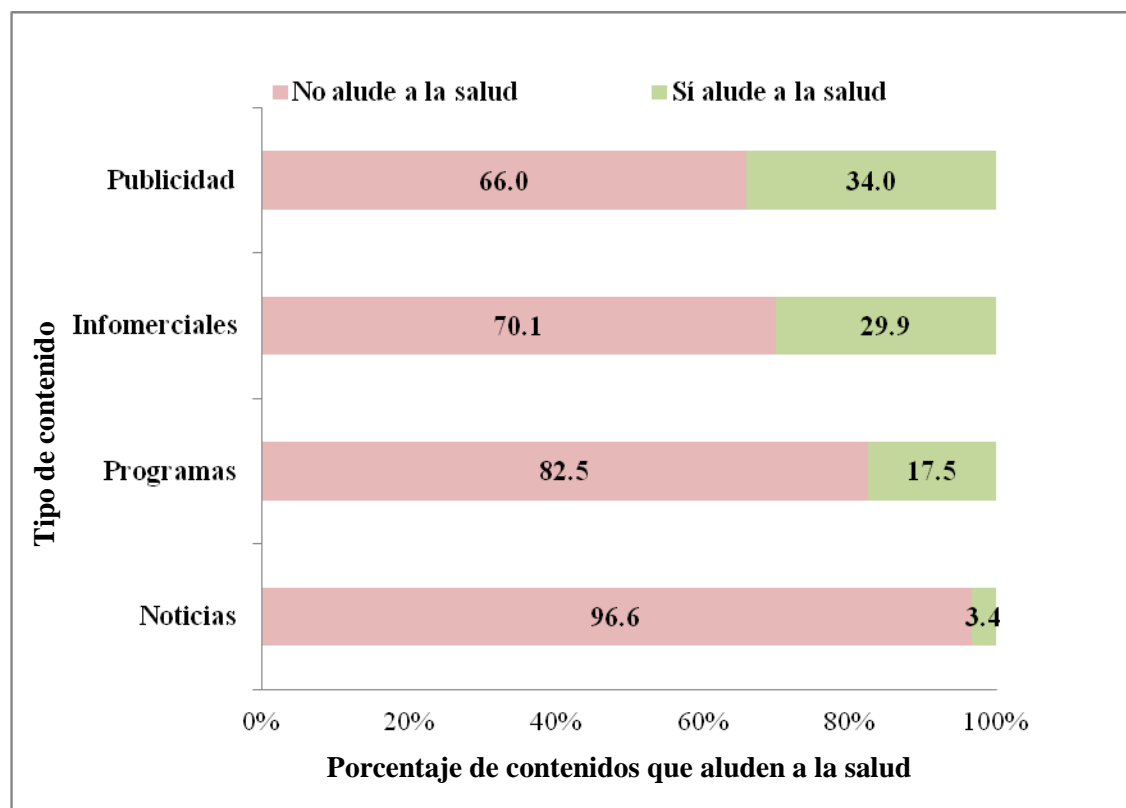
## **3. Resultados: el fuerte mercado de la salud y la ausente seguridad social**

### **3.1. Los contenidos sobre salud**

En televisión, la salud se representa principalmente como producto de consumo, en la publicidad y los programas publicitarios (infomerciales). Destaca el escaso peso de la temática en las noticias (Gráfico 1).

### Gráfico 1. Proporción de contenidos de televisión que aluden a la salud, según tipo de contenido, dos canales nacionales.

Semanas del 3 al 9 de octubre y del 21 al 27 de noviembre de 2011



Fuente: Análisis de contenido de la investigación “Comunicación y salud: Representaciones y discursos sobre salud en la televisión mexicana”, Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, México: UAM-X,

n publicidad: 21,295  
n infomerciales: 147  
n programas: 399  
n noticias: 4,719

### 3.2. Los emisores de la salud

Particularmente en la publicidad, el grueso de la comunicación sobre salud es de orientación comercial. De los 7,247 mensajes publicitarios que representan o venden salud, únicamente el 9.8 % (707) son emitidos por instituciones del sector público (Tabla 1).

En el período estudiado La Secretaría de Salud fue el principal emisor público de mensajes publicitarios sobre salud: 71.0% de los mismos. El Instituto Mexicano del Seguro Social en cambio, es emisor únicamente del 6.5% de esos mensajes y en ninguno de ellos hace referencia a la salud como un derecho de los trabajadores afiliados.



**Tabla 1. Emisores de mensajes publicitarios sobre salud según sector, público o privado**

<b>Emisores de mensajes sobre salud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sector privado	6,540	90.2
Sector público	707	9.8
<b>Total general</b>	<b>7,247</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Análisis de contenido de la investigación “Comunicación y salud: Representaciones y discursos sobre salud en la televisión mexicana”, Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, México: UAM-X

Más del 23% de la publicidad de la Secretaría de Salud fue sobre promoción del Seguro Popular de Salud (SPS). El 100% de la publicidad del Gobierno Federal sobre salud, fue para promover la imagen del SPS. En total, el 21.2% de toda la publicidad del sector público sobre salud versa sobre el Seguro Popular. En ninguno de los 707 mensajes emitidos por el sector público se incluye el concepto de “seguridad social”, a pesar de que más del 50% de la población mexicana está cubierta por algún esquema de seguridad social.

### **3.3. Representaciones sobre la salud: algunos resultados**

En publicidad la salud principalmente significó medicamentos de venta directa (43.1%); alimentos que se ofertan como saludables o con alguna acción saludable (16.6%); y productos de belleza (8.2%). En contraste, menos del 7% de todos los mensajes tienen intención educativa: el 3.2% promueve estilos de vida saludables (específicamente en la temática obesidad y sobrepeso); el 2.0% promueve prácticas de salud: vacunación, lactancia materna, medidas contra el dengue, estimulación temprana y salud sexual y reproductiva, por lo que cada uno de los temas representa un porcentaje muy pequeño del total de mensajes. Los mensajes pro salud son emitidos por instituciones públicas de salud, pero ninguno menciona el concepto “seguridad social”.

En los infomerciales, la representación sobre salud (29.0%) está asociada principalmente a productos recomendados para bajar de peso que aparecen avalados por médicos y científicos.

En la programación el uso de temáticas sobre salud depende del género televisivo y aparece principalmente en la programación para mujeres, en particular en el género definido como revista de entretenimiento, programas matutinos para mujeres que permanecen en el hogar, que alude a la salud en 50% de sus episodios, para centrarse fundamentalmente en las historias de salud-enfermedad de personajes de la farándula y en 24.4% de estos episodios, se proporcionan consejos sobre estilos de vida saludables: nutrición y actividad física, con énfasis en los efectos en la apariencia. En un episodio se rifa una cirugía plástica gratuita.

Los melodramas son un grupo de géneros que también aluden a la salud, principalmente los mini dramas: 29.9% de los episodios de programas como “Lo que callamos las mujeres”, “La rosa de Guadalupe”, “A cada quien su santo”, “Como dice el dicho”, etc.; narran una historia sobre salud, en la que representan los problemas de salud a los que se enfrentan heroínas y héroes, y que son principalmente económicos pero también morales. En el período estudiado se encontró un episodio de mini drama (“Lo que callamos las mujeres”) dedicado a la promoción del Seguro Popular de Salud, cuya trama mostraba que ante una enfermedad catastrófica infantil (leucemia) una familia afiliada al Seguro Popular recibía la atención necesaria, mientras que otra, no afiliada, se encontraba en servicios privados de salud, sin posibilidades para pagarlos.

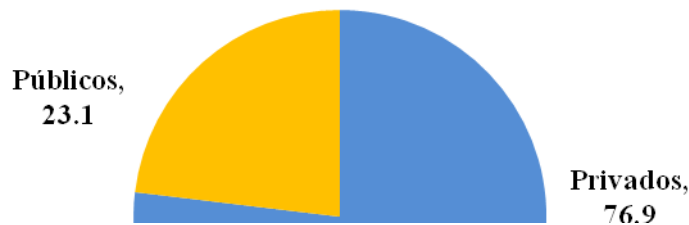
El 15.8% de los episodios de telenovelas aluden a la salud, incluso una de ellas trata sobre profesionales de la salud y se desarrolla un hospital privado. En otras dos telenovelas se repitieron historias similares: niños en situación de pobreza, con problemas de salud, que finalmente acceden a

servicios y tratamientos vía instituciones de asistencia privada o porque otro personaje, de mejor clase social, asume el costo de su tratamiento.

### 3.4. Caracterización de los servicios de salud

En la publicidad, los servicios de salud no se presentan en la mayoría de los mensajes sobre salud. Sólo el 27.7% de los spots muestra servicios de salud. El resto enfatiza en las virtudes de los productos que se ofertan para conseguir buena salud o cura de enfermedad, en el caso de la publicidad comercial; y en la importancia de la acción individual, en el caso de la publicidad del sector público.

**Gráfico 2. Caracterización de servicios de salud**  
**Porcentaje de mensajes publicitarios que representan servicios de salud, según tipo (públicos o privados).**



n: 2010 mensajes publicitarios

Dos canales nacionales, semanas del 3 al 9 de octubre y del 21 al 27 de noviembre de 2011

Fuente: Análisis de contenido de la investigación “Comunicación y salud: Representaciones y discursos sobre salud en la televisión mexicana”, Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, México: UAM-X

En los programas de televisión predomina la representación de servicios de salud privados: 83.0%, principalmente visualizados como hospitales y consultas médicas privadas. Como servicios públicos, únicamente se representa al Seguro Popular.

En ninguna noticia sobre salud se habló de las instituciones de seguridad social en México. Los servicios de salud como parte de las prestaciones de seguridad social no se representan en ni en los programas ni en las noticias de televisión del período estudiado.

## 4. Conclusiones

Los resultados que aquí se presentan permiten establecer relaciones entre la crisis de la seguridad social en México y la representación de la salud en televisión. En particular, porque discursivamente la seguridad social está excluida del espacio público de los medios de comunicación, así como está prácticamente ausente la relación entre derechos ciudadanos y servicios sociales. Todos los esfuerzos de promoción pública de la salud están concentrados en el Seguro Popular, que ha sido señalado como un programa que acentúa las inequidades sociales en salud en vez de corregirlas (Tamez

& Eibenschutz, 2008; Tamez & Valle, 2005); y que, siendo resultado de las reformas neoliberales, significa un retroceso de los derechos ganados por los trabajadores durante el siglo XX (Salinas & Tetelboin, 2005). La promoción del Seguro Popular se realiza utilizando el concepto “protección a la salud”, en vez de “seguridad social” y sus mensajes enfatizan en todo momento que su objetivo es brindar “tranquilidad”, en particular a aquellos mexicanos que no tienen recursos para enfrentar enfermedades catastróficas o emergencias médicas.

El discurso del Seguro Popular como solución para los más pobres resulta predominante, aunque no deja de ser contradictorio que conviva con los mensajes sobre estilos de vida saludables, que plantean la salud como una responsabilidad individual. Sobre la mesa quedan importantes interrogantes ¿qué impacto tendrá en las representaciones colectivas sobre la salud la exclusión de la seguridad social de los mensajes sobre salud en México? ¿Cómo influirá esto en la formación de la opinión pública sobre salud? ¿Qué efectos tiene y tendrá esta exclusión en las agendas de política social sobre salud en México en las políticas públicas y las instituciones?

## 6. Referencias

- Alcalay, R & Mendoza, C. (2001) PROYECTO COMSALUD: Un estudio comparativo de mensajes relacionados con salud en los medios masivos latinoamericanos. PCLA 2 [online], (3) abril/mayo/junio. Recuperado el 12 de julio de 2012 <http://www2.metodista.br/unesco/PCLA/revista7/projetos%207-5.htm#Protocolo>
- Andréu, Jaime. (2001). Las técnicas de análisis de contenido. Una revisión actualizada. Documento de trabajo: Universidad de Granada. Centro de Estudios Andaluces.
- Banco Mundial (1993) Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud. Washington, DC, EE.UU: Banco Mundial.
- Berelson, B. (1984) Content analysis in communication research. New York, NY, EE.UU: Ed. Hafner.
- Bourdieu, P (1993) Espacio social y poder simbólico. En Bourdieu, P. Cosas dichas, (pp.127-142), Madrid, España: Gedisa.
- Briggs, A. y Burke, P. (2005) De Gutenberg a Internet. Una historia social de los medios de comunicación. Madrid, España: Taurus Historia.
- Briggs, Ch. (2005) Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. Revista de Antropología Social, año/vol. 014, Universidad Complutense de Madrid, 101:124.
- Castells, M. (1999) La era de la Información. Economía, sociedad y cultura. La sociedad red. Vol I. México, Siglo XXI Editores.
- Castiel, L. & Álvarez- Dardet, C. (2010) La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Champagne, P. (2000). La visión mediática. En Bourdieu, P. (Ed.), La miseria del mundo (pp. 51-63). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Coe, G. (1998) “Comunicación en salud. Comunicación y promoción de la salud”. [En línea] Chasqui, Revista Latinoamericana de Comunicación, (63), 26-29, septiembre. Quito. Disponible en: <http://chasqui.comunica.org/coe.htm> [Consulta: 25 marzo 2010].

Foucault, M. (1970) El orden del discurso. Madrid, España: Tusquets, 2da reimpresión, 1985.

Gómez, B. (2005). Disfunciones de la Socialización a través de los Medios de Comunicación. Razón y Palabra, 10, (44), p. 1-5.

Gumucio-Dagron, A. (2010) Cuando el doctor no sabe. Comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación., Colima, México, Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, E II, XVI, (31), verano, p. 67-93.

IBOPE AGB. (2010) Anuario 2009-2010. Audiencias y medios en México. México: IBOPE AGB.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2009) Estadísticas sobre Disponibilidad y Uso de Tecnología de Información y Comunicación en Hogares, 2009. México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2012) Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009. ENUT. Metodología y tabulados básicos. México: INEGI.

Televisa. (2012) Plan Comercial 2012. México: Televisa.

Krippendorff, K. (1990) Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica. Barcelona, España: Paidós Comunicación.

Krippendorff, K. (2004) Reliability in Content Analysis: Some Common Misconceptions and Recommendations. Human Communication Research, 30, 411–433.

Laurell, A.C. (1995) La salud: de derecho social a mercancía. En: Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud (pp.9-31). Ciudad de México: Friedrich Ebert Stiftung en México / UAM-X.

Laurell, A.C. (2013) Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. Buenos Aires, Argentina: CLACSO.

Maigret, E. (2005). Sociología de la comunicación y de los medios. Bogotá, Colombia: Fondo de Cultura Económica.

Martín-Barbero, J. (1987) De los medios a las mediaciones. Ciudad de México: Gustavo Gili.

Martín-Barbero, J. (2002) El melodrama en televisión o los avatares de la identidad Industrializada. En: Herlinghaus, H. (ed). Narraciones anacrónicas de la modernidad. Melodrama e intermedialidad en América Latina, Santiago de Chile: Editorial Cuarto Propio (pp. 171-198).

Mattelart, A., & Mattelart, M. (1997) Historia de las teorías de la comunicación. Barcelona, España: Paidós.

- Menéndez, L.E. (1981) La Automedicación y los medios de comunicación masiva, Cuadernos Médico Sociales, (15), p.1-9.
- Orozco, G. (1996). Televisión y audiencias. Un enfoque cualitativo. Madrid, España: Ediciones de la Torre/ Universidad Iberoamericana.
- Orozco, G. (1997). Medios, audiencias y mediaciones. El reto de conocer para transformar. Comunicar, 8, 25-30.
- Paim, J.S. (1992) Collective health and the Challenges of Practice, En: PAHO. The Crisis of Public Health: Reflections for the debate (pp. 136-150). Washington D.C., EE.UU, Scientific Publication no. 540
- Salinas, D. & Tetelboin, C. (2005). Las condiciones de la política social en América Latina. Papeles de población (044), Universidad Autónoma del Estado de México, p. 83-108.
- Schiavo, R. (2007) Health Communication: From Theory to Practice. San Francisco, EEUU: Jossey-Bass.
- Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) (s.f.), Datos demográficos. Población (proyecciones 1990-2012), México, Secretaría de Salud. Recuperado el 16 de agosto de 2013. <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/poblacion.html>
- Stahl, K. (1994) Política Social en América Latina. La privatización de la crisis. Nueva Sociedad (131), p. 48-71.
- Tamez, S. & Eibenschutz, C. (2008) El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. Revista de salud pública, 10, suppl.1, Bogotá, Colombia, p. 133-145.
- Tamez, S & Valle, R. (2005) Desigualdad social y reforma neoliberal en salud, Revista mexicana de sociología 67, (2), p. 321-356.
- Wolf, M. (1994). Los efectos sociales de los media. Barcelona, España: Paidós.