

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA



Casa abierta al tiempo

UNIDAD XOCHIMILCO

División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud

**“Comunicación y salud:
un análisis de contenido de televisión mexicana”**

T E S I S

Que para optar al grado de
Doctora en Ciencias en Salud Colectiva

P R E S E N T A

María Soledad Rojas Rajs

Director: Dr. Gilberto Hernández Zinzún

Comité de Tesis:

Dr. Edgar C. Jarillo Soto

Dra. Marlizete Maldonado

Dr. Juan Manuel Mendoza

Noviembre 30, 2013

Para Ximena Lucía, mi amor y mi alegría.

Para Tere, Antonio y Emilio, tan lejos, pero tan míos.

Para mi mamá y mi papá, que me aman tanto.

Agradecimientos

Elaborar y lograr finalizar este trabajo ha sido posible gracias al apoyo de muchas personas, que agradezco de corazón. En primer lugar, mi familia, que nos ha asistido afectiva, emocional y económicamente a mí y a mi hija durante estos años de estudio. Mi padre fue quien me empujó firmemente a cursar el doctorado y me ha facilitado las condiciones para realizarlo. Gustavo y Guadalupe, muchas gracias. Gracias a mi madre, Danuta y a Arturo, quienes también ha colaborado con todos estos aspectos. Gracias porque todos ustedes confían mucho en mí.

En segundo lugar, agradezco haberme inscrito a un programa como el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. No sólo por los conocimientos adquiridos y la apertura de enfoques y perspectivas a las que accedí gracias a cursarlo, sino por la calidad humana de quienes construyen e imparten el Doctorado y también la Maestría en Medicina Social en la UAM. Han marcado profundamente mi experiencia académica y profesional por su calidez, calidad académica e interés en lo humano.

Quiero agradecer a cada uno de ustedes. A la Dra. Ángeles Garduño por su extraordinaria solidaridad: sabe exactamente lo que implica ser madre de una niña pequeña y cada uno de los días que hemos compartido me ha demostrado su compromiso feminista, su horizontalidad y su auténtico interés por la vida académica más allá de la colección de puntos y distinciones, desgraciadamente indispensables hoy para la supervivencia en los espacios universitarios.

Gracias al Dr. Gilberto Hernández Zinzún, director de esta tesis, magnífico profesor iconoclasta, que despierta la curiosidad, las ganas de investigar y a quien es imposible seguir por el gran número de libros y textos que recomienda permanentemente. Me he sentido muy apoyada por su mirada inteligente a todos y cada uno de los textos que escribí durante este programa de doctorado.

Gracias al Dr. Edgar Jarillo Soto por todas las lecturas y opiniones, por su paciencia, impulso y por participar también en la dirección de esta tesis, siempre disponible para discutir lo que me rondaba por la cabeza; y quien logró la mayoría de las veces tranquilizar mis agitados pensamientos para construir problemas más ordenados y claros sobre la investigación. En gran medida es responsable de mi interés por problematizar abriendo nuevas posibilidades, más que arribar a conclusiones cerradas.

Gracias a la Dra. Oliva López Arellano, Coordinadora del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, a quien admiro por su capacidad intelectual, espíritu, alegría, dinamismo y habilidades sociales. Me he sentido enormemente apoyada por ella y la considero un ejemplo a seguir.

Gracias a la Dra. Carolina Tetelboin Henrion, por su enorme cariño y porque me ha impulsado a participar en la vida académica y profesional a pesar de mis miedos y sonrojos. Carolina me ha enseñado rutas y maneras de construir conocimiento, en la práctica, y me ha ofrecido excelentes críticas para pensar desde otras aristas los problemas de investigación. Gracias por el gran apoyo y la presión constante, te profeso un gran afecto y admiración.

Gracias al Dr. Sergio López Moreno por recomendarme al proyecto de CONAVIM y el CRIM de la UNAM que me permitió financiar los materiales con los que se elaboró este proyecto de investigación; por contactarme con un investigador de la calidad del Dr. Roberto Castro; y principalmente, por sus extraordinarias clases, que echaron a andar los engranajes de mi mente, algo oxidados por tantos años lejos de la universidad.

Gracias al Dr. Arturo Granados Cosme, por confiar tanto en mí con la revista *Salud Problema* y darme tanta libertad para realizar las tareas de edición mientras cursé el doctorado, manejando mis tiempos y mis actividades por mí misma.

Gracias al Dr. José Alberto Rivera Márquez, Coordinador de la Maestría en Medicina Social, por su afabilidad, recomendaciones y confianza para continuar asistiendo editorialmente a la revista de la Maestría.

Gracias a Indalia Cortés, secretaria de la Maestría en Medicina Social, por su amistad, solidaridad y ayuda en este período. Gracias también a Eloísa Serrano, secretaria del Doctorado, quien ha tenido una inmejorable disposición para facilitarme los trámites necesarios para cursar el posgrado.

Gracias al Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz, porque ha sido divertidísimo ser vecinos de cubículo y eso ha aligerado enormemente mis pesadas emociones de tesista y de mamá.

Gracias a la Dra. Marlizete Maldonado y al Dr. Juan Manuel Mendoza, por ser lectores de esta tesis.

Gracias a todos quienes participan en el Doctorado y la Maestría, porque soy escandalosa, a veces impertinente, demasiado expresiva, de emociones fáciles, muy despistada, pero eso no parece provocarles problemas y en verdad, es algo que nunca antes había experimentado en un espacio académico y laboral. Me han hecho sentir que pertenezco al mundo del que ustedes son parte, el que ustedes construyen. Es un gran aliciente de vida.

Gracias a la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, porque sin la beca, no hubiese accedido al doctorado.

Agradezco y reconozco con admiración el trabajo realizado por Elia Zárraga, Reyna Hernández e Isthari Rosales Chavarría, quienes durante varios meses colaboraron conmigo en la revisión, clasificación y descripción de las 672 horas de televisión que constituyen el referente empírico de esta investigación.

Gracias, finalmente, al Dr. Roberto Castro, a la Mtra. Florinda Riquer, al CRIM de la UNAM y a la CONAVIM porque sin la invitación a su proyecto sobre violencia contra las mujeres y medios de comunicación no hubiese podido adquirir los materiales ni financiar una revisión colectiva de los mismos, de la magnitud que esta investigación posee.

Índice

Introducción	10
i. <i>El proceso de investigación: los problemas que condujeron al diseño</i>	12
ii. <i>El diseño de investigación</i>	21
iii. <i>Estructura de la investigación</i>	26
Capítulo 1. Comunicación y salud. Marco teórico	29
1.1. <i>Salud colectiva y comunicación</i>	30
1.2. <i>Comunicación en salud y reformas neoliberales en América Latina</i>	35
1.3. <i>Medios de comunicación, construcción del sentido social y orden simbólico</i>	42
1.4. <i>Discursos sobre salud y espacios públicos</i>	47
1.5. <i>Abordar la comunicación como determinante de la salud</i>	51
1.6. <i>Políticas públicas y marco jurídico sobre comunicación y salud en México</i>	57
1.7. <i>La televisión en México y el poder mediático</i>	62
1.8. <i>Antecedentes en el análisis de contenidos mediáticos sobre salud</i>	67
Capítulo 2. Una propuesta de análisis de flujos mediáticos. Metodología	72
2.1. <i>Análisis de contenido del flujo mediático</i>	73
2.1.1. Unidades de muestreo	77
2.1.2. Unidades de registro	80
2.1.3. Unidades de contexto	84
2.1.4. Exclusiones	85
2.2. <i>Criterios de clasificación de contenidos sobre salud</i>	86
2.3. <i>Deconstrucción y reconstrucción del flujo mediático: sistematización y clasificación</i>	87
2.4. <i>Sobre la relación entre los ejes de análisis</i>	91
Capítulo 3. La salud en televisión. Resultados del análisis de contenido	92
3.1. <i>Mapa general</i>	94

3.2. Emisores de salud en televisión	96
3.2.1. Emisores del sector público	97
3.2.2. Emisores del sector privado	98
3.3. Salud-Enfermedad-Atención	100
3.3.1. Daños a la salud	104
3.3.2. Soluciones (terapéutica y prevención)	108
3.3.3. Caracterización de los Servicios de salud	112
3.4. Género y salud	116
3.4.1. El género como determinante en la construcción de públicos para contenidos sobre salud	117
3.4.2. Roles de género sobre salud	118
3.4.3. La extensión de las responsabilidades de cuidado de la salud	121
3.5. Discursos sobre lo saludable	122
Capítulo 4. Problemas de comunicación y salud. Caminos para la investigación y la práctica	124
4.1. La construcción mediática de las necesidades en salud	125
4.2. La representación mediática de servicios de salud	127
4.3. Roles de género y responsabilidad sobre la salud	128
4.4. Reproducción de lo saludable: la relativización del consumo en salud	129
4.7. Sobre las condiciones de posibilidad de la comunicación social en salud como intervención efectiva	131
4.5. Hacia nuevas investigaciones	133
Índice de tablas	136
Índice de gráficos	137
Bibliografía	138

Resumen

Este trabajo reflexiona sobre lo que es hoy en día la comunicación en salud en México y sobre la participación de la televisión en la producción y reproducción de significados sociales sobre salud. Presenta resultados de un amplio análisis de contenido de 672 horas de televisión en México, del año 2011. Aborda los contenidos mediáticos desde las categorías totalidad y complejidad, para construir un panorama extendido que muestre qué es la salud en televisión para el período estudiado, con un enfoque crítico. Busca conformar nudos problemáticos sobre la relación entre comunicación y la salud de interés para la salud colectiva latinoamericana, tomando en cuenta la importancia de las comunicaciones en el Siglo XXI.

Abstract

This work considers today Mexico's health communication and television production and reproduction of social meanings of health. Results describe a wide content analysis of 672 hours of television in Mexico at 2011. It addresses the media contents from "totality" and "complexity" categories, building an extended panorama for showing what health is at television for such period, from a critical approach. It searches problematic nodes on the relationship between communication and health relevant to Latin American collective health, given the importance of communications in the XXI Century.

Introducción

Este trabajo de investigación sobre comunicación y salud estudia el papel y participación de la televisión en México en la construcción, transmisión y difusión de contenidos sobre salud. En él se reflexiona sobre la presencia y predominio de discursos mediáticos que influyen en la construcción social de la salud.

A través de un análisis de contenido sistemático de dos semanas de programación del año 2011 (672 horas continuas de televisión de dos períodos de 7 días) se identificaron y clasificaron contenidos sobre salud en programas de entretenimiento, publicidad y noticieros en los dos canales de cobertura nacional de mayor audiencia en México.

A partir del análisis de estos contenidos televisivos sobre salud, según ejes analíticos contruidos para ofrecer una mirada amplia sobre el material, la tesis describe y propone nudos problemáticos de interés para la salud colectiva latinoamericana: el estudio de las formas particulares de construir y representar mediáticamente los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado, lo que incluye identificar quién emite los mensajes y cómo se caracterizan servicios de salud, profesiones, necesidades, daños a la salud y soluciones; cuáles son las representaciones de roles y mandatos de género asociados a la salud; si hay presencia o ausencia de discursos sobre el derecho y acceso a la salud o únicamente se construye y representa la salud como un mercado de bienes y servicios de consumo; cuáles son las particularidades de las prácticas de comunicación para la salud de servicio público; y la existencia de fenómenos comunicativos derivados del gran valor actual de “lo saludable”: la reproducción de discursos sobre la salud asociados a productos, servicios y prácticas, que ofrecen un confuso panorama sobre cuáles pueden ser en verdad los estilos de vida saludables.

El interés por problematizar sobre comunicación y salud en el marco de la salud colectiva, parte del reconocimiento de la comunicación como un campo de conocimiento e intervención (Jarillo y López, 2007) que puede generar transformaciones para mejorar la salud pública, pero que en ausencia de una mirada

que recupere la complejidad de los procesos de determinación social, también puede reproducir el estado de las cosas, especialmente las desigualdades en salud, por ejemplo constituyendo una intervención única al considerar que por el simple hecho de transmitir información las personas podrán recibirla y tomar decisiones distintas sobre su salud y forma de vivir. Por lo tanto, se trata de elaborar aproximaciones a la comunicación desde una perspectiva de conocimiento sobre salud que asume su dependencia de procesos de determinación social y de la respuesta social a los problemas de salud, en términos de prácticas y políticas; y que además busca transformaciones y soluciones distintas a las hegemónicas. Por ello, este trabajo se aleja de posiciones de neutralidad, dado que parte de una concepción de la salud que pone el acento en sus procesos de determinación social y en su carácter histórico-social.

i. El proceso de investigación: los problemas que condujeron al diseño

La relación fáctica entre comunicación y salud no es un tema nuevo: se puede rastrear en diversos momentos históricos e interacciones sociales, en las tradiciones orales, en la relación médico-paciente, en la socialización de soluciones para la salud, entre otras. Las respuestas sociales de atención a la salud/enfermedad han sido, son y serán espacios de construcción simbólica, dado que suponen intercambios de discursos, sentidos, prácticas y acción social. Se puede considerar que existen procesos de comunicación cuando hay intercambio simbólico (Thompson, 1993).

Tradicionalmente, la comunicación se ha utilizado como herramienta para la prevención en salud. Hoy en día sería impensable que los sistemas y servicios de salud en el mundo y también en América Latina, prescindieran de la comunicación social¹, es decir, del uso de medios masivos para difundir contenidos y mensajes

¹ Comunicación social se refiere específicamente al uso de medios masivos de comunicación para beneficio de la sociedad. El término fue utilizado por primera vez en 1963 en el Concilio Vaticano II convocado por el Papa Pablo VI ("Decreto Inter Mirifica del Concilio Vaticano II," 1963). La principal preocupación expresada en la reflexión de este texto sobre los medios de comunicación era su

(Alcalay, 1999). Ningún programa o acción de salud dirigido a sectores amplios de la sociedad puede ya concebirse al margen de la comunicación masiva (Gumucio Dagron, 2004). Este tipo de comunicaciones, elaboradas como acciones de salud, pueden considerarse como parte de la “respuesta social frente a los fenómenos de salud-enfermedad” (Jarillo, Garduño y Guinsberg, 2006, p. 12).

No solamente se puede hablar de estas formas de comunicación en la esfera sanitaria: el vínculo entre comunicación y salud da cuenta de diversos fenómenos, niveles y relaciones simbólicas. Además de las prácticas comunicativas que implican el uso de medios masivos de comunicación y otros medios tecnológicos para difundir, proponer y/o promover contenidos e información sobre salud, hablar de comunicación en el campo de la salud implica también considerar otros campos o actores en relación, como por ejemplo, en la formación en salud; en las distintas interacciones entre los trabajadores de la salud en sus prácticas profesionales; entre los usuarios de servicios de salud; o bien, la comunicación sobre temas relacionados con la salud de distintos actores sociales, como los periodistas, las comunidades científicas, las compañías farmacéuticas y el complejo médico industrial (Relman, 1981) en general; o la transmisión de saberes y prácticas de salud entre personas y comunidades, por mencionar algunos.

No obstante la relación entre salud y comunicación no es nueva, la emergencia del campo disciplinar llamado comunicación en salud o comunicación para la salud es un fenómeno de los últimos veinticinco a treinta años. Fundamentalmente plantea que estrategias, campañas y piezas de comunicación masivas generarían mejoras en el estado de salud de los colectivos humanos, porque tienen el potencial de comunicar riesgos que hay que evitar, así como conductas deseables y acciones de salud que hay que promover. Desde algunos entornos académicos existen propuestas que señalan a la comunicación en salud como una poderosa herramienta para mejorar indicadores sobre salud (Coe, 1998;

“rectitud”, sus mensajes y emisores en concordancia con los valores de la Iglesia Católica. Entre otras cuestiones, el decreto plantea la importancia de contar con medios y mensajes católicos, es decir, tener visibilidad y discursos en el espacio público mediático.

Kreps, Bonaguro y Query, 1998; Maibach, 2002; Rimal y Lapinski, 2009; Schiavo, 2007)². Estas miradas coinciden en plantear que la causa de los principales problemas de salud es la conducta humana y que la comunicación es efectiva para modificarla.

En contraste, desde otras miradas, se considera que los esfuerzos de comunicación, si bien abundantes pueden ser muy precarios en términos de sus efectos en la salud (Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005); que su orientación individualiza la responsabilidad sobre la salud y más que promoverla, castiga las diferencias (Castiel y Álvarez-Dardet, 2010); que la disciplina está en crisis porque ha ofrecido pobres resultados en los indicadores de salud, después de un par de décadas de estrategias (Tufté, 2007); o que las comunicaciones relacionadas con la salud –más allá de aquellas que intencionalmente busca promoverla- participan en la reproducción de hegemonías en el campo de la salud, que sostienen y definen jerarquías sociales y fomentan desigualdades (Charles Briggs, 2005); que plantean las conductas aceptables e inaceptables en la sociedad (Charles Briggs y Mantini Briggs, 2005; Castiel y Álvarez-Dardet, 2010); y también, que implican problemas éticos de diversa índole, entre ellos desinformación, promoción de tratamientos o productos sin validez científica o con una falsa representación de la autoridad médica, promoción de la salud como un bien de consumo y no un derecho social, invasión de la privacidad y la intimidad (Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, 2005; Mercer, 2005).

Retomando elementos de los debates sobre comunicación y salud, dos grandes líneas de reflexión delinearon los problemas fundamentales que orientaron esta investigación. La primera de ellas se refiere a la comunicación mediática. La segunda, a la salud.

² En Kreps et al (1998) el entusiasmo es evidente, en la utilización de adjetivos como “vibrant” o “exciting”, para referirse al campo de la comunicación en salud. En Schiavo (2007) se describe la comunicación como la más poderosa estrategia para lograr una mejor salud.

Sobre la comunicación, habría que plantear que las expectativas sobre la utilidad e importancia de la comunicación social en salud se fundamentan en premisas sobre el potencial de la comunicación mediática para educar, para fijar ideas, para despertar preocupación sobre la forma en que vivimos y conducir a modificaciones que favorezcan la salud de las personas, a través de información, persuasión, convencimiento (Coe, 1998). Pero desde una perspectiva crítica en comunicación es difícil ser tan optimistas sobre los efectos benéficos de los medios y sus mensajes en la salud colectiva. No solamente porque los estudios de comunicación hoy en día rechazan la visión de que la comunicación produzca efectos en términos de estímulo-respuesta (Maigret, 2005; Mattelart y Mattelart, 1997), sino porque la cuestión de los efectos potenciales de los medios es un debate abierto e inconcluso.

Históricamente, las más enconadas posiciones se enfrentan al tratar de determinar el papel histórico de los medios de comunicación masiva; y la relación entre las transformaciones tecnológicas y culturales de los medios y el cambio social. Que los cambios en los medios de comunicación en la historia han tenido consecuencias sociales y culturales importantes es algo que hoy goza de aceptación general (A. Briggs y Burke, 2002); pero mucho menos conclusivas son las explicaciones sobre la naturaleza y el alcance de esas consecuencias. ¿Son consecuencias primordialmente culturales, psicológicas, políticas? ¿Favorecen la liberación o la sujeción? ¿Perjudican o benefician?

Las posiciones más comunes en el debate sobre el papel de los medios se pueden plantear, reducidamente, en los términos propuestos por Eco (1965): existen los “pesimistas apocalípticos” y los “optimistas integrados”, que representan respectivamente a quienes destacan principalmente los efectos negativos que los medios provocan en las audiencias y por otra parte, a quienes plantean que los medios de comunicación –y la comunicación en sí- constituyen instrumentos privilegiados para detonar cambios culturales y generar procesos educativos de consecuencias positivas. Pero ¿es posible establecer con claridad si es que la

comunicación mediática es nociva o benéfica? O mejor aún: ¿si produce daños y riesgos para la salud o la promueve? Generalmente no³.

Esto se debe en parte a que el debate construido sobre miradas laudatorias o reprobatorias hacia los medios asume que irremediamente son de una u otra manera, y que esas son las únicas maneras posibles de ser (Orozco, 1997). Pero los medios masivos no pueden interpretarse únicamente como vehículos de contenidos con una u otra orientación: son instituciones, estructuras; mediadores y mediaciones; empresas mercantiles; instrumentos de control y moldeamiento social; dinamizadores culturales y fuente de referentes cotidianos; educan, representan la realidad y generan también conocimiento, autoridad y legitimidades políticas y culturales. Los medios de comunicación constituyen entidades complejas, con diversos procesos, situados históricamente. Son parte fundante y constituyente de nuestra realidad y su participación en la vida social gana crecientemente importancia y espacios.

En este contexto, no parece una cuestión sencilla ubicarse en un punto medio entre la ovación y la desaprobación hacia la comunicación social en salud, como apuntan Castiel y Vasconcellos-Silva (2005) al referirse al debate general sobre los efectos del desarrollo tecnológico y la masificación de las comunicaciones. Una de las razones más importantes y que menos se aborda, en el caso específico de la comunicación en salud, es que la definición de “efectos benéficos” o “efectos negativos” en el campo de la salud es también objeto de debate. Para explicar esto, se aborda la segunda gran vertiente de reflexión, sobre la salud.

Definir el término salud es, en el menor de los casos, un asunto complejo. Sin embargo, en esta investigación la estrategia ha sido limitarse a lo que Juan Samaja llama el “campo semántico” que emerge cuando se utiliza el significante “salud”. El

³ Gracias al desarrollo de las bases de datos con artículos electrónicos es posible consultar innumerables investigaciones que aportan información en ambos sentidos: estudios que relacionan daños a la salud -por ejemplo, obesidad, violencias, adicciones y otros problemas de salud- al consumo de medios de comunicación, tanto por sus contenidos como por los hábitos que implica su uso; como otros tantos trabajos que describen estrategias de comunicación positivas para la salud en las que se utiliza comunicación masiva: por ejemplo, contra obesidad, violencias, adicciones y otros problemas de salud (Búsquedas en PubMed, Scielo, Redalyc).

autor delimita las prácticas y los saberes sobre salud (ciencias de la salud), como aquellos que históricamente se han adoptado para “preservar la salud de los seres sanos” y para la “curación y recuperación de los seres enfermos” (2004, p. 26). En una síntesis sin pretensiones de exhaustividad, Samaja resume lo que pueden comprender las ciencias de la salud en cuatro categorías que en conjunto logran englobar diversos subconjuntos, que se pueden considerar las nociones nucleares de estas ciencias: “i) Salud (normalidad), ii) Enfermedad (patología), iii) Curación (terapéutica) y iv) Preservación (prevención)” (2004, p. 31). Estas mismas categorías son útiles para hablar de lo que podemos entender como comunicación sobre salud: lo que versa o representa la salud, la enfermedad, la terapéutica y la prevención.

Samaja señala que los conceptos o nociones nucleares antes referidos han adquirido diversas connotaciones a lo largo de la historia social, sin embargo, considera que poseen significados básicos suficientes como para hablar de “un mismo campo de prácticas humanas” y por tanto “de una misma historia” (2004, p. 31), aunque tengan distintas formas de realizarse dependiendo de la configuración cultural o período específico. A decir del autor, a pesar de las distancias representacionales entre diferentes prácticas, especialidades o perspectivas médicas o sobre la salud, se comparte un núcleo básico de significantes y significados: la salud es un bien; la enfermedad, la negación de un estado deseable, que requiere la búsqueda activa de la curación; y la pérdida de la salud debe ser prevenida. Sin embargo, a pesar de este núcleo común compartido, señala Samaja, las teorías y prácticas sobre estas categorías son diversas y antagónicas. La amplitud de concepciones antagónicas acerca del objeto y métodos de las ciencias de la salud, lo hace jugar con la idea de que en sentido estricto no se puede hablar de “ciencia” en tanto no hay unidad de objeto y métodos (2004, p. 33); Samaja pone sobre la mesa así el problema de la “cientificidad” de la salud, en tanto no es meramente tema biológico, sino social: los saberes en salud están contruidos también en el terreno simbólico, son objetivados lingüísticamente, están históricamente situadas. La salud así, es irreductible a términos meramente objetivos.

Como ejemplo de los contrastes en las definiciones de salud, basta comparar las corrientes dominantes de la biomedicina -lo que Menéndez (2004) designa como modelo biomédico hegemónico⁴- y las posiciones críticas, que se enfocan en procesos de determinación social y/o determinantes sociales de la salud, especialmente para explicar las desigualdades en salud (Benach y Muntaner, 2008). O la distancia entre la medicina social (Laurell, 1989) (Laurell, 1982) o la salud colectiva latinoamericana (Almeida y Paim, 1999) y la nueva salud pública (Frenk, 1994). Específicamente en el pensamiento social en salud en México, Castro (2011) señala tres escuelas fundacionales: la antropología médica; la medicina social; y los sociólogos de la salud pública. Castro señala que entre estas últimas dos corrientes se han generado las mayores discusiones y contrastes sobre cuestiones teóricas, metodológicas y prácticas, que si bien enmarcadas en el campo semántico de la salud (salud-enfermedad, terapéutica y prevención) tienen bases epistemológicas, teóricas y prácticas muy distintas.

Otro ejemplo sobre la diversidad de la noción “salud”, tiene que ver con su concepción como asunto social. Durante el siglo XX el concepto de salud ha pasado de entenderse simplemente como la ausencia de enfermedad en los individuos hasta construirse como un concepto complejo y más amplio, que pasa por el ejercicio pleno de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas y las colectividades y por tanto se vincula con la responsabilidad de los Estados para garantizar la salud de los ciudadanos⁵. Desde esta perspectiva, la salud es un bien público. Navarro (1998) señala que las definiciones “universales” sobre salud y enfermedad (como la definición de la OMS, por ejemplo) suponen un problema epistemológico: que hay consenso en lo que se entiende por conceptos como “salud”, “enfermedad”, “población” o “bienestar”. Por ello considera estas definiciones

⁴ En Menéndez (2004) se puede consultar una síntesis de las características del modelo biomédico hegemónico: biologicismo, a-historicidad, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, tendencia a la medicalización de los problemas y también, identificación ideológica con la racionalidad científica hegemónica.

⁵ Establecida así en el Protocolo de San Salvador de 1988, de la Convención Americana de Derechos Humanos.

apolíticas e ahistóricas, sobre todo porque se presupone que salud es un concepto derivado de un saber científico que podría aplicarse a todo grupo social y cualquier período histórico, pero de esa manera se evita el problema epistemológico del poder. El autor plantea que:

“En realidad, salud y enfermedad no son sólo categorías científicas, sino también políticas (es decir, de poder). Tanto el conocimiento científico de lo que es salud y enfermedad, como lo que constituye y se define como práctica médica y las que se reconocen como instituciones sanitarias están altamente influenciados por el contexto social y político que les rodea” (Navarro, 1998, p. 147).

Navarro hace hincapié en cómo los tránsitos en la concepción de la salud, especialmente la salud pública, por parte de Estados y organismos internacionales en el siglo XX se relacionan fuertemente con movimientos organizados que reivindicaron derechos en torno a la salud, a pesar de las resistencias desde el saber médico o desde el Estado. Para el autor, el actual biologicismo, dominante en la construcción del saber y práctica sobre salud, es funcional a un cierto poder, porque no cuestiona la necesidad de modificar estructuralmente la sociedad para asegurar una mejor salud a los colectivos humanos.

Estos escenarios muestran apenas algo de la diversidad en las concepciones, debates y disputas tanto sobre la salud como sobre la comunicación y sus efectos. Pero constituyen nudos problemáticos (Zemelman, 1987): tensiones y contradicciones no resueltas, que no se agotan en un problema específico, sino que construyen campos problemáticos desde los cuales se pueden generar múltiples preguntas y estrategias. Aquí, se busca delimitar ese campo de problemas a partir de la forma en que la televisión aborda los temas de salud. Para pensar sobre comunicación social en salud hay que dirigir la mirada hacia lo que actualmente sucede con la comunicación mediática y la salud; no solamente para observar aquello que puede llamarse “comunicación en salud” (que tiene el propósito explícito de promover la salud), sino con la intención de comprender, más allá de esta función promotora, qué significantes y significados concretos están incluidos en el campo semántico “salud”, en flujos mediáticos determinados. Es decir, para construir

conocimiento sobre las posibilidades potenciales de la comunicación social en salud, habría que entender qué es lo que hoy se comunica mediática y masivamente sobre salud. O en otros términos ¿de qué salud y de qué comunicación habla la televisión?

En este trabajo partimos de la idea de que la salud está social e históricamente construida y determinada, que es un proceso social (Laurell, 1982); por tanto sus definiciones están necesariamente relacionadas con las estructuras políticas, económicas y culturales de la sociedad en momentos determinados, incluidos los medios de comunicación. Estos participan en la producción y reproducción de los discursos vigentes sobre la salud y dado que la salud se construye también desde una dimensión simbólica, a través de formas específicas de lenguaje y sentidos, hay que mirar hacia los medios y entender qué comunican sobre salud. Samaja (2004, p. 40) hace referencia a la dimensión simbólica de la salud cuando habla de las “nociones fundantes de la cultura” refiriéndose a lo “comunicable”, es decir a las representaciones subjetivas que son “objetivables lingüísticamente”. La capacidad de representación y comunicación verbal de las normas son condiciones fundantes de la cultura y son condición también de la construcción social de la salud.

A través del estudio de comunicación sobre salud en medios de comunicación se busca enriquecer la comprensión sobre la construcción social de la salud en México, considerando que si no se incluye su revisión y análisis parte importante de la forma compleja en que la salud se define en una sociedad y momento histórico determinado, estará siendo obviada. Además, busca ser un aporte para las prácticas de comunicación para la salud, que como intervención o mecanismo de atención, están por lo general disociadas de otras comunicaciones que circulan en los medios y que no están específicamente concebidas como comunicación 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, 1982), las propias compañías de comunicación, las instituciones de salud y los gobiernos que utilizan la salud como argumento político (Gumucio Dagrón, 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 y representacionales en los productos televisivos, a fin de contar con un panorama general sobre la salud en televisión.

ii. El diseño de investigación

La investigación propone la construcción de problemas de comunicación y salud, a partir de un referente empírico: un análisis de contenido que muestra un mapa general de discursos y representaciones sobre salud en la televisión mexicana de dos semanas del año 2011, en los dos canales de mayor audiencia nacional. Las preguntas que orientaron la decisión de analizar contenidos mediáticos como referente empírico fueron: ¿cómo y qué son hoy las comunicaciones mediáticas sobre salud? ¿De qué hablamos en México cuando nos referimos a comunicación social en salud? ¿Cómo se relacionan? El medio seleccionado fue la televisión por ser el de mayor consumo en México, presente en más del 95% de los hogares (INEGI, 2009).

El objetivo del estudio es reconstruir la imagen general de los mensajes sobre salud que se emiten por televisión durante un período de tiempo determinado, a través del análisis de lo que hemos denominado “flujo mediático”: la totalidad de mensajes que se emiten continuamente por televisión, como una totalidad compleja, es decir interrelacionada y con estratos. Para ello se analizaron 28 días de transmisiones continuas de los dos canales de televisión de mayor audiencia en el país (14 días por 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 21,258 mensajes publicitarios, privados y públicos, así como un importante número de programas publicitarios (infomerciales), 147.

Se trata entonces de ofrecer una mirada ampliada sobre la comunicación mediática que no sólo se centre en los contenidos emitidos por las instituciones públicas de salud. Se intenta superar las limitaciones de la fragmentación a través de una panorámica del conjunto de contenidos, entendiendo los distintos géneros mediáticos, la publicidad, la diversidad de emisores como totalidad interrelacionada y estratificada. A partir de esta visión de conjunto, se busca problematizar sobre fenómenos relacionados con la comunicación social sobre salud en el contexto mexicano, porque, plantea la investigación, la comunicación es parte de las necesidades públicas en salud.

La propuesta de la tesis es construir la relación entre salud y comunicación como un “campo problemático” (Zemelman, 1987). Zemelman plantea que la construcción de un campo problemático implica problemas tanto epistemológicos como ontológicos: la cuestión no es qué pensar, sino cómo pensar sobre la realidad. En este sentido, en vez de partir por la delimitación de un objeto, se trata de construirlo a partir de problematizaciones sobre la realidad, lo que en vez de acotar un objeto amplía los posibles caminos para abordarlo.

Si el origen de la reflexión, o lo que Zemelman llama el “momento epistémico” son los hechos sociales, la exigencia es no abordarlos y problematizarlos con base en modelos teóricos que preformen los objetos. El argumento para esta propuesta es que ontológicamente, la realidad histórica es un campo de enorme vastedad, siempre más rico que cualquier teoría, por lo que el abordaje se convierte en un ejercicio epistemológico cuyo punto de partida es la categoría *totalidad*. La reconstrucción del problema desde la totalidad abre múltiples problemas posibles de ser teorizados (nudos problemáticos).

Además, advierte el autor, al hablar de realidad histórica se establece que lo social y lo histórico son dimensiones inherentes a cualquier concepción de los problemas humanos y de la realidad. Conceptualmente ubicadas, tanto la salud como la comunicación se entienden como hechos sociales, situados en una realidad histórica. En este sentido, se reconoce su carácter socio-histórico y se propone la reconstrucción de problemas posibles de ser teorizados al entender la salud y la comunicación como fenómenos relacionados en esa realidad. En otras palabras, se trata de una dialéctica entre realidad material y teoría.

Trabajar desde la totalidad implica reconocer que la realidad tiene distintos niveles, o “estratos” (Samaja, 2004), por lo que una segunda categoría, *complejidad*, es punto de partida para la concepción del campo problemático de la investigación. Las emisiones de televisión se consideran procesos complejos. Su complejidad no reside únicamente en las clásicas dos caras de la moneda de la comunicación: la emisión y la recepción, como si reuniendo ambos extremos de los procesos de comunicación mediática pudiésemos acceder a la realidad completa. Más bien, y como marco interpretativo, la complejidad es constituyente de los procesos de comunicación en tanto estos son parte de la realidad, por tanto tienen múltiples dimensiones en cualquier fase de su desarrollo: producción, emisión, circulación y recepción. Estas fases no son en sí mismas simples fenómenos, sino que conforman a su vez procesos complejos o totalidades según la propuesta de Juan Samaja (2004), dado que son multidimensionales y en ellas convergen, por ejemplo, discursos, actores, instituciones, estructuras, símbolos; categorías y estratos de la realidad que no están en el mismo orden lógico y que se organizan e interrelacionan de formas específicas.

Por tanto, la investigación se diseñó considerando la emisión de contenidos en televisión en términos de proceso, es decir, como una totalidad que ontológicamente tiene distintos niveles o “estratos” (Samaja, 2004, p. 211). Así, el objeto que se analiza en esta investigación, las emisiones televisivas sobre la salud, se estudia

mediante variables absolutas (“las cosas como entes separados”), mediante variables relacionales (“interrelaciones”) y mediante variables contextuales (“acciones comunicacionales en un sistema cooperante”) (p. 211-212). El término *flujos mediáticos*, condensa esta visión sobre emisiones televisivas continuas, como una totalidad compleja, multidimensional e interrelacionada y constituye un concepto construido específicamente para describir una forma particular de entender, observar e interpretar las emisiones de televisión estudiadas, por lo tanto conforma la principal orientación metodológica de la investigación.

La tesis que se defiende es que a través del estudio, monitoreo y análisis de flujos mediáticos, se pueden entender elementos estructurales de la significación social sobre salud y explicar simultáneamente fenómenos de reproducción social de los discursos sobre salud, que están relacionados con las prácticas sociales. Ambos aspectos se consideran conocimientos necesarios e indispensables para el abordaje de la línea de investigación sobre comunicación y salud desde la salud colectiva en México y para la definición de políticas públicas efectivas sobre salud y comunicación. Realizando ejercicios permanentes de monitoreo y análisis se pueden construir indicadores para evaluar el papel de los medios de comunicación en relación con la salud.

Esta investigación recupera únicamente la emisión y circulación de contenidos televisivos y no trabaja específicamente el tema de la recepción mediática. Sin embargo, postula que es indispensable estudiar la recepción para entender la influencia de los medios de comunicación en la particular constitución y construcción de subjetividades (Maigret, 2005; Mattelart y Mattelart, 1997; Orozco, 1996, 1997)

Con esta consideración, es importante aclarar que el análisis de contenido no se planteó desde un modelo semiótico o lingüístico, por considerar que la televisión es más que lenguaje estructurado: es también y simultáneamente, institución, estructura, empresa, mercado, vehículo, realidad, poder fáctico, actor social, instrumento, mecanismo, dispositivo, espacio público. Al tratar de ofrecer

explicaciones o problematizar sobre el impacto social de algún medio como la televisión únicamente observando el lenguaje y su estructura, se corre el riesgo de considerar sus contenidos como producciones cerradas y desprendidas de sus relaciones histórico-sociales⁶. Por ello, el análisis de contenido parte de considerar a los canales de televisión analizados, sus contenidos y la particular forma de organización de los mismos, como procesos complejos cuya génesis, organización e interrelación de contenidos es tan relevante como los contenidos en sí mismos. Estos flujos mediáticos son importantes constructores de sentido en el contexto mexicano y producen y reproducen discursos sociales. Sin embargo, se toma distancia de una perspectiva que reduce la influencia de los medios de comunicación a procesos unidireccionales de dominación absoluta: no se trata de rechazar que a través de los medios de comunicación se producen fenómenos de dominación ideológica, de dominación simbólica; más bien, de matizar la magnitud de la influencia mediática (Maigret, 2005), considerando que todo análisis de contenidos mediáticos se enriquece cuando se sitúa en un momento y contexto determinado y que esto implica considerar las especificidades de su producción y emisión; las mediaciones entre televisión y audiencias (Martín-Barbero, 1987); y las diversas posibilidades de lectura e interpretación, según subjetividades (Orozco, 1996, 1997).

La propuesta de abordaje para la construcción de conocimiento sobre salud y medios de comunicación es resultado de la experiencia y aprendizaje en el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM-X, que me invitó a explorar, con sus lecturas y formación, un ejercicio conceptual diferente sobre comunicación y salud, a partir de las categorías totalidad y complejidad. La investigación es el resultado de una elaboración teórica y epistemológica que busca construir problemas de interés para posteriores estudios e investigaciones sobre comunicación y salud.

⁶ Esta es una crítica común a los análisis lingüísticos (como los de Saussure), de lingüística estructural (como las propuestas de Jakobson, Levi-Strauss, Greimas, Bremond e incluso Chomsky) o la semiología o semiótica de las comunicaciones de masas (en autores como Barthes y Eco), en tanto consideran más importantes los textos, en sí mismos, que sus contextos de producción, circulación y reproducción (Maigret, 2005). Eliseo Verón, en su clásica obra "La semiosis social" ya había señalado este aspecto desde finales de 1980: la lectura y por tanto la interpretación son fenómenos sociales y no depende exclusivamente de la lingüística: los discursos sociales son la materialización activa del lenguaje y, a diferencia de la lingüística, pueden explicar el funcionamiento social del sentido (Verón, 1993).

iii. Estructura de la investigación

El primer capítulo constituye el marco teórico de la investigación, su validación conceptual (Samaja, 1993). Plantea la necesidad de construir conocimiento sobre salud y comunicación desde perspectivas afines a la salud colectiva latinoamericana y propone como una vía posible abordar la comunicación mediática sobre salud como una totalidad compleja, con historia (Samaja, 2004), a través del análisis de flujos mediáticos. El capítulo reflexiona sobre la relación entre comunicación, salud y salud colectiva, para apuntalar la propuesta teórico metodológica de abordar los contenidos de televisión desde las categorías totalidad y complejidad, al entender los flujos mediáticos como una totalidad compleja, con estratos y niveles, relacionada con sus audiencias y con el momento histórico específico de su producción y circulación. Sitúa la emergencia reciente del campo disciplinar “comunicación en salud” y su proximidad con el discurso neoliberal. Establece su posición sobre el papel de los medios de comunicación en la producción y reproducción del sentido social, del orden simbólico y la construcción social de la salud; y plantea como marco la relación entre discursos sobre la salud, saber, poder y participación en los espacios públicos mediáticos. Propone también la inclusión de la comunicación en la reflexión sobre determinantes de la salud y explica por qué comunicación e información son competencia del Estado, en tanto bien público. Se revisan brevemente los puntos más relevantes de las políticas públicas sobre comunicación y salud y los datos que muestran el enorme impacto y poder de la televisión en México, tanto en la vida cotidiana, como en relación con su influencia sobre el Estado mexicano, especialmente a partir del neoliberalismo, a fin de brindar elementos referenciales para situar el análisis de contenido que la tesis presenta. Finalmente se revisan aspectos significativos del estado del arte sobre los estudios de medios de comunicación y salud para establecer el aporte de esta investigación, en términos teórico-metodológicos.

El capítulo 2 describe la metodología y el diseño de la investigación, en su especificidad. Se plantea la estrategia metodológica y, retomando definiciones propuestas por Krippendorff (1990) se describe el modelo de sistematización del análisis de contenido. A partir de la noción “matriz de datos” de Samaja (1993) se construyen aproximaciones a las variables y a los ejes analíticos que definieron la estrategia de codificación. El análisis de contenido permitió construir tanto datos cuantitativos como cualitativos sobre el flujo mediático analizado, considerando que ambos resultan cruciales para elaborar de forma crítica una reflexión profunda sobre comunicación y salud.

El tercer capítulo presenta los resultados descriptivos del análisis de contenido. Su pretensión es reconstruir una fotografía de lo que fue “la salud en televisión” en los períodos estudiados. Se inicia con un mapa general del tipo de contenidos asociados a la salud en televisión y su proporción; y de los emisores y autores de los mismos, según su pertenencia al sector público o privado, para determinar quiénes hablan de la salud en televisión y con qué formato. En segundo lugar, se analiza qué se transmite sobre salud-enfermedad-atención, en términos de daños a la salud y soluciones ante los problemas caracterizados, así como de representación de los servicios de salud. Como tercer eje de análisis se muestra la relación entre mensajes sobre salud y roles de género: cuáles son los estereotipos de género sobre saberes en salud, cuidado de la salud y lo que hemos definido como “la extensión de las responsabilidades en el cuidado de la salud”, que implican diversos aspectos de la vida cotidiana, especialmente relacionados con la higiene, como responsabilidades y/o mandatos de género, para las mujeres y particularmente, para las madres. Por su relevancia, se incluyen también datos específicos sobre la oferta de programación y publicidad según la concepción de las audiencias y se establecen vínculos entre la difusión de contenidos sobre salud concretos y el género de las audiencias. En cuarto lugar y para finalizar el capítulo 3, se aborda -con menor profundidad por su gran dispersión en el material revisado- la concepción de “lo saludable” o “sano”, más allá de lo que propiamente compete al área de la salud. Es decir, se analiza cómo en

televisión, fundamentalmente en la publicidad, una gran cantidad de productos y servicios están hoy semánticamente asociados con la salud, complejizando el entorno en el cual podrían jugar un papel destacado los mensajes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El capítulo 4 constituye una reflexión sobre problemas específicos de comunicación y salud, relevantes para la Salud Colectiva y también, para la conceptualización y práctica de comunicación para la salud, como un servicio público. Se analiza tanto la construcción y representación mediática de las necesidades de salud como la de los servicios de salud. Se reflexiona sobre el gran énfasis en televisión de la salud como mercancía y la promoción constante del consumo de salud. Se plantean interrogantes sobre temas como derecho y acceso a la salud, sus escasas representaciones y menciones; y sobre las prácticas de comunicación para la salud elaboradas por el sector público. Además se abordan como problemas la aparición de discursos institucionales sobre salud que se reproducen hasta conformar una suerte de homogeneización y relativización de lo saludable: el uso indiscriminado y no controlado de la salud como valor o propuesta de todo mensaje, lo que puede anular el impacto o la eficacia de comunicaciones elaboradas con propósitos educativos o informativos, no comerciales. Se realizan también una serie de reflexiones sobre las condiciones de posibilidad de la comunicación social en salud como intervención efectiva; interrogantes y planteamientos sobre las políticas públicas sobre comunicación y salud, que incluye una mirada crítica hacia las regulaciones sobre comunicación en México, pero también señala obstáculos no menores, que hay que considerar para la implementación de estrategias de comunicación en pro de la salud; y finalmente, se concluye señalando rutas posibles para nuevas investigaciones, que complementen o continúen el ejercicio realizado en esta.

Capítulo 1. Comunicación y salud.

Marco teórico

1.1. *Salud colectiva y comunicación*

En las últimas décadas emerge en América Latina un campo designado como salud colectiva (Paim, 1992), denominado así inicialmente en Brasil, pero que se encuentra articulado, enriquecido y en diálogo permanente con el conocimiento construido desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana. El campo de la salud colectiva se ha consolidado en el tiempo como corriente de pensamiento y acción sobre salud y también como una forma de superar la designada “crisis de la salud pública” (Almeida y Paim, 1999), que fue definida como “la incapacidad de la mayoría de las sociedades para promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren” (OPS/OMS, 1993 en Granda, 2004).

La salud colectiva comprende el proceso salud-enfermedad como hecho histórico y social y considera necesario explicar su determinación y distribución más que por su causalidad próxima (DCSC, 2010). Desde la salud colectiva se ha buscado desplazar la discusión de lo biológico a lo social e histórico, con la intención manifiesta de destacar la ruptura con otros modelos, delimitar el campo, construir el objeto de estudio y las formas de aproximación a ese objeto. Sin embargo, aunque se busca construir un marco teórico-metodológico que supere la visión biologicista y determinista de los enfoques sanitarios medicalizados, no basta con situarse en el extremo opuesto. La salud colectiva plantea que las dicotomías historia-naturaleza, biología-sociedad necesitan abordarse desde enfoques que reconozcan que estas relaciones requieren mayor comprensión en el nivel epistemológico.

Por ello, parece ser necesaria la construcción de categorías epistemológicas distintas, como la categoría complejidad o la no linealidad del conocimiento, que cuestiona la causalidad próxima como explicación única de los fenómenos de salud y enfermedad. La simplificación y reducción de la realidad que se construye a partir de los enfrentamientos biología-sociedad no permite construir objetos de transformación en el campo de la salud que den cuenta de la complejidad humana, que nunca puede dejar de ser social, pero tampoco biológica, ni psíquica, ni simbólica.

La salud colectiva tiene retos teóricos y metodológicos no resueltos por otras corrientes de interpretación: conexiones entre lo biológico, psíquico y social, límites e insuficiencias en la teoría social para comprender la relación entre individuo y colectividad. Contar con diferentes planos de interpretación que recuperen la multifactorialidad y diversidad (*complejidad*) de los procesos humanos relacionados con la salud, la enfermedad y la vida; y las diferencias de los niveles individual y colectivo (*totalidad*), parece una vía posible para construir la trama teórico metodológica que soporte la problematización, las propuestas, alternativas y ejercicios de investigación aplicada de la salud colectiva. Se trata de reconocer la conformación e interrelación entre lo biológico y lo social como totalidad compleja, con niveles individual y colectivo (DCSC, 2010).

Aunque desde la práctica científica se reconoce que hoy en día vivimos en un mundo en constante mutación, en el que se construyen, producen y reconocen nuevos objetos de conocimiento (no sólo nuevas formas de ver viejos objetos, sino nuevos objetos), a la vez, en el campo de la salud, viejos problemas siguen sin resolverse y gran parte de los factores que determinan la salud no han cambiado. México y otros países de América Latina atraviesan por importantes transformaciones, de entre las que destaca una “profunda crisis social” (DCSC, 2010, p. 2) . La salud colectiva se propone fortalecer e innovar su campo de pensamiento y acción, con teorías, metodologías y técnicas que permitan la construcción de conocimiento y la operación de alternativas para resolver estos complejos problemas de salud-enfermedad actuales, desde una posición que defiende y fortalece el derecho a la salud como un valor social. Es un campo en consolidación, teórica y práctica.

Como ámbito de investigación, la salud colectiva es un campo abierto a la incorporación de nuevas propuestas (Granda, 2004), que permitan ampliar la panorámica sobre la complejidad de los problemas de salud-enfermedad. Pero como alternativa a la salud pública convencional, la salud colectiva no busca únicamente

ampliar la visión: también, cambiar las prácticas y transitar de la búsqueda del “éxito técnico”, hacia “el compromiso por alcanzar *logro práctico*, es decir, ejercer el deber y derecho de *cuidar* nuestras poblaciones” (Granda, 2004, p. 1). Para ello, señala Granda, es indispensable que actores individuales y sociales se constituyan en sujetos que construyen su salud, ejerciendo así poder y derechos ciudadanos, y las conquistas de la salud colectiva requieren estar también en el terreno de lo simbólico: la construcción de sentidos y significados sobre salud, sus saberes y prácticas. La salud colectiva es así, no solo campo de conocimiento sino de acción política.

Es en este marco que se construye como un campo problemático la vinculación entre salud y comunicación. Por una parte, las comunicaciones en el siglo XX e inicios del XXI constituyen un aspecto insoslayable en el estudio de lo social, por el papel preponderante de los medios de comunicación masiva y las tecnologías de información y comunicación (TIC) en la vida cotidiana de las sociedades contemporáneas, sus estructuras e instituciones (Castells, 1999). El desarrollo y la expansión de las comunicaciones han generado grandes transformaciones culturales, económicas, políticas, ideológicas y tecnológicas (A. Briggs y Burke, 2002) especialmente desde y durante el último cuarto del siglo XX. El concepto globalización no tendría hoy el mismo sentido sin las comunicaciones, sin los medios de comunicación de masas, aunque esto no implique que los medios y sus cambiantes posibilidades técnicas se conciban como el origen de este fenómeno sociopolítico (Hirsch, 2003). Pero sí han conformado en buena medida sus condiciones de posibilidad. Es difícil plantear el análisis de la historia reciente sin tomar en cuenta el papel de los medios masivos, las TIC y su impacto en los procesos de comunicación humana. Desde distintas perspectivas se considera que no es posible entender la sociedad sin estudiar sus mensajes y comunicaciones (Wiener, 1981), que son las formas concretas en que se produce y distribuye la información necesaria para existir; o que el desarrollo tecnológico de las comunicaciones define la cultura y la ideología en una sociedad en un momento determinado (Debray, 2001).

Por otra parte, una gran cantidad de acciones y medidas de salud pública dependen de las comunicaciones: campañas de inmunización, de prevención y detección oportuna de enfermedades, y otras medidas de protección sanitaria, son algunos ejemplos relevantes del uso de comunicación social para la salud, pues dependen para su difusión de medios de comunicación masivos como la televisión y la radio. Por ello, no es posible pensar en la salud colectiva y en la respuesta organizada de atención en salud al margen de los medios de comunicación (Gumucio Dagron, 2004). Es verdad también que la comunicación social como estrategia de intervención en salud pública es en gran parte una consecuencia de las condiciones sociales contemporáneas (Maibach, 2002) dado que vivimos en sociedades no sólo mediatizadas, sino mediadas: los medios de comunicación participan en la formación de las identidades, del concepto de sociedad que tenemos (Martín-Barbero, 1987).

Sin embargo, en América Latina, a excepción de Brasil, existen aún pocos trabajos críticos sobre salud y comunicación (Charles Briggs, 2005). Las comunicaciones están por lo general excluidas de las investigaciones en medicina social o en los núcleos latinoamericanos de salud colectiva fuera de Brasil y en menor medida, Argentina. Briggs considera que las corrientes críticas del pensamiento social en salud, como la medicina social – a lo que agrego, la salud colectiva en México- se podrían fortalecer si consideran la comunicación como parte de los conceptos y prácticas hegemónicas que se evalúan e intentan transformar.

Si las disciplinas de la salud tienen por objeto “los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se presentan en el curso de la reproducción social” (Samaja, 2004, p. 23), es necesario considerar cómo operan nuestras actuales sociedades, mediatizadas y mediadas. Para Briggs, lo que ha denominado “comunicabilidad en salud” o “biocomunicabilidad” conforma mecanismos que construyen y naturalizan ideologías y prácticas neoliberales (Charles Briggs, 2005, p. 103). Por ello funcionan como sistemas ideológicos que resignifican el impacto de las desigualdades sociales que afectan la salud,

reduciéndolas a un asunto de malas elecciones individuales, cuestión que debe ser objeto de reflexión para el pensamiento crítico en salud.

Aunque Briggs no habla específicamente de “comunicación en salud”, como práctica de intervención, considera que el modelo que sustenta en general las prácticas sanitarias se reproduce en la totalidad de las comunicaciones sobre salud: verticalidad y establecimiento de jerarquías: “la comunicabilidad es generadora de relaciones de poder y desigualdades, al estructurar la sociedad jerárquicamente y al reclutar a individuos y poblaciones para ocupar posiciones diferenciadas” (p.104), lo que lo lleva a plantear la existencia de un “modelo de comunicabilidad hegemónico”⁷. La conformación de un campo disciplinar sobre comunicación en o para la salud, puede entenderse en el marco de producción y reproducción hegemónicas y las características de su emergencia histórica son relevantes para entender el contexto actual de las comunicaciones mediáticas y el aún escaso desarrollo de la línea de investigación sobre comunicación y salud desde la salud colectiva en México.

Por otra parte, las particulares condiciones del país y la historia de sus medios de comunicación conforman un escenario específico para abordar la reflexión sobre comunicación y salud. El modelo mediático siempre está relacionado con el sistema político que lo enmarca: “Los modelos mediáticos más democráticos se generan en sociedades democráticas; los modelos mediáticos que tienen peso estatal es porque su sistema político tiene Estado fuerte; en los sistemas democráticos autoritarios sólo hay una televisora” (Fernández Christlieb, 2009, p. 106). En México, los medios de comunicación constituyen un poder fáctico con poderosa influencia política y una larga historia de negociación y acuerdo con el Estado (Fernández Christlieb, 2007), especialmente Grupo Televisa, compañía mexicana que es la más grande en el mundo de habla hispana en términos de su capitalización de mercado y participa en el negocio de entretenimiento a nivel mundial.

⁷ Planteamiento inspirado en el modelo médico hegemónico de Eduardo Menéndez (Charles Briggs, 2005).

1.2. Comunicación en salud y reformas neoliberales en América Latina

La comunicación en salud o para la salud es aún muy joven como propuesta disciplinar, o campo de estudio específico, dado que sólo en los últimos veinticinco años la validación del campo se ha constituido en un ámbito académico formal (Alcalay, 1999; Silva Pintos, 2001). Cada vez hay un mayor número de áreas, programas de especialización y proyectos de investigación sobre comunicación y salud en las instituciones de educación superior⁸ y existen cada vez más publicaciones científicas específicas sobre el tema. En cambio, es menor su desarrollo como línea de investigación en los programas académicos de salud colectiva o medicina social de la mayoría de los países latinoamericanos, a excepción de Brasil, país en el que la articulación entre comunicación y salud son condiciones de las políticas públicas sobre salud, incluso antes de establecerse como una línea de investigación académica, como se verá más adelante.

La historia y orientación predominante de la conformación disciplinar comunicación y salud de fines del siglo XX podría en parte explicar por qué desde los núcleos académicos de la salud colectiva y la medicina social latinoamericanas se ha analizado de forma limitada, intermitente o simplemente no se ha abordado (Charles Briggs, 2005) a pesar de su importancia en el campo de la ideología y la cultura. Una posible explicación a esta distancia, es que el *boom* académico e institucional de la comunicación en salud del siglo XX ocurrió a la par que las reformas neoliberales de los sistemas de salud⁹. El contexto en el cual la comunicación social en beneficio de

⁸ Por ejemplo, existen más de 25 programas académicos sobre *Health Communication* en Estados Unidos, de los que se puede mencionar el del Center of Health Communication de la Harvard School of Public Health o el de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health <http://www.healthcommunication.net/CHC/gradprograms/grad%20programs.htm>. Se pueden mencionar también la Maestría en Comunicación en Salud de la Pontificia Universidad Católica del Perú, la Especialización en Comunicación y Salud, de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata en Argentina o el Máster de Comunicación y Salud de la Universidad Complutense de Madrid, todos ellos programas de reciente creación. En Brasil hay programas más antiguos, pero con otras características, particularmente porque se relacionan con una concepción de la salud como responsabilidad del Estado y como un derecho (*infra*, p.47)

⁹ "...comenzaba la era del neoliberalismo, una corriente de pensamiento inclinada a analizar la salud como fuente de inversión económica, a criticar la salud pública como un obstáculo a la iniciativa

la salud se convierte en una meta internacional para los sistemas de salud, está marcado por lo que Laurell (1995) define como la transición de la salud de derecho social a mercancía. Los sistemas de salud en América Latina sufrieron profundas transformaciones, especialmente a partir de las reformas del período del ajuste estructural, que implicaron significativas disminuciones del gasto público en servicios sociales (Stahl, 1994).

Mientras se gestaban las reformas a los sistemas de salud en AL, que implicaron la crisis de la seguridad social (Tamez y Eibenschutz, 2008), el papel de los medios adquirió preponderancia: pasaron de ser los medios de comunicación masiva 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, que devino en el “ajuste estructural”, 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 transnacionales 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

privada, a ignorar el valor de los bienes comunes y a mover el panel de control de manos de la OMS hacia otras agencias internacionales: el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de Comercio. A partir de los años 80 del pasado siglo, el objetivo de salud para todos los seres humanos prácticamente desapareció por debajo del horizonte político. La idea de que podría ser un objetivo de desarrollo, un multiplicador de recursos humanos y una prioridad de políticas públicas quedó limitada en casi todas partes por otra opinión: que los sistemas de salud pública universal eran una carga para las finanzas del Estado y un obstáculo para la creación de riquezas” (Berlinguer, 2007, p. 8).

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, entre otras, proveer servicios de salud y seguridad social.

Es en este contexto en el cual toma forma y se desarrolla el interés por el uso de comunicación social en beneficio de la salud. Su orientación se explica como parte de las transformaciones del período histórico de las reformas neoliberales de los sistemas de salud, pero también, del control del Estado sobre las comunicaciones, que redujo enormemente su intervención en este terreno, y también, su participación en las actividades económicas del país (R. Gómez, 2004)¹⁰.

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 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 (1995) 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 en México (Laurell, 2013); 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:

¹⁰ Antes de las políticas neoliberales, el Estado mexicano era el principal empresario del país: poseía 1,115 empresas (Moody, 1995 en Gómez, 2004, p. 55) y controlaba la banca, las telecomunicaciones, la energía eléctrica, los ferrocarriles y las líneas aéreas nacionales, así como parte de la minería, industria metalúrgica, medios de comunicación y exhibición cinematográfica. Durante el primer sexenio reconocido como neoliberal, el de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), se privatizó la red de televisión pública, del Instituto Mexicano de la Televisión (IMEVISION), que empezó a ser operada por la empresa Televisión Azteca, S.A.de C.V. (Toussaint Alcaráz, 2009), conformando el escenario de las dos grandes empresas monopólicas de comunicaciones en México (Televisa y TV Azteca).

“...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” (Laurell, 1995, p. 6).

Ante este desplazamiento de las responsabilidades del Estado, los medios de comunicación aparecen como vehículo para estrategias o directamente como 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 salud¹¹, a través de insistir en la responsabilidad de la población sobre su propia salud (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. Desde esta perspectiva, las necesidades en salud no se definen a partir de lo que hay que hacer para mejorar y mantener la salud, sino de lo que se puede lograr desde las desiguales capacidades de los sistemas de salud, por lo que prevalece una concepción de la respuesta social a las necesidades en salud siempre limitada por los costos económicos.

Como eco al discurso sobre estilos de vida saludables aparecen gran cantidad de trabajos sobre la relación entre cambios de comportamientos de riesgo y comunicación en salud o *Health Communication*. Es en los noventa cuando se crean las publicaciones científicas internacionales sobre comunicación y salud más

¹¹ 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 y Mendoza, 2000: 1).

relevantes por impacto y periodicidad: Health Communication, que nace en 1989 y Journal of Health Communication, que comienza a publicarse en 1996¹².

El desarrollo del campo disciplinar ha estado así enmarcado en la camisa de fuerza de la temática “estilos de vida saludables” y la orientación al cambio de conducta (behaviorismo); se ha considerado el uso de medios de comunicación masiva como un recurso fundamental para fomentar la adopción de “comportamientos” sanos (Coe, 1998; Schiavo, 2007). Como se señaló anteriormente, resultó crucial para legitimar esta visión de la comunicación en salud el impulso de la OPS (OPS, 1996a, 1996b, 1997a, 1998); y también de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996, 1998, 2000, 2004). La OMS (1998) definió la comunicación social como una estrategia clave para informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y para mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. En estas perspectivas es notable el papel atribuido a la comunicación mediática para influir en cambios de comportamiento y conductas riesgosas para la salud (Coe, 1998).

Así, la temática sobre estilos de vida saludables se convirtió en eje de comunicación para las autoridades de salud de países como Estados Unidos, Reino Unido o Canadá y la mayoría de los países latinoamericanos¹³: coinciden en comunicar que la salud consiste en hacer buenas elecciones, es decir, que con la conducta apropiada, la salud está asegurada. En algunos países, como México

¹² Recientemente, en 2008, se lanzó *Journal of Communication in Healthcare*, como prueba del continuado interés en desarrollar el campo disciplinar. En España se crearon la *Revista Española de Comunicación en Salud*, la *Revista de Comunicación y Salud*; en Brasil también existen varias publicaciones sobre el tema.

¹³ La difusión de estilos de vida saludable ha devenido en modelo hegemónico de comunicación en salud para el sistema de salud en muchos países. Como ejemplos, en Estados Unidos, están: el programa *Healthy People* <http://www.healthypeople.gov>, la creación del Health Communication and Informatics Research Branch en el contexto del Behavioral Research Program de The National Cancer Institute <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/hcirb/> o el gran interés de los Centers for Disease Control and Prevention por promover prácticas de comunicación en salud <http://www.cdc.gov/healthcommunication/healthbasics/whatishc.html>; en Reino Unido <http://www.nhs.uk> y Chile <http://www.eligevivirsano.cl/>, dos programas similares de promoción de la salud destacan que la salud es algo que se “elige” a través del estilo de vida; en Canadá, The Health Communication Unit, <http://www.thcu.ca/>, <http://www.utoronto.ca/chp/THCU.html>. A nivel internacional, existe la Coalition of Health Communication <http://www.healthcommunication.net>.

(México, Secretaría de Salud, 2006) y Chile¹⁴, la concepción de prevención y promoción de la salud se establece en buena medida como equivalente de la comunicación en salud para el cambio de conducta¹⁵.

El enfoque sobre la comunicación social en salud para el cambio de conducta como acción costo- efectiva es una perspectiva hegemónica que está en tensión y contradicción con la salud colectiva latinoamericana. Por una parte, concebir la salud como una responsabilidad individual no reconoce que las condiciones económicas y sociales determinan y distribuyen de manera desigual la salud-enfermedad (López Arellano, Escudero y Carmona, 2008). Por otra, como propuesta de intervención en salud reproduce hegemonías en salud (Charles Briggs, 2005) y aunque intenta instituirse como una práctica conveniente, en tanto plantea como objetivo brindar información sobre cómo mantener la salud o no, no es neutral y establece parámetros normativos en la salud pública (Castiel y Álvarez-Dardet, 2010), reproduciendo un modelo dominante para pensar, construir y atender los problemas de salud (Granda, 2004) que ha mostrado sus límites y deficiencias hasta considerarse en crisis (Almeida y Paim, 1999).

En términos del análisis de las necesidades en salud, el modelo hegemónico de comunicación en salud, al centrarse en el cambio de conducta individual puede identificarse con lo que Breilh señala como la “corriente liberal”, que entiende “la necesidad humana como un valor relativo que depende de opciones individuales y de las posibilidades que cada persona y su familia tienen para adquirirlas en el mercado” (2003, p. 175). Desde esta perspectiva, las necesidades en salud se plantean como un problema individual, vinculado con elecciones de consumo y ejercicio del libre albedrío. Con ello, se desplaza simbólica y semánticamente el acento de las desigualdades en salud y los procesos de determinación social. La

¹⁴ http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/promocion.html (Consultadas 15 de abril de 2013)

¹⁵ Hacia fines de los 90 y principios de los 2000 se había ampliado la concepción de la comunicación en salud incluyendo temas diversos como el desarrollo de habilidades de comunicación del personal de salud (*Communication Skills*) o la alfabetización de los usuarios de servicios de salud (*Health Literacy*), o la comunicación periodística en salud, entre muchos otros; sin embargo, la temática de estilos de vida saludable sigue siendo el eje y el grueso de su orientación práctica y su desarrollo teórico, lo que puede consultarse en Schiavo (2007), autora que apuesta por el modelo hegemónico.

acción clave no es comunicar, sino persuadir, presuponiendo que la elección de un estilo de vida saludable depende de estar convencido de sus ventajas o emocionalmente dispuesto, gracias a la persuasión. Entre las teorías que han fundamentado los modelos verticales y hegemónicos de comunicación como la mercadotecnia social, la difusión de innovaciones y la comunicación persuasiva destacan las de la acción razonada y la social cognitiva o del aprendizaje social (Mosquera, 2003; Schiavo, 2007).

Entre múltiples críticas al concepto “estilos de vida saludables”, elaborados desde la salud colectiva y medicina social, la síntesis que ofrece Carvalho (2008) permite cuestionar:

- a) Que los individuos tienen autonomía¹⁶ para tomar decisiones y optar por conductas y prácticas de vida saludables.
- b) Que los cambios de actitud, por sí mismos tienen un efecto significativo en la salud, independientemente de otros factores.

Estas premisas se pueden contrastar con lo dicho por Benach y Muntaner (2008): “hoy en día alrededor de tres cuartas partes de la humanidad no dispone de la opción de elegir libremente comportamientos relacionados con la salud” (p.1). Ambos salubristas plantean que los mensajes centrados en una visión individualista de la salud no reconocen que el peso de los determinantes sociales en la salud es más relevante que las conductas individuales y que incluso las conductas responden a factores sociales. Desde esta perspectiva, proponer que la salud es responsabilidad de los individuos y depende de sus elecciones, tiene profundas implicaciones éticas: si depende de las personas, pero las personas no pueden elegir, los estilos de vida saludables fomentan las desigualdades e inequidades en salud.

¹⁶ En el sentido lato del término, estar en condición de no dependencia o con la potestad para regirse según normas propias.

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, aún en 2011. 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. ¿Es posible reconocer esta orientación en los contenidos sobre salud que comunica la televisión mexicana? ¿Comprobar su influencia y los fenómenos que genera? Un paso previo es plantear la discusión sobre la relación entre medios de comunicación y la construcción del sentido social sobre salud, o lo que Bourdieu denominaría “el orden simbólico” (1996).

1.3. 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 y Burke, 2002), no hay investigación empírica concluyente que muestre una relación directa los contenidos mediáticos y las conductas individuales (Maigret, 2005). Más bien, los medios masivos de comunicación están relacionados con- y/o participan de- la construcción, producción y reproducción de sentidos y la transmisión de la cultura y las ideologías. 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); diversas mediaciones operan en los procesos de comunicación (Martín-Barbero, 1987); y 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 –que en gran parte han abordado a la televisión, por su importancia mundial- 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 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). Orozco plantea que la audiencia no *nace*, sino que se *hace*. Esta distinción implica entender las audiencias como sujetos “que se van constituyendo” (1996, p. 32) tanto por su interacción particular con los medios de comunicación, como por las diferentes mediaciones del proceso de recepción. El reconocimiento de que hay más de una manera de ser audiencia, considera, es lo que ha originado las batallas por la audiencia, que han influido de manera determinante en la producción de contenidos mediáticos. Pero esta posibilidad, a su vez, abre la puerta a pensar la comunicación desde su potencial educativo y de formación crítica.

Como instituciones productoras de sentido, los medios juegan un rol social en la producción y reproducción simbólica, intervienen en la conformación de subjetividades. 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 y administran sus contenidos en relación a sus concepciones prefiguradas de las audiencias.

A los medios de comunicación, a los contenidos mediáticos, se les ha reconocido el poder para representar modos de ser o relaciones socialmente validadas, así como para asignar o no asignar más generalmente, el reconocimiento público, el honor y el estado de los grupos de personas. Los medios de comunicación juegan un papel decisivo en los procesos de obtención del consentimiento público (Esteinou, 2004). La prensa escrita y las de televisión y radio juegan un papel fundamental en la formación de la opinión sobre los distintos hechos de la realidad. Los problemas sociales solo se vuelven parte de los problemas públicos cuando tienen visibilidad en los medios de comunicación y construyen como tales (Champagne, 2000). Para que un problema se considere de interés público y político, su presencia en medios de comunicación es indispensable: “un problema social sólo lo es si la opinión pública lo considera como tal, y en este proceso los medios de comunicación juegan un papel determinante” (Peixoto Caldas y Rodríguez Castro, 2010, p. 114).

Sobre los medios existe un debate desde hace varias décadas en relación con su papel potencial como servicio público, la necesidad de democratizarlos y volverlos más incluyentes y representativos, frente a su función de pivote del mercado y de las opciones políticas con acceso a los medios. Aunque estas discusiones han conducido a la creación de estaciones de televisión estatales y algunas ofertas alternativas, los medios siguen siendo dominados por grandes monopolios transnacionales, que han evadido sistemáticamente los intentos de distintos Estados por regular sus prácticas. A decir de Javier Esteinou, los medios de comunicación masiva en México, particularmente la televisión, constituyen actualmente el “Primer

Poder Ideológico”¹⁷ en el país (Esteinou, 2008) y participan directamente de las decisiones políticas en el país. Propuestas como el Informe McBride de los años 80, que propugnaba la necesidad de liberar las comunicaciones, democratizarlas, cambiar su carácter unidireccional, incluir modelos de comunicación horizontal y considerarlas como derechos de los ciudadanos y grupos sociales, siguen siendo asignaturas pendientes tres décadas después (Esteinou, 2004).

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 las emisiones de televisión, entendidas como flujos mediáticos: reproducen y representan la realidad y se anclan en ella, pero también la constituyen, construyen y crean (B. Gómez, 2005), por lo que su ejercicio de reproducción y representación es también producción de sentido social sobre 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. 138). Particularmente la televisión, por su enorme influencia en México y en América Latina, se puede identificar como parte de los mecanismos de reproducción social, es decir, de aquellos que aseguran la reproducción de las relaciones sociales existentes, estructurales y simbólicas (Thompson, 1993).

¹⁷El autor define Primer Poder Ideológico como: “la principal fuerza cultural que fija, tanto en los momentos de hegemonía como en los de crisis social, la dirección ideológica de los valores, principios, creencias imaginarios, cosmovisiones, sentidos, etc. de los individuos y comunidades de las sociedades contemporáneas en la etapa de la modernidad occidental” (Esteinou, 2008, p.65).

Los contenidos y mensajes mediáticos participan de la construcción de las ideas, percepciones y definiciones que socialmente tenemos sobre la salud, a través de representaciones mediáticas (Calonge Cole, 2006). La mayoría de las personas, en los países con fuerte penetración mediática, obtienen de los medios de comunicación una buena parte de la información sobre salud de la que disponen (Castells, 1999), porque es también a través de los medios que obtienen muchas otras informaciones sobre otros ámbitos de la vida social, entre los que destaca la política, la economía, los sucesos del mundo, etc. Estudios en América del Norte y Europa señalan que por cada persona que obtiene información sobre salud por medio de profesionales de la salud, 2 la obtienen de la radio y 15 de la televisión (OPS, 1998).

Comunicar sobre salud a través de la televisión coloca a quienes emiten/producen la comunicación en una posición dominante para imponer sus producciones culturales y simbólicas. Es decir, participan con mayor influencia en la reproducción de las relaciones sociales de dominación (Bourdieu, 1997) porque ocupan el espacio de la legitimidad. Maigret (2005) coincide en esta visión: los medios no son omnipotentes ni producen lo que existe, pero tienen la mejor ubicación social posible para transmitir sentidos y significados y desde esa posición ejercen dominio. La televisión constituye actualmente una condición para la existencia misma del poder simbólico: en sus flujos mediáticos se producen y reproducen discursos; y la reproducción simbólica es una de las dimensiones de la reproducción social. Parte importante de estos discursos son sobre salud o se relacionan con el tema, en el sentido inicialmente propuesto: salud, enfermedad, terapéutica, prevención. Es su posición privilegiada en un espacio de poder la que determina la importancia de su análisis.

1.4. *Discursos sobre salud y espacios públicos*

A través del análisis de la genealogía del poder Michel Foucault ha mostrado en su obra la estrecha relación entre poder y saber y la conexión entre la producción de discursos y la formación de saberes. El autor plantea que no hay práctica social que sobreviva si no existe un poder que la sostenga, por lo tanto considera que la relación entre poder y práctica social es intrínseca, constituyente (Michel Foucault, 1978, 2004). La forma en que el poder se sostiene y logra ser aceptado por las mayorías la atribuye en gran medida a la producción de discursos y de prácticas discursivas. Toda práctica social está fundamentada o soportada en un discurso.

Así, Foucault establece la articulación entre práctica social, discurso, saber y poder. Toda práctica se sostiene en un discurso, todo discurso es un saber y es también, ejercicio del poder:

"Poder y saber se articulan por cierto en el discurso. Y por esa misma razón, es preciso concebir el discurso como una serie de fragmentos discontinuos cuya función táctica no es uniforme ni estable. Más precisamente, no hay que imaginar un universo del discurso dividido entre el discurso aceptado y el discurso excluido o entre el discurso dominante y el discurso dominado, sino como una multiplicidad de elementos discursivos que pueden actuar en estrategias diferentes." (Michel Foucault, 1978, p. 122)

El poder crea saber y el saber está vinculado a sistemas de poder que lo producen y lo sostienen (lo reproducen). Cada sociedad, en cada momento histórico, promueve cierto tipo de discursos como los verdaderos y sanciona otros como falsos (Michel Foucault, 1970). "El discurso transporta y produce poder", afirma Foucault (1978, p. 123), pero no sólo puede ser instrumento y efecto del poder. Simultáneamente, "lo mina, lo expone, lo torna frágil y permite detenerlo" (p.123). Para Foucault, el tema central al analizar discursos tiene que ver con sus condiciones de posibilidad, no con las cuestiones lingüísticas: por qué es ese discurso y no otro, por qué no ha podido más que ser ese, por qué excluye a los demás, cómo es que se ubica en la posición privilegiada, cuáles son las reglas que ordenan los discursos (1970). Y esto exige mirar permanentemente cómo los

discursos sociales se organizan dependiendo de la correlación de fuerzas que se establecen en los mecanismos de su ordenamiento, su posición y producción.

El discurso es condición del poder simbólico, pero no es un campo conquistado, sino un espacio de conquista permanente, que necesita la reproducción para su mantenimiento. Para Teun Van Dijk (1999), si un estudio busca analizar el poder, debe tener en cuenta los discursos, especialmente los discursos públicos, porque la lucha por el poder es también la lucha por la palabra. Roland Barthes plantea que a final de cuentas la lucha política se dirime como un conflicto de interpretaciones y se refiere a la relación indisoluble entre lenguaje y poder, entendiendo el lenguaje como “aquel objeto en el que se inscribe el poder desde toda la eternidad humana” y al poder como el parásito del lenguaje (1987, p. 117). Foucault mismo ha definido discurso como el conjunto regular de hechos lingüísticos, aunque no se reduzcan a ellos (Michel Foucault, 1973). Desde otra perspectiva, Bourdieu ha señalado también la importancia de lenguaje y discurso, y su relación con el poder (Bourdieu, 1982, 19 de octubre).

Aunque es más que ello, la televisión también se puede entender como lenguaje y discurso. El lenguaje y por tanto, los contenidos televisivos, tienden a ser concebidos de forma representacional, planteando que mundos, lenguaje y personas están separados entre sí, por lo tanto la realidad es una instancia externa al propio lenguaje. Desde nuestra perspectiva, la televisión puede ser abordada no como un mero reflejo o representación del mundo, sino como acción y construcción social: el lenguaje –mediático o no- es también constitutivo de las relaciones sociales y las formas de entender la realidad. Los contenidos mediáticos se constituyen en relación con los contextos, los sujetos y las relaciones en las que formas particulares de proponer, visibilizar, nombrar y clasificar constituyen una determinada experiencia de realidad, de práctica social y discursiva, a la que denominamos, para el caso de la televisión, flujo mediático. Los flujos mediáticos son también discursos y el problema del poder está también imbricado en ellos.

La salud y la salud pública han estado históricamente caracterizadas por una visión positivista, marcadamente biológica y medicalizada, centrada en la enfermedad y no en la salud (Granda, 2004). Eso es lo que Feo Istúriz, Feo Acevedo y Jiménez (2012) describen como "pensamiento hegemónico en salud", que simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y la enfermedad a simples factores de riesgo. La validez de los saberes sobre salud son dominio del campo médico y científico, de forma hegemónica. Como señaló (Michel Foucault, 1976) la medicina ha ganado un enorme poder desde el siglo XIX y continúa siendo muy importante para el control social. Las áreas que son medicalizadas son cada vez mayores (Michel Foucault, 1977) y más espacios y procesos humanos, de la vida cotidiana, se incorporan como entidades patológicas abiertas a la intervención médica, que reclama su eficiencia total y margina a su vez los modos alternativos de lidiar con las enfermedades o las formas desprofesionalizadas de manejo de procesos vitales (como el parto por ejemplo). La medicalización de la vida se construye también a través del lenguaje y de la manera en que se organiza la experiencia y se describe el mundo con la salud como argumento principal. La salud se discute en un lenguaje normativo y prescriptivo, que define prácticas, conductas y modos de ver. Ese poder acumulado es una de las claves de la lucha política sobre la salud en el terreno simbólico.

Por ello es tan relevante ganar la batalla discursiva: porque se busca definir la interpretación social del problema o tema a través de los discursos. Esta lucha se decide también por la posibilidad de participar en su definición y sentido: aunque el discurso dominante en un momento histórico se expone y fragiliza en el sentido de Foucault, porque es susceptible de ser analizado y desmontado, no implica un proceso de sustitución por este simple acto de investigación. Para que otras formas de ver, de pensar y de entender los problemas sociales puedan sustentar la acción, las prácticas sociales, hace falta más que ello: para ser vehículo de poder cualquier discurso necesita estar socialmente validado, participar del orden simbólico.

Desde diversos estudios de la comunicación se ha planteado que hoy en día, estar fuera de la escena mediática significa no existir como voz pública. Los medios se transformaron en lo que durante los años noventa se bautizó como “nuevo espacio público”: “el marco mediático gracias al cual el dispositivo institucional y tecnológico propio de las sociedades postindustriales es capaz de presentar a un público los múltiples aspectos de la vida social...” (Ferry y Wolton, 1998, p. 19). Esta nueva ubicación histórica de los medios electrónicos de información ha influido en la jerarquía de fuerzas que dirigen a la sociedad contemporánea (Esteinou, 2008). En este espacio público “ensanchado” se disputa el poder y se busca ocupar el mejor lugar en el “mercado simbólico” (Giménez, 1989) para legitimar el discurso socialmente.

Como legos, lo que sabemos sobre salud es mayoritariamente lo que está presente en los espacios públicos. Esto es especialmente válido para quienes no están cerca de las prácticas discursivas instituidas del campo de la salud, es decir, para quienes no pertenecen al campo de los saberes en salud, los legos. La medicalización se ha entrecruzado con lo que Briggs define como “comunicabilidad”:

“Este proceso aparentemente lineal y unidireccional crea y jerarquiza subjetividades y ubicaciones sociales sobre la base del conocimiento especializado, el control sobre las tecnologías y la posición institucional; cuanto más alejados de los lugares de producción privilegiados estén localizados los individuos y grupos, menores son la agencialidad, el poder y la autoridad que les pueden ser atribuidos” (Charles Briggs, 2005, p. 104)

El impacto de la televisión en la construcción y significación social de la salud, no es menor (Ortega, Mc Phail y Vega Montiel, 2011). Ante eso hay que preguntarse qué implicaciones tiene, para poder vivir la salud (y no sólo la enfermedad) el predominio de ciertos discursos mediáticos y no otros en la televisión, qué interrelaciones tienen, cómo se vinculan con la sociedad, cómo intervienen en la acción social.

Esta investigación se inscribe en el análisis crítico del discurso (ACD) en tanto que trata de problemas sociales, plantea que las relaciones de poder son discursivas; que los discursos son constituyentes de la sociedad y la cultura y que hacen un trabajo ideológico; que los discursos son históricos y están relacionados con momentos específicos (Van Dijk, 1999). No sólo se pueden abordar las comunicaciones como una forma de entender lo social, sino que se pueden abordar para entender fenómenos de dominación, desigualdad, hegemonía y legitimidad, como los que señalan Ch. Briggs y Mantini Briggs (2005) al considerar que los “regímenes biomédicos de comunicabilidad” (p.151) generan inequidades comunicativas en salud y establecen jerarquías sociales diferenciadas. La pregunta más relevante, para el caso de la salud es ¿cuáles son las consecuencias de estos fenómenos, expresados a través de los discursos mediáticos sobre la salud?

1.5. Abordar la comunicación como determinante de la salud

Destaca la importancia de integrar al estudio de la determinación social de la salud y al análisis de políticas y prácticas de salud, los procesos de comunicación. Desde una visión conservadora y despolitizada de los determinantes sociales de la salud, la OMS considera que son las circunstancias bajo las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. “Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”¹⁸. Como parte de esas circunstancias debe considerarse la mediatización de la sociedad y la enorme dependencia de las comunicaciones y la tecnología que experimentamos en todos los niveles de la vida cotidiana.

Desde una perspectiva de derechos, la OMS ha establecido que lograr el grado máximo de salud es un derecho humano fundamental (OMS, 2013). Desde el año 2000 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas adoptó una Observación general sobre el derecho a la salud, que explicita

¹⁸ http://www.who.int/social_determinants/es/

que este derecho no se refiere únicamente a la atención de salud oportuna, sino que incluye factores determinantes, como condiciones de vida, trabajo y medio ambiente; y también, acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

El derecho a la información –idealmente a la comunicación- es un determinante social poco discutido, aunque esté relacionado con la capacidad de ejercer el derecho a la salud. El informe sobre la salud mundial de 2004 de la OMS (OMS, 2004) enfatiza que “el acceso equitativo a la información científica, publicada y no publicada, es una acción prioritaria. Para alcanzar al conjunto de usuarios que debe beneficiarse de los resultados de las investigaciones (investigadores, tomadores de decisión, gestores del sistema de salud, profesionales de la salud, pacientes, público en general), deben ser puestas en práctica distintas estrategias de difusión de la información” (en Guimarães, Silva y Noronha, 2011, p. 14). Uno de los temas más insistentemente señalados en las visiones críticas sobre comunicación y salud, plantea la importancia de que se establezcan políticas públicas para regular y fomentar las comunicaciones, a fin de democratizar el acceso a la salud (Pitta y y Magajewski, 2000).

Los problemas de acceso a la información sobre salud no están relacionados únicamente con aspectos tecnológicos o condiciones económicas, es decir, con el acceso diferenciado a las tecnologías para diversas clases sociales. Guimarães et al. (2011) proponen integrar al análisis de las desigualdades en el acceso a la información sobre salud la noción de capital intelectual como elemento básico para la elección y uso de la información, como una competencia necesaria para operarla: capacidades necesarias para acceder efectivamente a la información comunicada, en términos de comprensión y capacidad de uso. Además, hacen hincapié en la importancia de tener la posibilidad de seleccionar información diferenciada. Es decir, competencias comunicativas, pero también una oferta de información que permita seleccionar, que sea suficiente, diversa y aborde distintas perspectivas sobre la salud.

Sin embargo, la orientación dominante en *Health Communication*, enmarcada en la temática de estilos de vida saludables (Carvalho, 2008) tiene más un carácter de mandato que de opción, como responsabilidad de los sistemas públicos de salud en América Latina. Así como se puede cuestionar la capacidad de los individuos para elegir estilos de vida saludables, también es posible cuestionar si la práctica de comunicación dirigida a los cambios de conducta es un asunto de elección para América Latina. Coe (1998) señala que para la década de los 90 el 80% de los préstamos del Banco Mundial en la esfera sanitaria incluyeron un componente de comunicación para la salud. O, que subvenciones de salud y nutrición otorgadas por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) destinaron fondos específicos para comunicación, que para fines de los años 90 se calcularon aproximadamente en 20 millones de dólares para América Latina y el Caribe. Si la comunicación en salud para el cambio de conducta es un elemento de evaluación para atraer recursos y financiamiento puede considerarse que condiciona el tipo de comunicación de las instituciones de salud, es decir, la respuesta social de atención en salud que desde el ámbito de la comunicación generarán los proyectos de salud, su orientación y la mirada hacia las necesidades en salud.

El derecho a la comunicación sobre salud requiere ser discutido y cuestionado, puesto que establece un marco de acción para los individuos que no necesariamente puede ser observado y establece posiciones jerárquicamente diferenciadas en la sociedad que sitúan a grupos e individuos con distintos valores respecto a la salud (entre los enfermos y los sanos; entre los que siguen las reglas dictadas y los que no; entre quienes pueden tomar decisiones sobre su salud y quienes no tienen esa opción, entre otros ejemplos). Los análisis de Charles Briggs consideran que esta es una forma concreta de construir hegemonías comunicativas en salud, que acentúan la desigualdad en vez de atenuar su efecto en la salud colectiva (Charles Briggs, 2005; Charles Briggs y Mantini Briggs, 2005).

Frente a las hegemonías comunicativas en salud y a los problemas relacionados con la brecha digital y las competencias comunicativas para el acceso a la información, en la relación comunicación y salud se encuentran también las condiciones de posibilidad para la participación social: el ejercicio real de control social (ciudadano) y la constitución de ciudadanías en salud (Torres, 2007), lo que implica nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad y la ampliación de la esfera pública, como ha sido el caso de Brasil. En este país la Constitución Federal incluyó desde 1988 la participación de la sociedad en la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) como una directriz general para los servicios de salud. El término “control social” se refiere específicamente a la participación de la sociedad en la planeación y fiscalización de los servicios de salud. Si bien tanto en México como en Brasil la constitución política específica que el derecho a la información debe ser garantizado por el Estado, en este último país el marco jurídico considera en términos concretos la relación entre información y comunicación sobre salud y participación social (Torres, 2007).

La participación ciudadana requiere organización para ejercer plenamente control social y para esto el acceso y manejo de comunicación e información es un recurso indispensable. Sin comunicación e información, señala (Torres, 2007), no es posible que los sujetos sociales puedan ejercer la ciudadanía en salud. La participación se posibilita y potencia en la medida en que se construyen sentidos e intereses colectivos, que requieren de procesos y habilidades de comunicación para concretarse.

No se trata de decir que en Brasil las comunicaciones sobre salud sólo están dirigidas a la participación social o que no existen similitudes con escenarios como el mexicano. Se enfrentan también a los problemas derivados de la implantación de modelos verticales de comunicación, a la temática de estilos de vida saludable, al dominio de la comunicación desde el mercado de la salud y a los problemas de acceso a los espacios públicos de la comunicación (Pitta y Magajewski, 2000), por lo que han sido señalados los límites para la construcción de relaciones

democráticas en el campo de la salud, tanto en Brasil como en otros países de América Latina desde los problemas de comunicación, que también pasan por las transformaciones territoriales y espaciales contemporáneas. Sin embargo, en términos de políticas públicas se diferencian de México, en donde no se aborda específicamente la cuestión de la comunicación sobre salud en los marcos jurídicos de las instituciones ni se establece la relación entre salud, comunicación y participación social.

Por otro lado, hay que aclarar que al considerar que las comunicaciones son también determinantes de la salud, se evita pensar en términos absolutos, planteando que si toda actividad humana tiene sentido y significado, todo es comunicación: esta idea es rechazada. Se trata de superar precisamente aquella visión que quiere encontrar en la puesta en práctica de estrategias de comunicación verdaderamente efectivas la panacea para solucionar los problemas de salud pública. Simplemente, se trata de integrarla al análisis de los determinantes sociales.

“La comunicación es tan sólo una dimensión más en el complejo entramado de elementos que condicionan y determinan la salud individual y colectiva. Por eso, lejos de esa mirada que quiere convertirla en la principal respuesta a todos los problemas, aspiramos a que la comunicación se incorpore como una dimensión más en el proceso de gestión de las políticas de salud pública, de forma integral (a lo largo de todo el proceso) y transversal (en todas las relaciones entre estamentos y actores)” (Díaz, 2012).

Uno de los temas más importantes por los cuáles es importante incluir la comunicación sobre salud (en términos de educación e información, pero también como regulación de las comunicaciones) tiene que ver con el papel del Estado para garantizar el derecho a la salud. México, como Estado Parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tiene las siguientes obligaciones vinculadas: proteger la salud, adoptando medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute de este derecho (por ejemplo, a través de la regulación de sus actividades); respetar, en el sentido de no impedir o perjudicar el disfrute del derecho; y cumplir, es decir, adoptar las medidas necesarias (marcos jurídicos, políticas públicas, medidas presupuestarias, etc.) que aseguren la plena

efectividad del derecho a la salud. Los procesos de comunicación, inherentes a los conceptos educación en salud e información en salud, son componentes necesarios de este derecho, así como el derecho a la información sobre el desempeño de los sistemas públicos de salud.

En México el derecho a la salud –que constitucionalmente sólo se describe como “derecho a la protección de la salud” - es un tema controversial, que ha sido criticado (Laurell, 1995) sobre todo a partir de la segunda generación de reformas a los sistemas de salud y la creación del Seguro Popular de Salud (Laurell, 2013; Tamez y Eibenschutz, 2008). Se ha señalado que las inequidades en salud persisten y que en la práctica, el Estado mexicano no cumple con asegurar el derecho a la salud de su población (Montiel, 2004). En ese contexto, hablar sobre comunicaciones en salud oportunas, horizontales, accesibles y con valor de uso o de la regulación de las comunicaciones comerciales sobre salud, pueden parecer temas menos relevante que asegurar el acceso a servicios de salud o medicamentos. Sin embargo, lo que sostiene esta investigación es que las formas hegemónicas de comunicar sobre salud obstaculizan la exigibilidad del derecho a la salud, el uso de los servicios de salud y en general, de los beneficios sociales que podrían mejorar los niveles de salud colectiva. Es un determinante que debe ser trabajado e investigado paralelamente a otros, tanto a nivel de las políticas sobre salud, como en relación con las regulaciones de la comunicación masiva en México.

1.6. Políticas públicas y marco jurídico sobre comunicación y salud en México

Las políticas de comunicación para la salud pueden definirse como el conjunto de relaciones comunicativas entre el Estado y la sociedad relacionadas con la salud, sean directas o mediadas (Pitta y Magajewski, 2000). Implican tanto la conceptualización y definición de las prácticas comunicativas en salud estatales como las regulaciones sobre salud y comunicación. Las prácticas son las expresiones concretas de estas políticas; y las estrategias, su orientación conceptual en términos de los destinatarios, contenidos y tono de las comunicaciones. Las transformaciones en políticas, prácticas y estrategias reflejan siempre formas concretas de entender la salud, la comunicación y los sujetos destinatarios, conformando problemas teóricos – epistemológicos, ontológicos- y éticos, de interés para la salud colectiva.

En México no existe una política pública integral sobre comunicación y salud. Aunque existen marcos jurídicos que se relacionan con la salud, en términos de promoción y educación, no existe una ley específica que aborde el cómo hacer o qué características debe tener la comunicación. Es más, los términos “comunicación en salud” o “comunicación para la salud” no aparecen mencionados en los reglamentos y normas de salud o sobre medios de comunicación, la única mención es “comunicación educativa”. Sólo es posible hablar del marco jurídico seleccionando las dispersas referencias al tema que aparecen en los distintos estatutos del país. Esto es particularmente importante en un país con una importante tradición jurídica en el que, lo que no está estipulado en las leyes, no existe.

El derecho a la información está considerado por las leyes mexicanas. Desde 1977 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala en el artículo 6 que el Estado es el responsable de garantizar el derecho a la información (Granados Chapa, 2009), reforma que se añadió como una extensión al derecho de libre expresión. Sin embargo, aunque este derecho está estipulado sólo se plantea que los partidos políticos y los pueblos indígenas tienen derecho a ser representados en los medios de comunicación, es decir, deben tener acceso a espacios públicos

mediáticos. Aunque el derecho de réplica está estipulado, no puede ser garantizado en la práctica (Granados Chapa, 2009).

Según el Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión (LFRT) (Poder Ejecutivo-Secretaría de Gobernación, 2002) la televisión constituye una actividad de interés público y es labor del Estado salvaguardarla y vigilar que cumpla funciones sociales (Art. 1, p. 2). Entre estas funciones se encuentran: la educación popular, la difusión de la cultura, la extensión de los conocimientos, el fortalecimiento de principios y tradiciones, el estímulo a la capacidad para el progreso, la creatividad artística de los mexicanos, la participación ciudadana y solidaria y el análisis de los asuntos nacionales “desde un punto de vista objetivo a través de orientaciones adecuadas que afirmen la unidad nacional, la equidad de género y el respeto a los derechos de los grupos vulnerables” (Art. 3, p.3). Sin embargo, el reglamento es ambiguo pues señala que estos son los objetivos que deben orientar “preferentemente” el quehacer de la televisión, pero no son obligaciones ni se trata de un reglamento vinculante¹⁹. Si bien el espacio aéreo que se utiliza para la transmisión de las ondas electromagnéticas de la televisión es propiedad de la nación y nadie puede utilizarlo sin un permiso público, la mayoría de la televisión en México es de carácter comercial, pues han sido las empresas y no el Estado quienes desarrollaron la televisión en el país y en general, en América Latina. No existe en México hoy en día ningún canal de televisión pública de cobertura nacional (Toussaint Alcaráz, 2009).

En los reglamentos específicos sobre salud, hay referencia a comunicación social en la Ley del Seguro Social (Estados Unidos Mexicanos-Presidencia de la República, 1995), que considera específicamente el uso de medios masivos de

¹⁹ Aunque la salud no está especificada o incluida como materia de educación o difusión, hay que hacer notar que existe una relación semántica entre televisión y radio y la salud, en las menciones: “la función social de estas actividades debe llevarse a cabo con transparencia y objetividad, teniendo la finalidad primordial de proteger el sano desarrollo de la niñez y juventud mexicanas” (Poder Ejecutivo-Secretaría de Gobernación, 2002, p. 1). En la misma introducción, también se menciona que el objetivo del reglamento es un “sano desarrollo de la industria de radio y televisión”. Esta aspiración contrasta con el escaso interés por plantearla como un tema estratégico para la comunicación social en el país.

comunicación para promover la salud (Art. 210, p. 45). En la Ley General de Salud (Estados Unidos Mexicanos-Presidencia de la República, 2013) se menciona que se desarrollarán programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual (Art. 68, p. 21); educación sobre los efectos del alcohol en la salud, especificando el uso de comunicación masiva (Art. 185, p. 63) y el desarrollo de campañas de educación para prevención de adicciones (Art. 192 Ter, p. 65). También se habla de comunicación educativa en un estatuto más reciente, la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, “Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación”. La norma plantea que la comunicación educativa está sustentada en técnicas de mercadotecnia social y su objetivo es reforzar los conocimientos sobre salud y promover conductas saludables en la población (Estados Unidos Mexicanos-Secretaría de Salud, 2005, p. 35).

Salvo estas menciones específicas, los contenidos mediáticos sobre salud en México no son materia específica de regulación, excepto en relación con los mensajes publicitarios, que en teoría deben cumplir el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad (México Gobierno Federal, 2000). En este reglamento se especifica las características de la información sobre productos o servicios sobre salud. Entre otras cuestiones, el reglamento prohíbe que la publicidad brinde información engañosa o exagerada sobre propiedades o efectos de los productos que promueve y señala a la Secretaría de Salud como la autoridad que puede exigir la comprobación de las aseveraciones que respecto a la salud o contenidos se hacen sobre productos y servicios (art. 11). Sin embargo, este reglamento es permanentemente transgredido, porque está formulado para sancionar pero no para impedir comunicaciones públicas.

Entre 2009 y 2012 en México hubo fuertes polémicas sobre publicidad engañosa, sobre “productos milagro” (El Poder del Consumidor, 2011; Rodríguez, 2011) y sobre la publicidad del principal anunciante de productos vinculados con la salud en la televisión mexicana, Genomma Lab (que originalmente fue una empresa

de comunicación, Producciones Infovisión, antes de convertirse en una empresa de comunicación que vende productos de las industrias farmacéutica y cosmética). La discusión alcanzó tanto a la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) como a los propios miembros de la industria farmacéutica, quienes denunciaron a Genomma Lab por prácticas éticamente cuestionables en la publicidad y comunicaciones en general (López, 2009). Cofepris señaló inicialmente diversos productos de Genomma Lab y otras empresas como “productos milagro”. Durante este período la Cofepris sufrió diversos reveses, mostrando el poder de las televisoras y los anunciantes de productos farmacéuticos, incluido un escándalo mediático que involucraba a la Comisión, para deslegitimarla frente a la opinión pública (Villamil, 2010). En 2010 la Comisión aceptó ante el Colegio Médico de México que no podía sancionar a los anunciantes infractores porque no eran localizables, entre otros motivos, por la falta de cooperación de los propios medios de comunicación (Cantera, 2010). La polémica derivó finalmente en la renuncia del comisionado de la Cofepris, mostrando la fuerza fáctica de la empresa Genomma Lab y otras farmacéuticas (Cruz Martínez, 2011), pero también la fuerza de los grupos de comunicación interesados en el inmenso negocio de la publicidad sobre medicamentos: ya en el 2009 Televisa había anunciado una alianza con Genomma Lab para la venta internacional de medicamentos OTC y productos para el cuidado personal (El Economista, 2009) y hasta la fecha, sigue siendo el grupo mediático más beneficiado por la transmisión de publicidad de esta compañía. Para 2012, se plantearon nuevas regulaciones en materia de publicidad, sugeridas por Cofepris, que obligan a las televisoras u otros medios a solicitar copia certificada de la autorización sanitaria de los productos antes de ser anunciados (Coronel, 2012). También, se incrementaron los costos de las multas por publicidad engañosa, que sobrepromete o genera expectativas irreales sobre los medicamentos de venta libre (OTC)²⁰. Si bien el período que se analiza en esta investigación es anterior a estas nuevas medidas, no hay expectativas de grandes modificaciones, básicamente

²⁰ Los medicamentos de venta libre o sin receta se conocen por sus siglas en inglés “*Over the counter*”. Se utiliza aquí esa sigla por la extensión de su uso en la literatura sobre análisis de la publicidad de este tipo de medicamentos.

porque las sanciones no son comparables a las ganancias que produce la transgresión de la reglamentación sobre publicidad y salud.

Por ejemplo: entre 2010 y 2013 la Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco) multó a Genomma Lab con más de dos millones de pesos en cada ocasión, por publicidad engañosa (PROFECO, 2010, 2013). Sin embargo, esta firma que se ocupa de vender comunicación y salud, obtuvo ganancias en el último trimestre de 2009 del orden de los 377 millones de pesos, un incremento del 122.4 respecto al año anterior (Reuters, 2010). Anualmente, cuadruplica esas ganancias.

Por otro lado los reglamentos en México abordan de manera ambigua algunos temas destacados en la reflexión y análisis sobre publicidad de la industria farmacéutica o de otros productos herbolarios, suplementos alimenticios o cosméticos, o incluso alimentos y bebidas que, o se promueven como medicamentos o dicen tener propiedades terapéuticas: por ejemplo, la representación del respaldo de los profesionales de la salud, especialmente médicos, a los productos anunciados (Mercer, 2005) u otras relaciones semánticas o representacionales sobre salud, en el caso de productos que sin ser medicamentos se promueven con las mismas estrategias de venta.

En México existe el Consejo de Autorregulación y Ética Publicitaria²¹ que se regula a través de un Código de Ética Publicitario. Este a su vez supervisa el cumplimiento de dos códigos sectoriales: el Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas no Alcohólicas Dirigida al Público Infantil (PABI), donde participan los afiliados del Consejo Mexicano de la Industria de Productos de Consumo, A.C. (CONMÉXICO) y el Código de Autorregulación y Ética Publicitaria de Productos Cosméticos (COSMEP) donde participan los asociados a la Cámara Nacional de Perfumería y Productos Cosméticos (CANIPEC). Esto significa que los encargados de definir las normas y límites para la comunicación que sobre estos productos se realiza, en relación con la salud y con cualquier otro tema, son los

²¹ http://www.consumidor.gob.mx/wordpress/?page_id=7323

propios anunciantes. Como señala el británico Tim Lobstein, quien ha realizado estudios sobre publicidad infantil y obesidad, “pedirles a las compañías que restrinjan su propia publicidad es como pedirle a un ladrón que te arregle la cerradura de la puerta de tu casa. Él te dirá que estás protegido, pero tú no lo estarás” (Sola, 2012). Adicionalmente, la noción de publicidad no parece abordar la totalidad de mensajes que aparecen en los flujos mediáticos de televisión (u otro medio)- por ejemplo en la programación- sino que sólo se refieren a anuncios publicitarios que se reconocen como tales y que no son los únicos formatos de publicidad comercial existentes. Aunque están prohibidos por la Constitución (art. 6b, fracc. IV), en México muchos formatos de publicidad comercial extendida (como los infomerciales) presentan la promoción o propaganda como periodística o noticiosa. Una significativa proporción de ellos publicita medicamentos o productos farmacéuticos de diversa índole.

Así, el marco jurídico sobre comunicaciones y salud que se ha descrito se caracteriza por ser ambiguo, fragmentado y cumplirse con poco rigor. Javier Esteinou (2008) considera que tanto la existencia de una normatividad débil y anacrónica en el terreno comunicativo; como el debilitamiento de la posición rectora del Estado en materia de comunicación son algunos de las transformaciones cruciales que han determinado el enorme poder de los medios de comunicación en México, su nueva ubicación histórica en la jerarquía de fuerzas que dirigen a la sociedad contemporánea neoliberal.

1.7. La televisión en México y el poder mediático

Los medios tienen gran importancia en la vida cotidiana en nuestro país: la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009, revela que en México el tiempo promedio que las personas mayores de 12 años dedican a la utilización de medios masivos de comunicación es de 13 horas a la semana, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (INEGI, 2012, p. 241). Esto significa el 59% del tiempo semanal que en México los mayores de 12 años dedican a actividades como la convivencia, la

cultura, la recreación y el deporte. En comparación, las personas dedican en promedio sólo el 28.1% de este tiempo a la convivencia social.

La televisión es el medio de mayor penetración²², cobertura²³ y consumo en los hogares en México. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía ha calculado que en la última década más del 90% de los hogares posee al menos una televisión funcionando (INEGI, 2009). Para el año 2009, el 95.1% de los hogares contaban con aparato de televisión. IBOPE AGB, una de las agencias privadas que realiza medición de audiencias de televisión, radio y otros medios de comunicación masivo, ofreció un dato aún más alto: en 2009, 98.8% de los hogares en México contaban con televisión (IBOPE AGB México, 2010).

Pero, además de su penetración, cobertura y consumo, en México los medios de comunicación masiva, especialmente la televisión, la radio y la prensa, han jugado un importante papel político, ideológico y de definición del rumbo de la sociedad, pero no solamente en términos de sus efectos con las audiencias, sino de su papel como estructuras e instituciones sociales. Hoy en día, se reconoce que ese poder lo concentra la televisión, lo que ha llevado a hablar de que existe una “telecracia” y que las televisoras son *poderes fácticos*, refiriéndose a los dos grandes monopolios de la información y el entretenimiento, Grupo Televisa y TV Azteca, que concentran el 95% de las frecuencias de televisión abierta. México es el país que mayor concentración monopólica de medios tiene a nivel mundial y ocupa el tercer lugar entre los países de la OCDE que más caros ofrecen sus servicios (Ampudia, 2013). Jaqueline Peschard utiliza el término *poderes fácticos* para designar a aquellos que, aún fuera del poder institucionalizado, tienen la fuerza para condicionar el ejercicio de la acción del Estado mexicano, amenazarlo o neutralizarlo. La autora considera que ejemplos de los poderes fácticos contemporáneos son las grandes televisoras o el narcotráfico (2006 en Fernández Christlieb, 2007), tremenda comparación que

²² El término “penetración” describe el porcentaje de hogares que pueden recibir una señal de comunicación. Este porcentaje se calcula en relación con el universo de hogares de un país o una ciudad.

²³ El término “cobertura” se refiere a la extensión territorial que cubre un medio de comunicación.

alude a la forma oscura en que ambas fuerzas ejercen sus poderes sobre la sociedad.

El papel de la televisión en México como *poder fáctico*, ha sido mayor mientras menor es la regulación e intervención del Estado mexicano como productor de la esfera mediática. Especialmente en la década de los noventa, con el neoliberalismo, es posible observar una importante disminución de la participación del Estado en el sector de las comunicaciones, dejando casi toda la responsabilidad de la producción y distribución televisiva al sector privado y a la lógica comercial. Desaparece la red pública de televisión nacional (IMEVISIÓN)²⁴ y se funda Televisión Azteca, el segundo grupo de comunicación más importante de México. Las transformaciones no tienen que ver solo con aspectos tecnológicos, sino con el cambio de posición de los medios de comunicación y en especial de la televisión, se hace evidente en la correlación de fuerzas: es cada vez más importante en términos políticos, culturales e ideológicos.

“de haber sido instrumentos de difusión relevantes en 1960 en México, de transformarse en instituciones importantes de socialización en 1970 y de convertirse en el *cuarto poder* político a partir de 1980, como corresponsables del poder; a principios del 2000 se transformaron en el vértice del poder actual. Es decir, ya no solo son simples instituciones importantes de información o el *cuarto poder*, sino que ahora se han convertido en el *Primer Poder Ideológico* que existe en nuestra sociedad” (Esteinou, 2008, p. 65)

El poder de los medios en México en la esfera política se hizo evidente en el año 2002. En octubre de 2002, el entonces presidente Vicente Fox, tras un período de negociación con las televisoras, principalmente con Televisa, modificó el Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión (vigente desde 1973) que le otorgaba al Estado (idealmente para comunicación social, de servicio público) el 12.5% del tiempo de transmisión. A partir de esta reforma, el tiempo obligado se convirtió en el 1.25% del tiempo total (Becerril, 2002) y el Estado se convirtió en un

²⁴ Al desaparecer IMEVISIÓN la televisión pública en México quedó representada únicamente por canales locales (Toussaint Alcaráz, 2009). El canal que mayor cobertura tiene, si bien no es nacional, es Once TV del Instituto Politécnico Nacional.

mejor cliente para las televisoras. En un espacio de cinco años, el gasto total en Publicidad Oficial en 18 entidades federativas se multiplicó por dos y pasó de un total de 1,170.4 millones en 2005 a 2,518.4 millones en 2010 (FUNDAR, 2011). Hasta el día de hoy se mantiene una importante discusión sobre el gasto público en comunicación, porque supera los montos presupuestados, especialmente en el sector salud, sin que los mensajes tengan sentido y utilidad social sino que buscan principalmente capital político (Ruelas Serna y Dupuy, 2013)

Televisa es reconocida como la televisora más importante y poderosa de México (Fernández Christlieb, 2007) con una larga historia de acuerdos, componendas y corrupción en alianza con los gobiernos en turno (Fernández Christlieb, 2009). En 2006 se generó una gran polémica por la aprobación sorpresiva de la “Ley Televisa”. Esta reforma a la Ley Federal de Telecomunicaciones (LFT) y a la Ley Federal de Radio y Televisión (LFRT) estipulaba que las televisoras que ya estaban usando frecuencias para su transmisión podrían usar el nuevo espectro digital libre de cargos, o sea, sin pagarlo al Estado durante los siguientes veinte años²⁵. La ley fue aprobada por la Cámara de Diputados en una madrugada, en sólo 7 minutos y prácticamente por unanimidad, algo atípico y sospechoso. El Senado la aprobó sin modificar ni fondo ni forma. De inmediato, distintas voces críticas señalaron que la reforma constituía un regalo negociado: un bien público (el espectro digital de frecuencias) otorgado a medios privados: el duopolio mediático mexicano que conforman Grupo Televisa y TV Azteca, a cambio de favores al Estado. El escándalo fue inmenso y la opinión pública nacional mostró su rechazo a la reforma (Aleman, 2007). Finalmente, la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió que contenía artículos inconstitucionales y las partes nodales de la “Ley Televisa” se derogaron (Becerril, 2007), pero es imposible no observar el inmenso poder de las televisoras al lograr que se aprobara una ley que los beneficiaba directamente con tal prontitud, secrecía y nivel de acuerdo entre las distintas fuerzas políticas del país.

²⁵ A propósito de la transición de la televisión análoga a digital, que en México espera concluirse en 2015 y que se conoce como “apagón analógico”, el espectro de frecuencia digital se vuelve más grande y los monopolios de las comunicaciones en México buscaron asegurar su posición dominante con la “Ley Televisa” (Fernández Christlieb, 2009), ante el riesgo de enfrentarse a nuevos competidores.

Javier Esteinou propone dirigir una mirada hacia los medios de comunicación masiva en México entendiendo que su posición de poder la han establecido fundamentalmente en su relación con el Estado y las instituciones sociales:

“...el poder de los medios dejó de ser una simple variable de presión aislada sobre el Estado mexicano y de reconducción mental y anímica de las comunidades nacionales, para convertirse ahora en un *poder fáctico* que forma parte de la columna vertebral de las nuevas estructuras constitutivas de poder para estructurar ideológica y políticamente de forma cotidiana al Estado y a la sociedad mexicana, especialmente en las grandes ciudades. Así, entramos en una nueva fase histórica nacional que nos llevó a vivir bajo el imperio del nuevo poder informal de los medios de difusión colectivos, donde su *fuerza fáctica* compite permanentemente con el desempeño y las funciones de los otros 3 poderes constitucionales del Estado mexicano (Ejecutivo, Legislativo y Judicial), hasta llegar, en ocasiones, al grado de minimizarlos, subordinarlos o disputar con ellos su centralidad y su rectoría, para imponer a la colectividad su proyecto de desarrollo social y de vida que fijan las exigencias del mercado desregulado de los monopolios” (Esteinou, 2008, p. 91).

Los temas de salud no están separados del *poder fáctico* de la televisión en México. Para las televisoras la salud es un gran negocio: evidencias de ello se pueden ver no sólo en términos de la venta de publicidad para los anunciantes del mercado de la salud, que constituye una importante fuente de ingresos para las dos principales televisoras del país, sino en su incursión como empresarios en la salud. Además de la alianza comercial entre Televisa y Genomma Lab para la distribución de medicamentos OTC y productos de cuidado personal en Estados Unidos (El Economista, 2009) se puede mencionar el gran negocio del Teletón, que constituye un verdadero monopolio en la atención a las discapacidades (Cabrera, 2012), que capta recursos públicos para financiar servicios privados de salud; y que implica un enorme ejercicio de comunicación que favorece a Televisa y muchas otras empresas, con imagen de marca, beneficios fiscales y mayores ganancias. Por su parte, Grupo Salinas, en control de TV Azteca, ha incursionado el ámbito de los

servicios financieros para la salud y ofrece seguros de enfermedad y seguros de vida, en asociación con distintos proveedores privados de servicios de salud²⁶.

1.8. Antecedentes en el análisis de contenidos mediáticos sobre salud

Este breve apartado busca establecer las principales diferencias entre la presente investigación y otros estudios que incluyen el análisis de contenidos mediáticos sobre salud. Sin ser de carácter exhaustivo, ofrece elementos para una revisión del tratamiento de este tipo de investigaciones, que suelen tener en común una mirada fragmentada a la comunicación mediática, centrada en temas concretos, por ejemplo daños a la salud; o en tipos de comunicaciones específicas. Este tipo de estrategias de análisis permiten entender más profundamente temas determinados, mientras que la estrategia que guía esta investigación tiene que ver con captar una panorámica lo más amplia posible, aunque tiene menor profundidad.

En Estados Unidos es posible encontrar estudios sobre análisis de contenido sobre mensajes relacionados con la salud, una amplia revisión de estos se puede consultar en Manganello y Blake (2010), quienes analizan 441 artículos sobre análisis de contenido de mensajes sobre salud, en el período 1985 a 2005, centrado en evaluar las características metodológicas de los artículos (análisis de contenido sistemático, replicable, con sustento teórico o no, etc.). Muestra que los 441 artículos publicados en esa década se enfocan a temas concretos (especialmente obesidad y nutrición, violencia, alcoholismo, tabaquismo, adicciones, imagen corporal) y/o a tipos de comunicaciones específicas: publicidad comercial, anuncios de servicio público, programas, noticias. La naturaleza de las comunicaciones mediáticas, hiperfragmentadas, múltiples y de enorme volumen, explican en parte estas decisiones metodológicas. En los textos revisados no se encontró ninguna propuesta de análisis de contenido que aborde la totalidad de alusiones a la salud del medio o medios seleccionados en un período de tiempo determinado.

²⁶ <http://www.segurosazteca.com.mx>

Existe una amplia tradición de análisis sobre la publicidad de la industria farmacéutica, de muy antigua data (Lobo, 1979) y que siguen siendo tema de discusión, sobre todo como insumos para las instancias de toma de decisiones sobre la regulación de publicidad sobre salud (Humphreys, 2009; Mintzes, 2002; Wilkes, Bell y Kravitz, 2000), pero aunque el abordaje es crítico hacia los contenidos, generalmente son análisis que se realizan dándole un menor énfasis a la influencia de los medios de comunicación en la vida cotidiana y a las características de las sociedades mediatizadas y mediadas por las comunicaciones.

En América Latina, la comunicación en salud parece estar dissociada, como práctica de intervención de los sistemas de salud, del análisis de los contenidos propiamente sobre salud o relacionados con ésta, que ya circulan en los medios de comunicación y que no están específicamente concebidos como comunicación social. La investigación sobre comunicación en salud –como intervención de salud pública está planteada de una forma poco autónoma respecto al paradigma dominante de biomedicina, en el sentido de destacar preocupaciones- por demás, legítimas- acerca de la importancia que tienen los medios de comunicación como transmisores de contenidos que serán rápidamente “aceptados” por sus públicos y por tanto, la necesidad de hacer más científicos sus contenidos (Silva Ayçaguer, 2012) o sobre la efectividad de las estrategias de comunicación en salud y los problemas técnicos que implica generar una estrategia de comunicación e implementarla (Silva Pintos, 2001). En este sentido, es posible identificar predominio de miradas heterónomas, respecto al *establishment* biomédico (Castro, 2011) también sobre las problemáticas de comunicación y salud .

Un antecedente directo de esta investigación es el proyecto COMSALUD (Alcalay y Mendoza, 2000), realizado en el año 2000, apoyado por OPS, OMS, Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social (FELAFACS), la Basic Support for Institutionalizing Child Survivor (BASICS) y la Organización de Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO), y finalmente financiado por USAID. El proyecto se propuso como un estudio de los contenidos

sobre salud en medios de comunicación en 12 países latinoamericanos. COMSALUD realizó un análisis de medios selectivo, que incluyó una mayor diversidad de medios (televisión, radio, prensa, medios especializados), pero menos mensajes seleccionables. Uno de sus principales resultados fue proponer que “la salud vende” (Alcalay y Mendoza, 2000), es decir, que incluir contenidos sobre salud es atractiva para aumentar la audiencia (*rating*). Esa afirmación es la base para proponer, según plantean las autoras, que los medios de comunicación estarían interesados en establecer agendas de salud pública y modelos de comportamiento saludable (Alcalay y Mendoza, 2000: 9), porque hacerlos redituaría en mayores ganancias para las industrias mediáticas.

Estas recomendaciones contrastan con el hecho de que sólo se analizaron contenidos mediáticos seleccionados: programas o noticieros y mensajes del sector público sobre salud. Pero no se incluyó la publicidad comercial en el análisis, que constituye cuantitativa y cualitativamente un relevante contenido mediático. Es un material complejo, que multiplica el esfuerzo de revisión y clasificación, pero la principal crítica que esta investigación elabora respecto al Proyecto COMSALUD es que no puede pensarse que algo tan relevante como la publicidad comercial sobre salud no está comunicando, por lo tanto es un error no incluirla en una revisión sobre lo que es la salud en los medios. Esta exclusión está relacionada con una manera de ver la salud, que es compatible con entenderla como una mercancía que compite con otros productos con las reglas del mercado, o cómo señalan Salinas Figueredo y Tetelboin Henrion (2005), con una organización “mercadocéntrica” de la sociedad. Desde esta perspectiva es válido que los servicios de atención a la salud y también el acceso a tratamientos sean servicios que deben ser comprados y no derechos sociales. La omisión del análisis de la oferta de consumo sobre salud en el Proyecto COMSALUD implica además considerar que esos discursos mediáticos no influyen en la producción, mediación y recepción de otros mensajes sobre salud, cuestión que constituye uno de los principales obstáculos, proponemos aquí, para el desarrollo de políticas de comunicación que consideren la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención en nuestras sociedades contemporáneas.

Desde la salud colectiva y la medicina social latinoamericana sí existen trabajos que han estudiado los saberes sobre salud y los paradigmas dominantes. Si bien la investigación sobre comunicación y salud predominante suele concentrarse en las prácticas de comunicación social o estrategias específicas, es decir, en la comunicación como respuesta social ante la salud-enfermedad, más allá de esta concepción, desde la medicina social se ha abordado más bien el papel de las comunicaciones en la representación de la enfermedad, la salud y el riesgo. Eduardo Menéndez (Menéndez, 1981, 1982, 1998) y Menéndez y Di Pardo (2008), recuperan el papel de los medios de comunicación (televisión, prensa) en la construcción de representaciones sociales sobre la salud destacando así, desde una mirada antropológica, la relación entre medios y cultura, también sobre temas específicos (alcoholismo, riesgo). Trabajo destacado es el de Luis Castiel, desde Brasil, quien ha abordado críticamente la información y comunicación sobre salud centrado en las “precariedades del exceso” de nuestra época hipercomunicativa. Castiel parte de la premisa de que las cuestiones de salud colectiva engloban crecientemente más “dimensiones estructurantes atravesadas por recursos y objetos comunicacionales” (Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005, p. 18) y ha demostrado la relación que existe entre la comunicación masiva sobre riesgos de contagio de enfermedades específicas y la considerable elevación de la demanda de atención en los servicios de salud respecto a dichas enfermedades (Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005, p. 143).

Tanto Castiel y Álvarez-Dardet (2010) como Menéndez y Di Pardo (2008) enfatizan en el tono de los contenidos sobre salud que comunican los medios masivos. Es notable que en contextos de investigación muy diferentes, ambos textos refieran la difusión de discursos sobre peligros y riesgos que generan temores sociales frente a las enfermedades y modelan las formas de comportamiento adecuadas para prevenirlos. Estos estudios muestran cómo la comunicación sobre salud establece prioridades en la agenda pública mediática, participando así de la producción social de los significados sobre la salud y estableciendo, entre otras

construcciones simbólicas, las necesidades colectivas sobre este tema, sobre las que no hay un consenso desde las distintas posiciones en el campo de la salud pública, por ejemplo, entre la salud que puede también ser considerada mercancía, de la “nueva salud pública” y la salud como derecho humano y fundamental, de la salud colectiva y la medicina social (Feo Istúriz et al., 2012).

Capítulo 2. Una propuesta de análisis de flujos mediáticos.

Metodología

En este capítulo se describe el análisis de contenido realizado, sus particularidades y planteamientos. Se establecen puntos de enlace con la noción de totalidad compleja de Juan Samaja (2004) y su propuesta de considerar estratos en la realidad, a través variables absolutas, relacionales y de contexto; y el esquema de análisis de contenido utilizado, según la propuesta de Klaus Krippendorff, con unidades de muestreo, unidades de registro y unidades de contexto (Krippendorff, 1990) que orientaron la organización y clasificación del material revisado. Adicionalmente, se especifican las exclusiones y sus motivos, dada la extensión del material revisado.

A continuación, se describen los ejes analíticos a través de los cuáles se construyeron datos sobre el corpus de la investigación. Estos ejes de análisis se elaboraron a partir de la revisión del material: emisores de contenidos sobre salud; significación de la salud-enfermedad-atención-cuidado y formas de caracterización de los servicios de salud, profesiones y soluciones y respuestas a los problemas de salud; el abordaje de la relación entre salud y roles de género; y la referencia permanente a “lo saludable”. Se describen los criterios de codificación utilizados para clasificar los materiales a fin de organizarlos de forma ordenada, sistemática y replicable (Krippendorff, 2004) y cómo se tomaron decisiones para clasificar mensajes como “relacionados con salud”, por alusiones directas, por proximidad semántica o de conceptos y representaciones alusivas. El capítulo metodológico termina esquematizando la matriz de datos de la investigación.

2.1. Análisis de contenido del flujo mediático

El análisis de contenido es la técnica clásica de análisis de productos masivos de comunicación (Berelson, 1984) y 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 (Andréu, 2001). Por lo general, el análisis de contenido implica contar elementos y emplear alguna técnica de automatización para

procesar la información. Cuantitativamente, se busca identificar prevalencias o presencias, ausencia, frecuencias de eventos o proporción de contenidos en el conjunto. Cualitativamente, el análisis de contenido puede analizar discursos, representaciones, relaciones semánticas, argumentación u otras características del material que ofrezcan información relevante. Analizar contenidos puede entenderse como un proceso de deconstrucción y posterior reconstrucción, no en un sentido filosófico, sino analítico: para acceder a la totalidad hay que separar las partes y elegir una forma de reconstruirlas de una forma coherente que pueda dar luz sobre sus relaciones y dimensiones como totalidad.

El análisis de contenido no se limitó a un solo elemento principalmente porque el material analizado era muy diverso. Así que se generaron tres grandes grupos de contenidos: los informativos, y los de entretenimiento; y un tercer grupo que es transversal porque está presente en ambos tipos de contenido: la publicidad. Se utilizó la propuesta de análisis de contenido desarrollada por Klaus Krippendorff (1990), porque su marco teórico converge con la investigación: el autor señala que los contenidos necesitan entenderse en relación a sus contextos (histórico-sociales) y considera al menos dos dimensiones analíticas distintas: los contenidos en sí mismos y su ubicación o situación. Esta tesis intenta superar en parte los problemas de la fragmentación o selección de ciertos contenidos con esta forma de deconstrucción de los flujos mediáticos, aunque integrando una dimensión más, la de las relaciones entre contenidos, como se ha explicado con anterioridad, para enriquecer la posterior reconstrucción analítica del material estudiado.

Como técnica, el análisis de contenidos mediáticos implica un gran ejercicio de clasificación, pero esta clasificación por sí sola difícilmente puede dar cuenta de la complejidad de los procesos de comunicación; muchas veces tiene la limitante de no vincularse con otros elementos del proceso comunicativo (Andréu, 2001); por ejemplo, el análisis de la recepción o la forma en que los contenidos están situados en la práctica (estructura de la programación, horarios, relaciones intertextuales entre contenidos, etc.). Como se ha señalado en la introducción, esta investigación

plantea que la emisión de contenidos en televisión puede abordarse en términos de proceso, es decir, como una totalidad que ontológicamente tiene distintos niveles o “estratos” (Samaja, 2004, p. 211), y que opera en conjunto: para describirla se utiliza el término flujos mediáticos, que representa las emisiones televisivas como una totalidad compleja, multidimensional e interrelacionada, un flujo incesante de comunicación mediática articulado entre sí y con sus audiencias.

Esta concepción condujo a tomar decisiones metodológicas que definieron la sistematización que propone Krippendorff (1990), sobre unidades de muestreo (medio, canales y períodos seleccionados), registro (unidades mínimas de análisis) y contexto (unidades explicativas de los contenidos). La primera de ellas, fue revisar la totalidad de emisiones televisivas durante períodos determinados, que representaran a su vez medidas de tiempo completa: veinticuatro horas de programación, una semana completa de lunes a domingo, para caracterizar la relación de la totalidad de la programación con la vida cotidiana y las audiencias prefiguradas. La segunda, fue intentar registrar los diferentes contenidos relacionados entre sí, para poder analizarlos desde múltiples ángulos, es decir, no solamente saber cuántos y cuáles programas, noticias y publicidad se emitieron y con qué características, sino construir los datos relacionados, registrando el total de programas según horarios, el total de publicidad según programas o noticieros, el total de programas según género televisivo, el total de noticias según tema, el número de repeticiones (impactos²⁷) de cada mensaje publicitario, la distribución de la publicidad según temas y programas, etc.

²⁷ El término “impactos” se utiliza en el lenguaje de la publicidad para hacer referencia a las veces que un mensaje publicitario es emitido.

Tabla 1. Conceptualización de las variables para el análisis de contenido de flujos mediáticos de televisión

Tipo de variables	Descripción
Variables absolutas (Unidades de análisis)	<p>“Entes separados”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mensajes publicitarios • Episodios de programas y noticieros • Noticias
Variables relacionales	<p>“Interrelaciones” entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas y publicidad • Noticieros y publicidad • Organización y articulación entre contenidos
Variables contextuales	<p>“Acciones comunicacionales”</p> <p>Contenidos situados según:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barras horarias (matutina, vespertina, estelar, nocturna, madrugada) • Días de la semana • Audiencias prefiguradas

Primera aproximación a una matriz de datos según la propuesta de Samaja, 2004, p.211-212, considerando flujos mediáticos como totalidad compleja.

Aunque la investigación se orienta principalmente al análisis de contenidos mediáticos, busca situar esta revisión empírica en relación con la oferta mediática en conjunto y no abordándola únicamente a través de la clasificación fragmentada de contenidos. Los medios de comunicación masiva no emiten contenidos indiferenciados que van al encuentro de cualquier público. Su oferta programática y de publicidad está articulada según concepciones de las dinámicas sociales y de la vida cotidiana, que prefiguran, entre otras cosas, el tipo de audiencia que consumirá o recibirá estos contenidos, por eso Orozco (1997) señala que las *audiencias se hacen*. El análisis integrado de las barras horarias y programáticas de televisión; y de la ubicación de los mensajes según la programación permite relacionar contenidos y mensajes con sus destinatarios finales, a fin de cuestionar cuáles son las

especificidades de los contenidos sobre salud que se distribuyen según audiencias y horarios, tanto en el sentido de entender qué es lo que más difusión tiene (horarios de audiencias altas o bajas), como de la caracterización de los consumidores, principalmente por género y edad.

Para la clasificación inicial, se definieron unidades de muestreo, unidades de registro y unidades de contexto (Krippendorff, 1990).

2.1.1. Unidades de muestreo

Por unidades de muestreo comprendemos los medios seleccionados en un período determinado y permiten explicar la particular conformación del *corpus* analizado. Dado que se considera la televisión como institución social y estructura productora de sentidos el estudio buscó seleccionar el medio de comunicación nacional de mayor penetración, cobertura y consumo en nuestro país: la televisión y específicamente sus canales más consumidos.

Los criterios para seleccionar la muestra de televisión fueron los siguientes:

- a) Ser canales con cobertura nacional
- b) Representar las unidades de mayor uso o consumo de su tipo (los canales nacionales de tv con más audiencia)
- c) Considerar un período de tiempo significativo para la vida cotidiana (una semana)

El *corpus* se construyó con catorce días de emisiones continuas de televisión (672 horas) de los dos canales nacionales de mayor audiencia (Canal 2 “Canal de las Estrellas” de Televisa y Canal 13 “Azteca13” de TV Azteca). Los catorce días revisados corresponden a dos semanas diferentes, a fin de poder compararlas: 3 al 9

de octubre y 21 al 27 de noviembre del año 2011. La selección de las semanas se realizó por disponibilidad de los contenidos²⁸ de televisión.

Tabla 2. Unidades de muestreo: medios de comunicación seleccionados y períodos de análisis

Canal	Semana A. 3 al 9 de octubre de 2011	Semana B. 21 al 27 de noviembre 2011	Total de unidades analizadas
Canal de las Estrellas (Canal 2, Televisa)	24 horas x 7 días	24 horas x 7 días	24 horas x 14 días
Azteca 13 (Canal 13, TV Azteca)	24 horas x 7 días	24 horas x 7 días	24 horas x 14 días

Estos dos canales de cobertura nacional registran las mayores audiencias y tienen particular impacto en la cultura nacional: en ellos pasan los noticieros de mayor audiencia e importancia y son también quienes mayor control ejercen sobre las informaciones de interés público.

²⁸ Este trabajo utiliza el corpus de televisión del estudio “Violencia contra las mujeres y comunicación masiva. Un análisis de medios audiovisuales e impresos en México” (Rojas-Rajs, 2012), una investigación financiada por la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM) y dirigida por el Centro Regional de Estudios Multidisciplinarios (CRIM) de la UNAM. En esa investigación, la semana del 21 al 27 de noviembre de 2011 se seleccionó específicamente en busca de mensajes relacionados con el tema violencia contra las mujeres (por la conmemoración del 25 de noviembre, Día Internacional por la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres) y la del 3 al 9 de octubre se seleccionó de manera aleatoria en un período de 3 meses previo a la primera semana seleccionada. El financiamiento otorgado a ese proyecto hizo posible la compra de los materiales con que se elaboró esta tesis (las 24 horas de emisiones de televisión de 14 días, en dos canales nacionales, registradas por Auditsa S.A., una empresa de monitoreo de medios) y la contratación de un equipo de investigación que colaboró en la revisión de las 672 horas de televisión que se analizan. El equipo estuvo conformado por cuatro investigadoras, incluida la autora de la investigación y de la presente tesis doctoral. El material se revisó en un período de 6 meses. El equipo de investigadoras sólo participó en la clasificación y revisión del material, no en el análisis posterior, pues concluyó el financiamiento del proyecto sobre violencia. Con la estructura inicial de la revisión total, se completó en una segunda etapa de trabajo de campo una aproximación más detallada a los materiales clasificados como relacionados con salud.

Tabla 3. Canales de Tv, participación y composición de audiencias

Nombre	Participación de audiencia (share) ²⁹	Audiencias	
		Hombres	Mujeres
Canal de las Estrellas, Televisa	34 %	37.5%	62.5%
Azteca 13, TV Azteca	21%	37.0%	62.0%

Fuente: Composición de audiencias calculada con base en los promedios semanales de los ratings más altos para las semanas estudiadas, comparando los mismos programas (“Una familia con suerte” para Televisa y “Cosas de la vida” para TV Azteca), según datos de IBOPE AGB (IBOPE AGB México, 2012a, 2012b), principal empresa de medición de ratings y audiencias en México.

Sobre el período de análisis, se consideró que la oferta de contenidos mediáticos se dirige a una determinada concepción de los públicos. 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 la presuposición fue que la relación entre oferta y audiencias mostraría resultados relevantes.

No se seleccionaron medios específicos para niños. Un análisis de esa naturaleza está pendiente para un momento futuro. En el caso específico de la televisión, los canales seleccionados tienen horarios de audiencias infantiles, pero en baja proporción, sin embargo ambos canales se definen a sí mismos como oferta de programación para toda la familia.

Dado que el estudio se elaboró a partir de una muestra amplia de televisión, se puede afirmar que sus resultados brindan una imagen que corresponde a las emisiones dominantes de televisión en el país en las semanas estudiadas. Los

²⁹ Share o participación de audiencia se refiere a la distribución de audiencias entre los canales, del total de televidentes del universo de la audiencia nacional de TV. Los canales seleccionados suman 55% de toda la audiencia de televisión abierta, según datos de Televisa (Televisa, 2012).

resultados provienen de una muestra seleccionada en medios, cantidad y períodos de tiempo y es válida para el tiempo que representa. La selección de canales de televisión y períodos que se analizaron en esta investigación determinaron la especificidad de los resultados.

2.1.2. Unidades de registro

Las unidades de registro representan en el análisis de contenido la unidad mínima de análisis, el segmento de contenido codificable que más se puede reducir (Andréu, 2001; Krippendorff, 1990). Una unidad de registro 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. En este estudio, las unidades de registro constituyen unidades mínimas dentro del flujo mediático que tienen límites claros. Aunque comparten los elementos que se refieren a la salud en su codificación, según los ejes analíticos, están separadas por tipo de contenido: informativo, de entretenimiento o publicidad.

Contenidos informativos

Tabla 4. Unidades de registro de contenidos informativos: noticias y episodios de noticieros

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

Canal	Noticias		Noticieros	
	n	%	n	%
Azteca 13	2,529	53.6	32	51.6
Canal de las Estrellas	2,190	46.4	30	48.4
Total general	4,719	100.0	62	100.0

n= en el caso de noticias, representa cada noticia independiente y en noticieros, cada episodio

Se registraron todas las noticias, independientemente de su extensión y las veces que se repitieron. Cada repetición de una misma noticia constituye una unidad

de registro distinta, considerando que las audiencias no pueden interpretarse como una sola, al estar fragmentadas. Los episodios de noticieros también fueron registrados como unidades individuales.

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 (62 episodios). Fueron excluidos del análisis de noticias de televisión los noticieros de deportes, que prácticamente anulaban el peso de categorías como salud o educación en el conjunto de noticias (que constituyen menos del 5% en ambos casos). Las noticias sobre deportes resultaron ser el grupo más importante, por encima de las noticias políticas y de gobierno, dado que existen gran cantidad de programas dedicados exclusivamente a ese tema. También se excluyeron los noticieros de nota roja, porque debido a su particular interés en noticias amarillistas, modificaban radicalmente los resultados engrosando la categoría otros y disminuyendo el peso de la salud en el total. Los noticieros seleccionados representan la principal fuente de información en México sobre el estado de las cosas, ya que son considerados serios y los episodios son comparables entre sí.

Contenidos de entretenimiento

Los canales de televisión analizados tienen una oferta de programación muy similar (ver Tabla 5), que se concentra en las telenovelas (24.8%) y los mini dramas (13.5%), particularmente en el caso del canal 2. Estos programas, sumados a los de revista de entretenimiento (6.0%) y los *talk shows* (5.5%), están dirigidos principalmente a audiencias femeninas.

Tabla 5. Unidades de registro de contenidos de entretenimiento: episodios de programas de televisión según género televisivo

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

Género de programas	Canales de televisión				Total general	
	Azteca 13		Canal de las Estrellas			
	n	%	n	%	n	%
Telenovela	34	17.1	65	32.5	99	24.8
Mini Dramas ⁽¹⁾	34	17.1	20	10.0	54	13.5
Opinión y análisis	26	13.1	8	4.0	34	8.5
Revista Entretenimiento	10	5.0	14	7.0	24	6.0
<i>Talk Show</i>	12	6.0	10	5.0	22	5.5
Deportes ⁽²⁾	10	5.0	9	4.5	19	4.8
Farándula	13	6.5	5	2.5	18	4.5
Cine	10	5.0	6	3.0	16	4.0
Show de Talentos	10	5.0	6	3.0	16	4.0
Concursos	3	1.5	11	5.5	14	3.5
Comedia			13	6.5	13	3.3
Variedades			13	6.5	13	3.3
Otro	37	18.6	20	10.0	57	14.3
Total general	199	100.0	200	100.0	399	100.0

Nota: n son episodios.

(1) Melodramas no seriados, como las telenovelas. (2) No son noticieros.

Como programación de entretenimiento se incluyeron todos los programas que no pertenecen a la categoría noticieros.

Azteca 13 tiene además un importante porcentaje de programas de opinión y análisis (13.1%), que se transmiten después de los horarios estelares; y programas sobre chismes de la farándula (6.0%). La programación sobre los géneros descritos se concentra de lunes a viernes (programación para mujeres). También son relevantes para ambos canales los programas deportivos (4.8%, generalmente transmisión de eventos deportivo) y los shows de talentos (4.0%) pero estos programas, especialmente los deportes, se transmiten más durante los fines de semana (programación para varones).

Publicidad

Cada mensaje (*spot*) publicitario se registró de manera independiente y se clasificó por tipo. Fueron asignadas claves de identificación para cada mensaje independiente que permitieron registrar cada aparición como un nuevo anuncio, pero conservando la relación con todos los mensajes iguales.

Tabla 6. Unidades de registro de publicidad en televisión, según tipo

Semanas del 3 al 9 de octubre y del 21 al 27 de noviembre de 2011		
Tipo de publicidad	n	%
Publicidad comercial	18,809	88.5
Publicidad gubernamental	1,584	7.5
Filantrópico (fundaciones, donativos)	379	1.8
Franja Electoral ⁽¹⁾	370	1.7
Motivacional (valores sociales)	58	0.3
Servicio público (origen privado)	58	0.3
Total general	21,258	100.0

n= al número total de mensajes, incluidas las repeticiones.

Nota: no se presentan los datos por canal porque la mayoría de los anuncios aparecen en ambos.

(1) El período de análisis fue previo a las elecciones presidenciales del año 2012, por lo que se encontraron permanentes pautas publicitarias de partidos políticos e instituciones públicas encargadas de las elecciones.

Es común analizar los mensajes por separado y hablar de sus impactos, pero la decisión metodológica fue sumar el total de mensajes como parte del flujo mediático. Los 21,258 spots revisados son 1,755 piezas independientes, pero el mensaje que más se repite, tiene 107 apariciones (un anuncio de Farmacias Similares); y los que menos, sólo 1. Abordarlos individualmente no permite ver el verdadero peso de las categorías temáticas de la publicidad que alude a la salud en el conjunto de las emisiones de televisión. Por ello, todos los datos de publicidad se presentan agregados, considerando el total de repeticiones de todos los mensajes.

Además de los mensajes publicitarios tradicionales de 20, 30 o 10 segundos, o incluso, de 60; se registraron 147 programas publicitarios en el período analizado, identificados como *informerciales*, un tipo de publicidad que utiliza formatos de

televisión para promover productos y suele tener duraciones entre 5 y 15 minutos y muchas repeticiones. Al no ser comparables en tiempo y estructura, están contabilizados de forma independiente. Todos pertenecen a la categoría publicidad comercial.

2.1.3. Unidades de contexto

Las unidades de contexto, que en Krippendorff (1990) se describen como referentes explicativos de las unidades de registro, son consideradas aquí como niveles o dimensiones analíticas, porque permiten problematizar distintos aspectos del abordaje sobre la salud en televisión, más allá de lo que muestran los elementos delimitados como unidades de registro.

En términos de estratos, las unidades de contexto son más generales, mientras que las de registro son particulares. Las unidades de contexto dependen de las unidades de registro y su construcción buscó, principalmente, establecer el nexo con el tipo de público a los que están dirigidos los contenidos y la cantidad de audiencia expuesta a los mismos. Se definieron las siguientes:

- Ubicación de contenidos en barras horarias (matutina, vespertina, estelar, nocturna, madrugada)
- Ubicación de contenidos en días de la semana
- Audiencias prefiguradas (directamente relacionada con género televisivo o público objetivo de la publicidad).

Los dos canales nacionales de mayor audiencia son vistos principalmente por mujeres en su programación regular, que se compone de melodramas (telenovelas y mini dramas) en un 38.0% (43.0% para el Canal de las Estrellas y 34.0% para Azteca 13). El género más consumido en la televisión mexicana es el melodrama, especialmente las telenovelas. IBOPE AGB afirma que de cada tres espectadores de telenovelas, uno es varón y dos, son mujeres (IBOPE AGB México, 2010). Sin

embargo estos canales pueden variar la composición de audiencia dependiendo de la oferta específica de programación, las barras horarias y días de la semana. Los datos de rating indican que las audiencias masculinas aumentan significativamente cuando se transmiten eventos deportivos, shows de talentos³⁰ y programas sobre historias sobrenaturales. 87% de las personas ven televisión entre las 19:00 y las 21:00 horas, el horario estelar y el más caro para invertir en pautas publicitarias. La audiencia de estos canales es mayoritariamente femenina durante la semana (predominan melodramas, tanto telenovelas como mini dramas) y masculina en noches y fin de semana (se elevan los contenidos sobre programas de opinión y deportes). Estas definiciones sobre las audiencias es posible encontrarlas en los planes comerciales de las televisoras, para la venta de publicidad³¹.

2.1.4. Exclusiones

El flujo mediático se abordó en su totalidad, revisando las 336 horas continuas de programación de los 14 días analizados para cada canal de televisión. Sin embargo, para el análisis final se excluyeron de los contenidos los autopromocionales de programas de televisión, con escenas previas de los programas, que no fueron registrados como contenidos específicos. Estos segmentos tienen gran variabilidad de temas, formatos y duración, además de utilizar los mismos contenidos en diferente orden, lo que dificultó enormemente su separación como unidades de registro. Por ello, se excluyeron del análisis final aunque se reconoce que sí contienen mensajes sobre salud (en menor medida que otras unidades de registro, comparables a la programación) en tanto promocionan programas que aluden a ella. Sin embargo, fue materialmente imposible delimitarlos con los recursos y tiempos de la investigación. También, como se señaló anteriormente, se eliminaron del análisis final los noticiarios sobre deportes y nota roja.

³⁰ Competencias de talentos que se han popularizado en la última década y que se consideran parte de los formatos de telerrealidad.

³¹ La información se puede consultar en <http://televisaventas.tv/> y <http://www.irtvazteca.com/>

Otras exclusiones tienen que ver con el análisis de contenido: no se realizaron análisis sobre el tratamiento de los mensajes en términos de tono y apelación (racional, emotivo, mixto, etc.); o sobre la representación de especialidades médicas. Los ejes analíticos determinados a priori (salud, enfermedad, terapéutica y prevención) se ampliaron al revisar el material, como se describe a continuación.

Además de construir una imagen lo más completa y compleja posible de la comunicación televisiva sobre salud, el diseño metodológico de esta investigación ofrece la posibilidad de seleccionar contenidos particulares y especificidades por la gran cantidad de material revisado. Se pueden abordar así, distintos problemas relacionados con salud y comunicación, para construir reflexiones más próximas al escenario real de la televisión y la forma en que la salud aparece en sus flujos mediáticos.

2.2. Criterios de clasificación de contenidos sobre salud

Se clasificaron contenidos como relacionados con la salud cuando se encontró representación mediática (verbal, textual o figurativa) sobre el campo de la salud según lo que establece Samaja (2004): salud, enfermedad, terapéutica y prevención. A su vez, Charles Briggs y Mantini Briggs (2005) proponen que la comunicación en salud sería la totalidad de información en la sociedad que se relaciona con las categorías socialmente construidas: salud, enfermedad, medicina y salud pública (p.149). Si bien ambas propuestas tienen matices entre sí, comparten una mirada cercana que permitió agrupar:

- a) Lo que se refiere directamente de la salud (publicidad sobre productos o servicios de salud; programas con narrativas sobre casos e historias de salud-enfermedad; noticias sobre daños a la salud, avances terapéuticos, acontecer relacionado con el sector salud)
- b) Lo que utiliza la salud como un elemento de promoción, por proximidad semántica (sobre salud y sus derivaciones: sano, saludable; sobre

enfermedades; sobre nutrición³² y productos con efectos benéficos en la salud) o por representaciones (médicos, trabajadores de la salud, hospitales, etc.). Esto ocurre fundamentalmente en la publicidad.

Una vez establecida la relación con salud-enfermedad-atención, los contenidos se clasificaron según 3 ejes analíticos principales y un cuarto, que emergió de la riqueza del material analizado: el uso de la salud y la concepción de “lo saludable” como valor agregado de productos y servicios que se promueven en televisión y que se conforman como productos-medicamentos (Sánchez Martos, 2010).

- a) Emisores (públicos y privados; géneros televisivos y audiencias de la salud)
- b) Salud-Enfermedad-Atención (temas de salud o daños a la salud; servicios de salud y acceso; soluciones propuestas para la salud)
- c) Roles de género (sobre el cuidado de la salud, sobre los saberes en salud, sobre las responsabilidades; y audiencias de la salud)
- d) Lo saludable (productos y servicios saludables, audiencias de lo saludable)

2.3. Deconstrucción y reconstrucción del flujo mediático: sistematización y clasificación

Los contenidos analizados fueron registrados y clasificados en tres bases de datos independientes con variables de identificación que permitieron relacionarlas entre sí. La más compleja, denominada “Matriz general” registró el flujo de episodios de programas, noticiarios y mensajes publicitarios describiendo la duración e inserción de cada segmento a lo largo de las 672 horas de programación revisada. Un segmento puede ser un mensaje publicitario, una sección de un programa, una

³² La decisión de incluir en la asociación con salud la nutrición se tomó por la importancia actual del tema. Nutrición, alimentación, obesidad y sobrepeso son conceptos que están cada vez más vinculados con la concepción de salud en medios de comunicación. La nutrición es un aspecto directamente relacionado con salud (<http://www.who.int/topics/nutrition/es/>) y muchos productos de consumo se promueven así (lo sean o no), capitalizando el valor de la salud

sección de un noticiario o una sección de mensajes autopromocionales de las televisoras. Esta base permite establecer las relaciones entre la ubicación y articulación de los episodios de programación, noticiarios y publicidad y contiene la información específica sobre el análisis de publicidad. Su estructura es la siguiente:

Tabla 7. Matriz general del flujo mediático y matriz de publicidad

Grupo de variables sobre ubicación en el flujo mediático	Grupo de variables sobre publicidad	Grupo de variables sobre caracterización de la salud-enfermedad-atención	Grupo de variables sobre representación de roles de género
<ul style="list-style-type: none"> • Identificador • Canal • Fecha • Hora • Barras Horarias • Día de la semana • Nombre del programa • Género televisivo • Audiencias prefiguradas • Duración del segmento (segundos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Clave Identificación Spot • Compañía • Marca • Producto • Tipo • Categoría publicidad • Subcategoría • Relacionado con Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Daños /Tema de salud • Soluciones/Respuesta • Servicios de salud, públicos o privados • Acceso a Servicios de Salud (mención a accesibilidad o derecho a la salud) • Público objetivo publicidad • Descripción • Observaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo de locutor • Mujeres en rol laboral • Hombres en rol laboral • Médicos hombres • Médicas mujeres • Descripción rol laboral (no médico) • Mujeres en rol de madres • Hombres en rol de padres • Mujeres en rol de cuidadoras • Hombres en rol de cuidadores • Mujeres realizando trabajo doméstico • Hombres realizando trabajo doméstico

La segunda base de datos contiene los datos específicos de la programación. Cada programa se compone de muchos segmentos separados (por la inserción publicitaria) que fueron reunidos en un solo caso para su análisis, con la siguiente estructura de sistematización y clasificación que se aplicó a los 399 episodios de programas del período estudiado:

Tabla 8. Matriz de programas

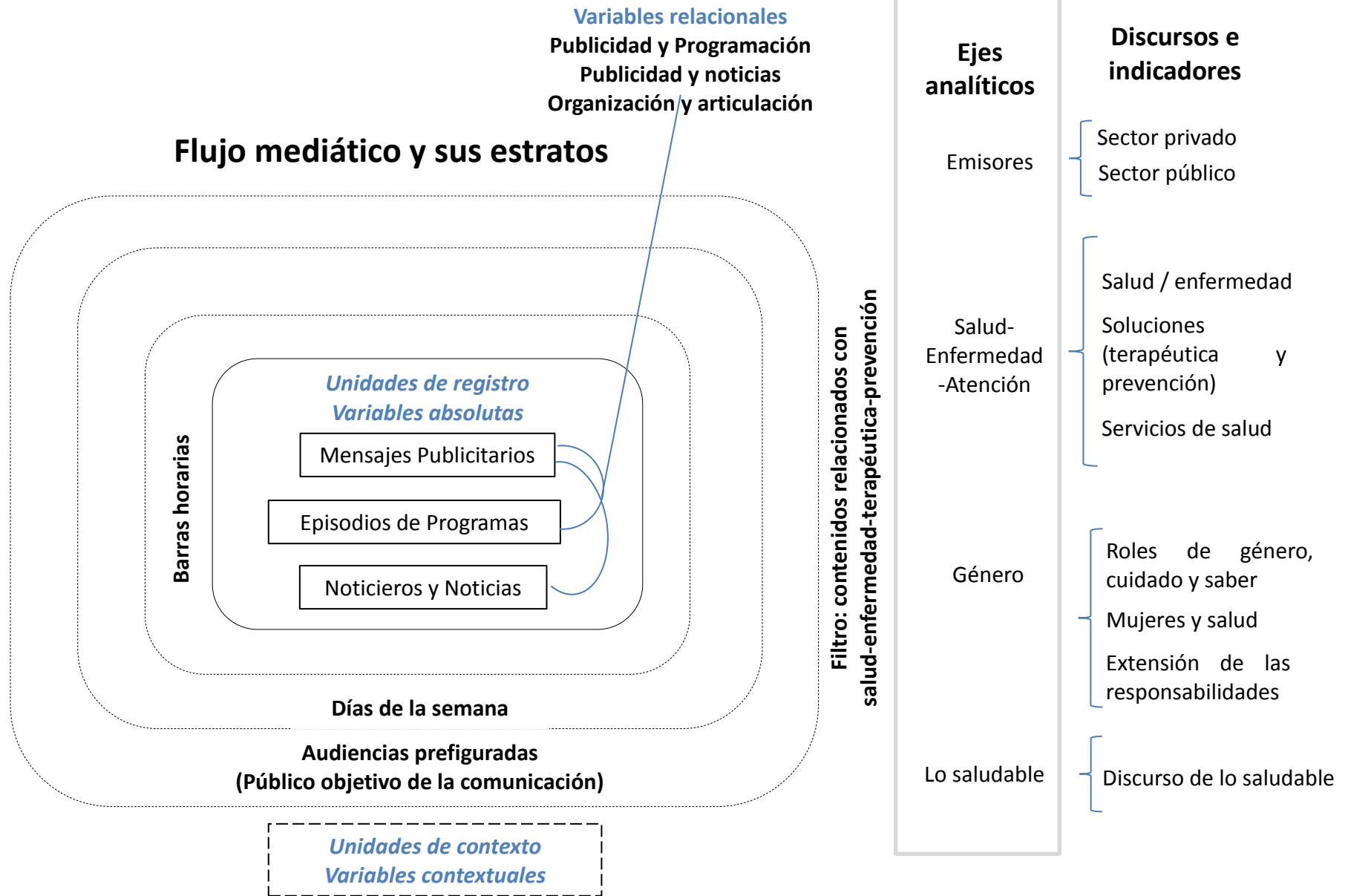
Grupo de variables sobre ubicación en el flujo mediático	Grupo de variables sobre caracterización de la salud-enfermedad-atención	Grupo de variables sobre representación de roles de género
<ul style="list-style-type: none"> • Identificador • Canal • Fecha • Barra Horaria • Día de la semana • Nombre del programa • Género televisivo • Relacionado con Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción del programa • Daños /Tema de salud • Soluciones/Respuesta • Servicios de salud, públicos o privados • Acceso a Servicios de Salud (mención a accesibilidad o derecho a la salud) • Público objetivo publicidad • Observaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos hombres • Médicas mujeres • Descripción de roles laborales para mujeres y hombres (no médico) • Mujeres en rol de madres • Hombres en rol de padres • Mujeres en rol de cuidadoras • Hombres en rol de cuidadores • Mujeres realizando trabajo doméstico • Hombres realizando trabajo doméstico

En el caso de las noticias, se construyó una tercera base de datos para el registro donde cada caso constituye la mención a una noticia, independientemente de su duración. En 62 noticiarios fueron registradas 4,719 noticias, cada caso constituye una unidad de análisis.

Tabla 9. Matriz de noticias

Grupo de variables sobre relación con el noticiario	Grupo de variables sobre clasificación de noticias	Grupo de variables sobre caracterización de la salud-enfermedad-atención	Grupo de variables sobre representación de roles de género
<ul style="list-style-type: none"> • Identificador • Canal • Fecha • Tipo de noticiario según barra horaria • Día de la semana • Nombre del noticiario 	<ul style="list-style-type: none"> • Tema general de la noticia • Descripción 	<ul style="list-style-type: none"> • Daños /Tema de salud • Soluciones/Respuesta • Servicios de salud, públicos o privados • Acceso a Servicios de Salud (mención a accesibilidad o derecho a la salud) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo del reportero • Mujeres en rol laboral • Hombres en rol laboral • Mujeres en rol de madres • Problemas de salud relacionados con género

Gráfico 1. Aproximación gráfica a la matriz de datos de la investigación



2.4. *Sobre la relación entre los ejes de análisis*

Los ejes analíticos cumplen en primer lugar una función operativa, porque permitieron construir información y posteriormente datos sobre el material analizado. Sin embargo, aunque en la práctica se dividen en categorías distintas (emisores, salud-enfermedad-atención, género, lo saludable), la propuesta es no pensarlas como datos separados o desvinculados, sino como parte de este sistema cooperante en el que los discursos sobre la salud se relacionan.

Aunque lo que puede decirse sobre la salud no se agota en un análisis como el de esta investigación, lo que importa destacar es la importancia de vincular los distintos elementos del discurso. Si existe un predominio de mensajes sobre el mercado de la salud y se promueven principalmente productos como soluciones para las enfermedades; si se promueven servicios de salud determinados y con ciertas características; esto no está separado de la forma en que se recrean en las representaciones mediáticas los roles de género en relación con la salud. Es más, la mirada hacia las desigualdades de género en el discurso de la salud es probablemente el factor clave para comprender cómo logra proponer que la salud es una responsabilidad individual, pero no de cualquier individuo, sino *de las madres o de las familias*, por encima del sistema de salud, del Estado o de la sociedad en que vivimos.

Capítulo 3. La salud en televisión.

Resultados del análisis de contenido

Este capítulo presenta los principales resultados del análisis de contenido y busca reconstruir una fotografía de lo que fue “la salud en televisión” en los períodos estudiados. Inicia con un mapa general del tipo de contenidos asociados a la salud en televisión y su proporción. Ese mapa muestra la importancia de la publicidad, como el grupo de contenidos sobre salud más amplio (34.6% de toda la publicidad) y las noticias como el más escueto (3.6% del total de noticias). Describe las generalidades sobre mensajes publicitarios, géneros televisivos con contenidos sobre salud y noticias sobre salud. Después presenta los datos de los emisores de la salud según su pertenencia al sector público o privado, para determinar quiénes hablan de la salud en televisión y con qué formato.

Se presentan a continuación los datos sobre salud-enfermedad-atención, que permiten ver cuáles son los problemas de salud que se plantean y desde qué perspectiva, qué modelo de servicios de salud se promueve y cómo se representa a los trabajadores de la salud. La relación entre mensajes sobre salud y roles de género, siguiente eje de análisis, permite ver cómo el discurso comercial sobre salud está soportado principalmente en las mujeres y establece también jerarquías sociales sobre saberes en salud, así como responsabilidades específicas y mandatos sobre la salud para mujeres y madres, que no solo están relacionados con el cuidado de los demás, sino con mantener la belleza y la apariencia, a riesgo de no ser saludable.

Para finalizar el capítulo, se aborda -con menor profundidad por su gran dispersión en el material revisado- la concepción de “lo saludable” o “sano”, más allá de lo que propiamente compete al área de la salud. Es decir, se analiza cómo en televisión, fundamentalmente en la publicidad, una gran cantidad de productos y servicios están hoy semánticamente asociados con la salud, complejizando el entorno en el cual podrían jugar un papel destacado los mensajes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Es probable que los resultados de este análisis de contenido reafirmen algo conocido: que hay discursos hegemónicos sobre la salud operando. Pero su aporte

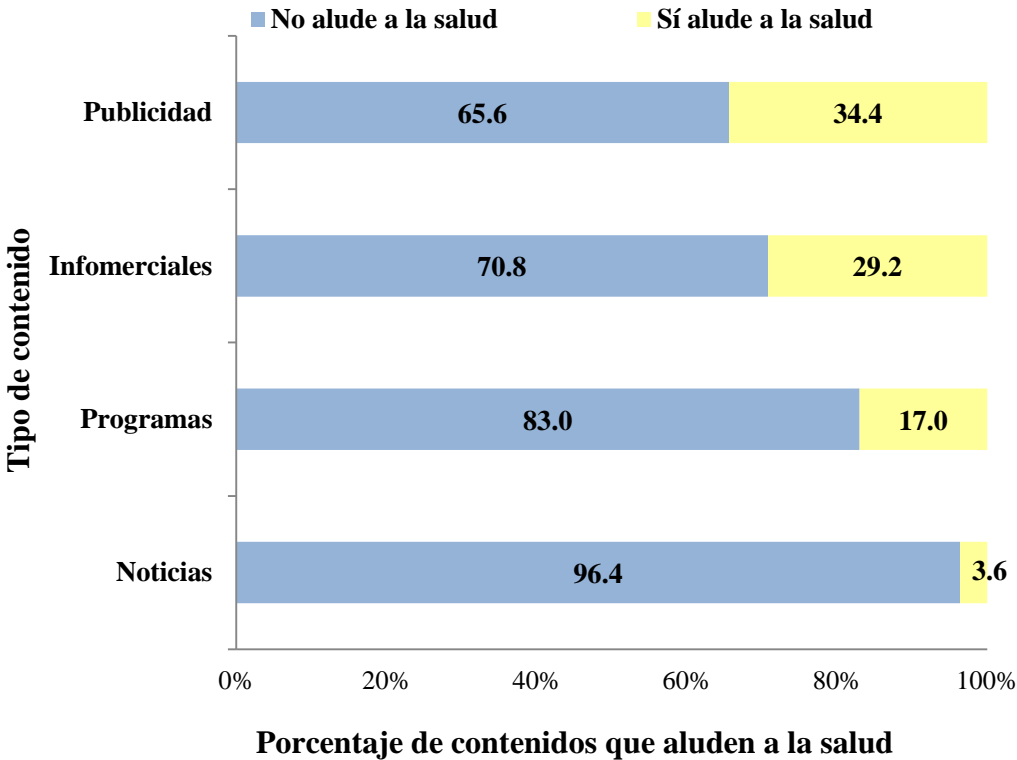
estriba en que permite mostrarlos, ilustrarlos y aproximarse a la comprensión de su magnitud, especificidades y las relaciones en las que se apoya para sostenerse y reproducirse. Al ser la publicidad el contenido más amplio, se ofrecen más resultados sobre ese tipo de unidad de observación, pero concibiendo siempre que cada componente del flujo mediático participa en su conformación general.

3.1. *Mapa general*

En televisión, la salud se representa principalmente como un bien de consumo (Gráfico 2), principalmente productos concretos. Al menos la tercera parte de los mensajes publicitarios y los infomerciales (programas publicitarios) aluden a salud, enfermedad, terapéutica o prevención.

Gráfico 2. 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



n publicidad: 21,258
n infomerciales: 147
n programas: 399
n noticias: 4,719

Ch. Briggs y Mantini Briggs (2005) han llamado “saturación” a esta presencia cada vez mayor de la salud en los anuncios publicitarios, tradicionales (34.4%) o de larga duración, como los infomerciales (29.2%). Forma parte del predominio en la “comunicabilidad” de la salud privatizada, presentada como una mercancía que se compra y vende, y no como un derecho garantizado por el estado (p. 151).

En la programación, su presencia es significativa (17%) y se encuentra principalmente en los géneros televisivos narrativos, en los melodramas; aunque el tipo de programa que más aborda la salud como un tema son los matinales dirigidos a amas de casa, denominados revista de entretenimiento (por cada dos episodios, uno aborda temas de salud). En los programas hay más historias sobre salud que abordajes informativos. Dado que se ha destacado la función del eduentretenimiento para transmitir mensajes de salud (Coe, 1998), estas historias son particularmente relevantes, porque ofrecen modelos de resolución de conflictos que pueden ser emulados, y en el caso de los mini dramas se suelen brindar datos institucionales para solicitar orientación o ayuda, que no necesariamente están validados por el sector salud.

La presencia del tema salud en las noticias es baja, 3.6%, aunque otros temas sociales como educación y asuntos laborales tienen proporciones similares en el total de noticias. Los temas más abordados en el período de análisis fueron seguridad pública, narcotráfico y crimen organizado (16.3%), política (12.9%), deportes (11.5%) y espectáculos (10.3%). En general, se puede observar que la salud no está en la agenda mediática, como problema de discusión pública. Cómo han señalado Champagne (2000) y Peixoto Caldas y Rodríguez Castro (2010), para que un tema se establezca como un problema de interés público y político, su presencia en medios de comunicación es indispensable. En el período estudiado, la salud si tuvo espacio en la agenda pública, pero no como un tema central.

3.2. Emisores de salud en televisión

La autoría o fuente de los discursos sobre la salud (cualquiera que sea el contenido analizado, según unidades de registro) es un elemento importante para su legitimidad social particularmente en el caso de la salud, un campo de saber en el dominio de la biomedicina. Aunque, como señala Foucault, no se trata de los individuos, sino del “autor como principio de agrupación del discurso, como unidad y origen de sus significaciones, como foco de su coherencia” (1970, p. 24). Los emisores según su ubicación social como fuentes legítimas de salud ejercen un rol respecto a los discursos: garantizan una función clasificatoria, un cierto estatuto del discurso (Michel Foucault, 1998). Es decir, dependiendo de quién emite los discursos se pre configura una cierta forma de recibirlos, que depende de las características históricas y culturales del momento en que ese discurso está en circulación, si bien no todo discurso depende del autor para tener sentido y eficacia social. En ese sentido, un mensaje emitido por una institución de salud y en forma de recomendación es diferente que una simple alusión en un producto cosmético, pero el hecho de que la salud se ofrezca como un bien deseable o la meta a alcanzar en ambos casos, permite entender cómo los emisores atraen para sí el capital simbólico de la salud.

Particularmente en la publicidad, el grueso de la comunicación sobre salud es de orientación comercial. De los 7,319 mensajes publicitarios que representan o venden salud, únicamente el 9.7 % (708) son emitidos por instituciones del sector público (Tabla 12).

Tabla 10. Emisores de mensajes publicitarios sobre salud según sector, público o privado

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

Emisores	n	%
Sector privado	6,611	90.3
Sector público	708	9.7
Total general	7,319	100.0

Destaca particularmente la gran cantidad de mensajes de la empresa Genomma Lab, principal anunciante de medicamentos y productos para belleza, cuerpo e higiene personal en la televisión mexicana (17.4% del total de mensajes publicitarios). Genomma Lab promovió en el período estudiado 46 productos diferentes, una cantidad mucho mayor que cualquier otra compañía farmacéutica. La Secretaría de Salud es la institución que ocupa el segundo lugar entre los emisores con mayor cantidad de publicidad, pero a una distancia considerable de más de 10 puntos porcentuales respecto a Genomma Lab. Ningún otro emisor público reúne más del 1% de la publicidad total.

Aunque el Canal de las Estrellas y Azteca 13 son similares en estructura y programación, el primero, de Televisa, tiene una audiencia mucho mayor. También, es el que menor proporción de publicidad del sector público sobre salud transmite. El 62.7% de toda la publicidad del sector público está concentrada en Azteca 13, que sólo tiene el 30% de la audiencia nacional de ese tipo de canales.

Tabla 11. Distribución de la publicidad en dos canales nacionales de televisión, según emisor del sector público o privado

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

Tipo de publicidad	Azteca 13		Canal de las Estrellas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sector público	444	12.5	264	7.0	708	9.7
Sector privado	3,098	87.5	3,513	93.0	6,611	90.3
Total general	3,542	100.0	3,777	100.0	7,319	100.0

3.2.1. Emisores del sector público

En el período estudiado La Secretaría de Salud fue el principal emisor público de mensajes publicitarios sobre salud: 71.0% de los mismos (Tabla 12).

Tabla 12. Emisores de mensajes publicitarios del sector público, dos canales nacionales

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

Emisor	n	%
Secretaría de Salud	503	71.0
Partido Verde Ecologista de México (PVEM)	56	7.9
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	46	6.5
Gobierno Federal	35	4.9
Cámara de diputados	28	4.0
Consejo de la Judicatura Federal	21	3.0
Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	15	2.1
Partido Nueva Alianza (PANAL)	2	0.3
Partido de la Revolución Democrática (PRD)	2	0.3
Total general	708	100.0

El Instituto Mexicano del Seguro Social en cambio, es emisor únicamente del 6.5% del total, por debajo de las pautas publicitarias electorales del Partido Verde Ecologista de México (7.9%), que se centraron en promover como promesa de campaña proporcionar “vales de medicinas” a la población para enfrentar el desabasto de medicamentos del sector público (no especificaban si se referían a las instituciones de seguridad social, al Seguro Popular o a la población sin ningún tipo de aseguramiento). El tema central de los mensajes de la Secretaría de Salud y del Gobierno Federal fue la promoción del Seguro Popular, como se verá más adelante.

3.2.2. Emisores del sector privado

En la publicidad sobre salud, además de Genomma Lab (19.2%), se identifican algunas de las empresas transnacionales más importantes del mundo, que controlan gran parte de la producción y comercialización mundial de productos farmacéuticos, alimentos, cosméticos e higiene (Tabla 13).

Las transnacionales Procter & Gamble (7.4%%), Colgate-Palmolive (5.0%) y Unilever (4.2%) son las empresas que más promueven productos para belleza, higiene personal y limpieza del hogar vinculándolos con la salud, además de algunos

productos considerados medicamentos (ungüentos tópicos para aliviar síntomas respiratorios, jarabes, entre otros) o asociados con salud bucal (dentífricos, colutorios, cepillos, entre otros), junto con la transnacional Bayer (5.0%) que participa tanto con medicamentos como con otros productos químicos, especialmente insecticidas. Nestlé (7.3%), también transnacional, es la principal compañía de alimentos que utiliza la salud como valor agregado en la publicidad de la televisión mexicana, de entre los cuales destacan las fórmulas para lactantes. Farmacias Similares es la segunda marca farmacéutica con más publicidad en televisión (6.3%), sin embargo su gran volumen de mensajes publicitarios se transmite en los horarios de muy baja audiencia (particularmente madrugadas), que son significativamente más económicos³³.

Entender quiénes son los más importantes emisores de la publicidad en salud permite comprender su orientación y objetivos principales, que son la obtención de ganancias a través del consumo de los productos que promueven, y no la comunicación para la salud. Pero también permite vislumbrar como importantes actores del poder económico mundial, la concentración de las temáticas de la salud en ciertas empresas, que a su vez concentran el poder en los mercados mundiales.

³³ Para entender la diferencia de costos, un spot de 20 segundos transmitido en horario Premium (de 9:00 a 10:00 P.M.) en el canal 2 de Televisa, de lunes a viernes, tiene un costo de transmisión de más de un millón doscientos mil pesos mexicanos. En ese mismo horario, pero sábados o domingo, los costos fluctúan entre doscientos cuarenta mil y cuatrocientos mil pesos. A las 6:00 A.M. en cambio, de lunes a domingo, el costo de un spot puede ser hasta de nueve mil pesos. Esta enorme elasticidad de precios muestra la importancia de los horarios estelares (Televisa, 2012).

Tabla 13. Emisores de mensajes publicitarios del sector privado, dos canales nacionales

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

Emisores del sector privado	n	%
Genomma Lab	1,270	19.2
Procter & Gamble	488	7.4
Nestlé	481	7.3
Farmacias Similares	416	6.3
Colgate-Palmolive	330	5.0
Bayer	328	5.0
Unilever	275	4.2
Novartis	208	3.1
Boehringer Ingelheim Promeco	194	2.9
Liomont	191	2.9
Kellogg's	184	2.8
Schering-Plough	181	2.7
Fundación Teletón	171	2.6
Sanofi-Aventis	154	2.3
Danone	101	1.5
Wyeth	98	1.5
Reckitt Benckiser	96	1.5
Selder	87	1.3
Bristol-Myers Squibb	84	1.3
GlaxoSmithKline	79	1.2
Televisa	82	1.2
Pfizer	65	1.0
Coca-Cola	63	1.0
Otros	985	14.9
Total general	6,611	100.0

3.3. Salud-Enfermedad-Atención

El concepto de salud es un concepto histórico, que va cambiando. En la era de la información (Castells, 1999), las comunicaciones masivas participan de la construcción de este significado. Para aproximarse a entender qué fue la salud en las representaciones mediáticas de las dos semanas analizadas del año 2011 se abordan los contenidos generales de la salud, daños o temas de salud, la propuesta

de soluciones para los problemas de salud (terapéutica, prevención) y la representación de los servicios de salud.

Publicidad

La promoción de medicamentos y vitaminas ocupa el primer lugar en la publicidad (44.8%), dato previsible. El segundo y el tercer lugar se trata de productos de consumo que no están, necesariamente, relacionados con la salud: alimentos y productos para belleza y cuerpo³⁴ (Tabla 14). Ambas categorías constituyen el 25.4% de los temas de los mensajes publicitarios.

La publicidad total sobre servicios de salud, sean públicos o privados, representa solo el 5% de los mensajes; y la suma de mensajes que se pueden entender como Información, Educación y Comunicación sobre salud (IEC), es decir, que brindan recomendaciones sobre estilos de vida saludables, prácticas de salud o posición sobre prevención de alcoholismo y adicciones, es únicamente el 6.1% del total (la mayoría son del sector público, 5.1%). Ese 6.1% se distribuye en siete temas diferentes: obesidad y sobrepeso, alcoholismo y adicciones, vacunación, dengue, lactancia materna, cuidado y desarrollo infantil, salud sexual y reproductiva. Estilos de vida saludables contra la obesidad y el sobrepeso es el único tema de salud destacado, con el 3.1% de los mensajes. Los mensajes contra alcoholismo y adicciones, de origen mixto (público y privado), son el 1% del total. Los otros cinco temas, comparten el 2% de los mensajes, lo que muestra cómo desde el punto de vista de la comunicación en salud como intervención, los mensajes con fines educativos y de promoción de prácticas de salud apenas tienen visibilidad en el conjunto.

³⁴ La diferencia entre “productos para belleza y cuerpo” y la categoría “higiene personal” está en el tipo de mensaje y los atributos del producto que destaca. Por ejemplo, un champú puede estar en la categoría “belleza/cuerpo” porque su publicidad lo señala como capaz de aumentar la belleza, brindar un cabello “saludable” y utiliza el slogan “salud es belleza”. Pero un jabón, que no se promueve como un cosmético, sino que destaca su capacidad para limpiar el cuerpo y combatir bacterias, estaría en “higiene personal”. La clasificación no corresponde al tipo de producto sino a su forma de anunciarlo.

Tabla 14. Tema general de la publicidad sobre salud, dos canales nacionales

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

Publicidad relacionada con Salud	n	%
Medicamentos y vitaminas	3,277	44.8
Alimentos	1,205	16.5
Productos para belleza y cuerpo (champú, cremas, tintes)	654	8.9
Productos para salud bucal (dentífricos, cepillos, enjuagues)	402	5.5
Servicios de salud (imagen institucional/ promoción)	369	5.0
Teletón	269	3.7
Obesidad y sobrepeso (estilos de vida saludables)	229	3.1
Productos para higiene personal	169	2.3
Productos para limpieza del hogar	147	2.0
IEC: prácticas de salud (vacunación, dengue, lactancia, cuidado infantil, salud sexual)	144	2.0
Cuidado de los pies y plantillas	80	1.1
Bebidas	76	1.0
Contra las adicciones	73	1.0
Otros	225	3.1
Total general	7,319	100.0

Un dato de contexto de los bloques horarios es el caso de los mensajes sobre medidas de prevención contra el dengue. El 100% de la campaña contra el dengue de la Secretaría de Salud (*Pauta del 3 al 9 de octubre, 41 impactos, 0.6% del total de mensajes*), se transmitió durante la madrugada, entre las 00:17 horas y las 4:27 horas. Esto prácticamente anula el efecto positivo de la campaña, puesto que es un horario de mínima audiencia. En ambos canales se transmitió la campaña en las madrugadas, en las mismas fechas (*21 impactos Canal de las Estrellas, 20 impactos TV Azteca*). Aunque no disponemos de una explicación completa sobre el fenómeno, es notable que sumado al escaso peso de la comunicación que promueve la salud, esta esté relegada a los peores espacios de las televisoras, en términos de cobertura y difusión.

Infomerciales

En los infomerciales, la representación sobre salud (29.0%) está asociada principalmente a productos con algún valor terapéutico, centrados en la pérdida de peso o la protección contra enfermedades terribles.

Programación

En la programación de entretenimiento, se alude a salud en el 17% de los episodios. Se concentra especialmente en los melodramas (mini dramas y telenovelas), en los programas de Farmacias Similares (revistas, variedades y noticieros suaves que se transmiten de madrugada, en horarios de muy baja audiencia) y los programas de revista de entretenimiento (Tabla 15).

Tabla 15. Episodios de programas que aluden a la salud según género televisivo, dos canales nacionales

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

Género televisivo	n	%
Mini Drama	17	25.0
Telenovela	16	23.5
Programas de Farmacias Similares	11	16.2
Revista Entretenimiento	10	14.7
<i>Talk Show</i>	3	4.4
Farándula	3	4.4
Cine	3	4.4
Variedades	2	2.9
Opinión	1	1.5
Musical	1	1.5
Comedia	1	1.5
Total general	68	100.0

Al igual que en el caso de la publicidad, Farmacia Similares transmite programas durante la madrugada, que aunque significan el 16.2 % del total de programas que hablan de salud, son de escasa audiencia. No pasa lo mismo con los melodramas y los programas matutinos de revista de entretenimiento, 63.2% de los episodios de programas que aluden a la salud. Especialmente las telenovelas del horario estelar, son los programas de mayor audiencia.

Noticias

En las noticias, la salud aparece en el 3.6% de los contenidos informativos. En los noticieros de Televisa matutino y vespertino (*Primero noticias* y *Noticiero con Lolita*

Ayala, respectivamente), hay una sección salud a cargo de la médica Diane Pérez³⁵, que en el período estudiado se transmitió martes y jueves. En los noticiarios de TV Azteca se transmitieron contenidos en forma de noticias, no como secciones específicas. El *Noticiero con Lolita Ayala* funciona además como canal de publicidad de medicamentos de Genomma Lab, en nexos con los infomerciales *Línea de la salud* (véase *supra*, p. 110). Diane Pérez también aparece en infomerciales para publicitar productos de salud. En otros noticiarios, tanto de Televisa como de TV Azteca, también se inserta publicidad sobre salud, por ejemplo, sobre procedimientos quirúrgicos y servicios privados de salud.

3.3.1. Daños a la salud

Publicidad

Los mensajes publicitarios se refieren a la salud principalmente a través de la enfermedad o la patologización de las temáticas que abordan (en el caso de belleza, cuerpo e higiene). El 71.2 % de los mensajes describen daños a la salud, el 16.6% se refiere a vivir sano (nutrición, cuidado y autocuidado, estimulación y desarrollo infantil) y el 12.2% no especifica daños a la salud, sino que solamente la menciona.

Los productos más publicitados son medicamentos OTC para problemas respiratorios (16.0%), alimentos que se promueven con base en su valor nutricional o su carácter saludable (9.9%); medicamentos, alimentos y suplementos para combatir o aminorar problemas digestivos; y productos que combaten la no-belleza (es decir, que patologizan las canas, el envejecimiento, la calvicie, el acné, la piel seca) (9.2%).

³⁵ Médica que desde 1990 comenzó a trabajar como conductora y comentarista de la televisora.

Tabla 16. Daños a la salud o tema de salud en mensajes publicitarios, dos canales nacionales

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

Daños a la salud o tema de salud	n	%
Enfermedades y síntomas del aparato respiratorio	1,169	16.0
Nutrición (saludable, valor nutricional)	725	9.9
Enfermedades del aparato digestivo (Gastritis, estreñimiento y mala digestión, diarreas, colitis, acidez y reflujo)	680	9.3
Belleza (patologización del envejecimiento, del cabello maltratado, caspa, calvicie, acné)	672	9.2
Sobrepeso y obesidad (estilos de vida saludables, medicamentos, suplementos y alimentos para bajar de peso)	413	5.6
Dolor (medicamentos contra el dolor)	412	5.6
Salud bucal (Cepillos, pastas, colutorios, gingivitis, caída de dientes)	402	5.5
Teletón (discapacidades)	253	3.5
Enfermedades de la piel (micosis, verrugas, daño solar)	218	3.0
Gérmenes, bacterias y virus	179	2.4
Suplementos vitamínicos (fatiga, cansancio, mala inmunidad, mal desempeño, mala memoria)	167	2.3
Vacunación (sarampión, rubéola, neumococo)	133	1.8
Enfermedades crónico degenerativas (diabetes, cardiovasculares, cáncer)	110	1.5
Otras	896	12.2
No especificado	890	12.2
Total general	7,319	100.0

Una contradicción importante se encuentra en el 5.6% de los mensajes que abordan el tema de sobrepeso y obesidad, pues sólo el 3.1% lo hace a través de la promoción de estilos de vida saludables. El 2.5% restante se trata de productos que afirman ayudar con la pérdida de peso o producirla (medicamentos, alimentos, suplementos) algunos de los cuales, como parte de su argumentación persuasiva, afirman que se le puede hacer trampa al estilo de vida y de todas maneras adelgazar.

Infomerciales

El tema central en los infomerciales de madrugada es la pérdida de peso (34.9%), la promoción de aparatos para ejercitarse que también prometen pérdida de peso

(11.6%) y un artículo que protege contra el cáncer de cerebro provocado por el uso de celulares (18.6%).

El 4.7% de los infomerciales son sobre un producto milagro (Malunggay) que combate una gama amplísima de enfermedades. Este producto fue anunciado el 9 de octubre y el 21 de noviembre en el Canal de las Estrellas de Televisa, aunque el 14 de noviembre de ese mismo año Cofepris anunciaba un espectacular decomiso de 13 mil 572 piezas de productos milagro (Notimex, 2011), entre los que se encontraba Malunggay. Que una semana después continuase en la televisión, es un ejemplo de la distancia entre las regulaciones sobre publicidad y su puesta en práctica.

Programas

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.

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 llamamos 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 (por ejemplo, decidir entre la salud propia y el aborto; entre tener un comportamiento adecuado para protegerse de violencia sexual y no tenerlo; entre donar parte de su hígado para salvar a su padre aunque él la ha despreciado o no hacerlo, etc.).

Tabla 17. Daños a la salud o tema de salud en episodios de programas de entretenimiento, dos canales nacionales

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

Daños a la salud o tema de salud	n	%
Cáncer	8	11.8
Accidentes y hospitalizaciones	7	10.3
Enfermedades de la farándula	7	10.3
Alcoholismo y adicciones	6	8.8
Violencia contra las mujeres (con hospitalización o daños atendidos en servicios de salud) ³⁶	6	8.8
Trasplantes	4	5.9
Seguro Popular	4	5.9
Embarazos de alto riesgo	3	4.4
VIH-SIDA	3	4.4
Cirugía plástica	2	2.9
Desórdenes alimenticios	2	2.9
Embarazo	2	2.9
Otro	11	16.2
No especificado	10	14.7

n= 68 episodios

Nota: Los resultados no suman 100% porque puede aparecer más de un tema de salud por programa.

Noticias

En las noticias, los temas de salud o daños a la salud son diversos y no están concentrados, hay más de 60 temas de salud diferentes. Los más relevantes son Teletón (14.0%), y cáncer (13.5%). Otros temas fueron diabetes, colesterol alto, VIH-SIDA, sobrepeso y obesidad, autolesiones en adolescentes y iatrogenia en cirugías plásticas, todos con el 2.6% de las noticias.

El 25 de noviembre los noticiarios nocturnos de ambos canales, *Hechos Noche* (Tv Azteca) y *Noticiero con Joaquín López Dóriga* (Televisa), cubrieron la

³⁶ A pesar de que la violencia contra las mujeres es un problema de salud, no siempre está representada como tal en la televisión. Según el estudio de medios sobre el tema que comparte materiales con esta investigación, el 33% de los programas de entretenimiento registraron uno o más eventos de violencia contra las mujeres (Rojas-Rajs, 2012). De forma conservadora, en esta investigación sólo se han registrado como temas de salud estos eventos cuando conducen a los personajes a buscar hospitalización o atención médica por la gravedad del evento, por lo que siempre se trata de violencia física, que también puede ser sexual.

noticia del traslado de un hígado para trasplante, desde Sinaloa hasta la Ciudad de México. Destaca la espectacularidad de la noticia, uno de los criterios para la inclusión de temáticas en los noticieros de televisión.

En los noticieros fue frecuente que se promovieran servicios de salud privados u otras opciones terapéuticas comerciales, por lo que puede entenderse que la agenda noticiosa sobre salud está también relacionada y condicionada con el mercado, que paga espacios en las noticias, como otra forma de publicidad.

3.3.2. Soluciones (terapéutica y prevención)

El 80.4% de las soluciones propuestas por la publicidad son productos concretos que tendrían efectos en la salud, especialmente medicamentos (42.8%). El otro 32.6% son productos que proponen tener alguna acción terapéutica o brindar protección contra daños a la salud.

Tabla 18. Soluciones para los problemas de salud en publicidad, dos canales nacionales

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

Soluciones ante los problemas de salud	n	%
Medicamentos	3,135	42.8
Productos asociados a la salud	1,273	17.4
Alimentos con acción saludable o saludables	1,113	15.2
Servicios de salud (privados y/o públicos)	629	8.6
Estilos de vida saludables (nutrición, deportes, hábitos)	320	4.4
Dentífrico y otros productos de aseo dental	308	4.2
Vacunación	133	1.8
Prácticas de salud y prevención (medidas específicas)	119	1.6
Medicamento o producto + estilo de vida	58	0.8
Otras	136	1.9
No especificada	95	1.3
Total general	7319	100.0

Entre los productos asociados a la salud (17.4%) se encuentran productos de belleza, higiene personal, limpieza del hogar, por mencionar algunos. Una muy escasa proporción de la publicidad sobre medicamentos combina el uso de productos farmacéuticos o algún producto en teoría terapéutico con cambios en el estilo de vida (0.8%), lo que refleja poco interés en promoverlos por parte del sector privado.

Estrategias comerciales: Genomma Lab, Televisa y la Línea de la Salud

Un ejemplo, que amerita fundamentalmente análisis cualitativo, es la inserción de infomerciales de corta duración (1 minuto, 1 minuto y medio), que preceden la publicidad de productos de venta directa de Genomma Lab. Este es el caso de la *Línea de la salud. Información que cura*, un ejercicio publicitario que utiliza a una antigua conductora de noticias de Televisa, Lolita Ayala, personaje que es públicamente reconocido por su participación en actividades altruistas y de recaudación de fondos para la infancia y la atención de diversas enfermedades.

En los infomerciales, ambientados en un estudio de noticias, la conductora aborda un problema o condición de salud (por ejemplo, el colesterol alto), no necesariamente una enfermedad. Comunica, como si fuese un noticiario formal, información sobre las causas y consecuencias de las enfermedades o condiciones y brinda recomendaciones puntuales, entre las cuales, se encuentra el consumo de algún medicamento, que inmediatamente después aparece en un mensaje publicitario del medicamento o producto sobre ese tema específico, de 30 o 20 segundos.

La *Línea de la salud* ejemplifica las relaciones comerciales entre Televisa y Genomma Lab, que condicionan y determinan la comunicación sobre salud. Es una relación construida para obtener beneficios económicos, a través de mensajes que violan el artículo 6b, fracción IV de la Constitución, en tanto se presentan como informaciones objetivas (aunque una gran parte del público pueda distinguir que eso no es así, una importante proporción no podrá). En el período estudiado se emitieron

91 infomerciales de la *Línea de la Salud*, para promover los productos Coledia (control del colesterol), Unigastrozol (gastritis, inhibidor de la bomba de protones), Unesia (antimicótico), Dalay (valeriana, melisa y pasiflora, para el estrés), Shot-B (multivitamínico), Lomecan (antimicótico vaginal), Bio Electro (combinación de ácido acetilsalicílico, cafeína y acetaminofén contra el dolor) y Silka Medic (antimicótico). En el caso de Coledia, por ejemplo, si bien las recomendaciones sobre estilos de vida asociados a una disminución del colesterol se brindan en el infomercial, se propone que esa es una vía para controlarlo y la otra, la medicación. En ese sentido, contradice la importancia de los estilos de vida como la manera idónea de mejorar el estado de salud y prevenir enfermedades.

La fuerte relación entre salud y productos de consumo configura este tipo de contradicciones en la publicidad de otros medicamentos o productos que se promueven como tales, que también plantean que pueden ser alternativas terapéuticas a estilos de vida saludables: por ejemplo, la publicidad sobre antiácidos y digestivos anima al exceso alimentario, porque pueden controlarse las consecuencias. O en el extremo, el producto Zaat Cápsulas, pastillas de cafeína (también de Genomma Lab) cuyo objetivo es mantener a las personas despiertas toda la noche y que se promueve su consumo diciendo “*El cansancio provoca accidentes. Maneja toda la noche, mantente alerta... estimula la resistencia*”, mensaje que no puede ser interpretado como favorable a la salud.

Infomerciales

El 100% de las soluciones para problemas de salud que abordan los infomerciales son los productos que promueven para la venta.

Programas

La programación constituye un material distinto en términos de soluciones, porque en la mayor parte de los casos, no propone ninguna. Aunque se aborda una proporción importante de historias sobre salud en los melodramas, en general las referencias se quedan en eso, en referencias.

En aquellos episodios en los que sí se especifican soluciones, el primer lugar lo ocupan los servicios de salud (10.3%), seguidos por los trasplantes y donación de órganos (7.4%). La tercera solución que aparece en la programación, es la religión y la fe (4.4%). La apelación a lo religioso es más frecuente en los mini dramas *La rosa de Guadalupe* (Televisa) y *A cada quien su santo* (TV Azteca), que son programas que específicamente incorporan temas religiosos en sus historias, el primero con la intervención divina de la Virgen de Guadalupe y el segundo, con la de algún santo o santa.

Tabla 19. Soluciones para los problemas de salud en episodios de programación de entretenimiento, dos canales nacionales

Soluciones	n	%
Servicios de salud	7	10.3
Trasplantes y donación de órganos	5	7.4
Religión / Fe	3	4.4
Cirugía	2	2.9
Seguro Popular	2	2.9
Servicios financieros	1	1.5
Reposo	1	1.5
No especificada	47	69.1

n= 68 episodios

Nota: Los resultados no suman 100% porque puede aparecer más de una solución por programa

Particularmente importante es señalar que en general los programas no presentan ninguna solución o alternativa para las mujeres que experimentan violencias y no ofrecen modelos de resolución de conflictos separados de estereotipos sobre el comportamiento, es decir, muchas de las violencias que se ejercen contra las mujeres se identifican como causadas por desviaciones morales.

Noticias

En las noticias, cuando se destacan soluciones, estas están ligadas o a publicidad concreta o a la espectacularidad de los eventos terapéuticos o situaciones de salud.

En particular se promovió el Teletón (14.0%) y el Seguro Popular de Salud (2.3%) como soluciones: servicios de salud.

3.3.3. *Caracterización de los Servicios de salud*

La representación mediática de servicios de salud resultó de particular interés por el gran peso de servicios médicos privados, más aún en un país como México, que si bien mantiene un sistema de salud segmentado y fragmentado, cuenta con seguro social laboral obligatorio y público (Laurell, 2013:14). No obstante, la representación de servicios públicos fue mínima.

Publicidad

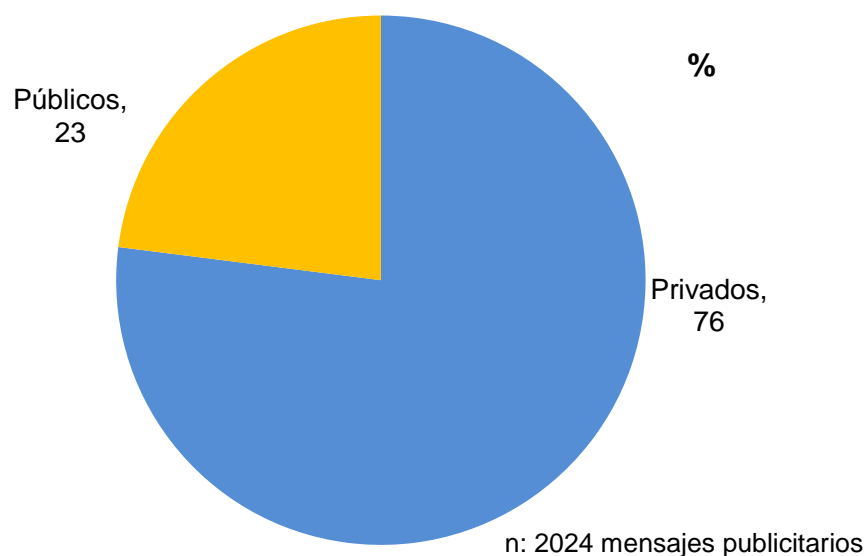
En la publicidad, los servicios de salud no se mencionan o representan en la mayoría de los mensajes sobre salud (72.3%). Sólo el 27.7% (2,024 mensajes de 7,319) de los spots alude a servicios de salud. El resto enfatiza en las virtudes de los productos que se ofertan para conseguir buena salud o cura 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.

Aquellos mensajes publicitarios que sí representan servicios de salud se concentran en los servicios de salud privados. El 76% de los mensajes sobre servicios de salud muestran médicos y hospitales en prácticas privadas (Gráfico 3).

En total, el 21.2% de toda la publicidad del sector público sobre salud versa sobre el Seguro Popular. Más del 23% de la publicidad total de la Secretaría de Salud está dedicada a promover el Seguro Popular de Salud (SPS). El 100% de la publicidad del Gobierno Federal sobre salud, fue para promover la imagen del SPS.

Gráfico 3. Porcentaje de servicios de salud públicos y privados, en los mensajes publicitarios que sí los representan, dos canales nacionales

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



En ninguno de los mensajes emitidos por el sector público se incluye el concepto de “seguridad social”, a pesar de que la obligatoriedad del seguro social en el empleo formal (Laurell, 2013). Ni siquiera en los propios mensajes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que se centran en la comunicación de logros y mejorar su imagen (trasplantes exitosos, mejoras en el equipamiento, compromiso con la calidad de la atención), pero no refuerzan su carácter público ni el hecho de ser un derecho de los trabajadores en México. Se puede afirmar que la noción de “seguridad social” no está presente en los discursos mediáticos en el período analizado.

Por otro lado, los mensajes centrales de los spots sobre el SPS comunican que gracias a este esquema de cobertura las familias aseguradas ya no tendrán problemas económicos para acceder a la atención en salud, conformando la necesidad en salud como un tema meramente económico y que en la práctica se

resuelve sólo para aquellos que lo necesitan, porque quienes pueden, utilizan otros servicios.

La relación entre la ausencia de referencias a seguridad social y la sobreexposición del SPS conducen a representar como problema central de los servicios de salud, el financiamiento, lo que configura un discurso particular de la publicidad sobre los servicios de salud, que centra los problemas de salud en la capacidad económica.

Infomerciales

En los infomerciales, se representan únicamente servicios privados de salud, en el 65.4% de los segmentos comerciales. Siempre se trata de consultas médicas privadas. En el 34.6% de los episodios no se representa ningún servicio de salud como tal.

Programas

En los programas de televisión predomina la representación de servicios de salud privados: 83.0% de los episodios muestran servicios privados, principalmente representados por hospitales y consultas médicas privadas. Como servicios públicos, únicamente se representa el Seguro Popular, en 3 episodios de programas (4.4% del total), un mini drama, una revista de análisis financiero y un programa musical. En el primero y el último, el mensaje central es promover la afiliación. En el programa de análisis financiero se mencionó como parte de un análisis sobre los programas de gobierno exitosos. En la programación, en el período estudiado, no hay críticas ni cuestionamientos al Seguro Popular.

El episodio de mini drama (*Lo que llamamos las mujeres*, 21/11/2011, Azteca 13, barra vespertina) dedicado a la promoción del Seguro Popular de Salud tenía la siguiente trama: mostraba que ante una enfermedad “catastrófica” (leucemia), que afectaba a dos niños diferentes de clase social media-baja, una familia afiliada al Seguro Popular recibía la atención necesaria para su hijo, mientras que otra, no

afiliada, acudía a servicios privados de salud y como no disponían del dinero para pagarlos, no podía acceder al tratamiento necesario para salvar a su hija (que iba a morir sin tratamiento). El mensaje central del episodio es que si las familias de recursos medios o bajos no se afilian al Seguro Popular, no podrán enfrentar los gastos de una enfermedad de esta magnitud. Está centrado en el tema del *costo de las enfermedades* y representa al Seguro Popular como *la única opción* para acceder a la atención en salud. El episodio concluye con la afiliación y por supuesto, la recuperación de la niña que al fin obtiene tratamiento para su enfermedad.

En las telenovelas, el 15.8% de los episodios aluden a la salud. En dos de ellos se repitieron historias que tienen puntos de conexión con el capítulo de mini drama sobre el Seguro Popular: 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. El discurso que emerge de estos episodios de la programación es la preocupación por el *gasto en salud* y las dificultades para financiarla, en escenarios representados en los que no existe un sistema público que cubra las necesidades de salud de los ciudadanos.

Mención especial merece la telenovela, *A corazón abierto*, de TV Azteca, cuya trama es sobre médicos que trabajan en un hospital privado. La telenovela es un *remake* (un refrito) mexicano de la serie estadounidense *Grey's Anatomy* y se centra en los romances y relaciones entre médicos (y a veces otros profesionales de la salud), mientras atienden enfermedades, emergencias y conviven con la vida y la muerte. La telenovela es una apología a la profesión médica, que es, por cierto, la más representada en los dos canales de televisión, en cualquier formato mediático.

Noticias

La representación de servicios de salud es confusa en las noticias. Por ejemplo, la inauguración de una clínica Teletón (CRIT) recibió amplia cobertura (14%). Se realizó un evento al que asistieron los entonces funcionarios públicos, Felipe Calderón,

Presidente de la República y Marcelo Ebrard, Jefe de gobierno de la Ciudad de México. Es decir, el tema de salud es capitalizado por la televisora, por el propio Teletón y también por los personajes políticos que realizan el acto. Sin embargo, con el aval y presencia de los funcionarios públicos, no queda claro qué es el Teletón y si los servicios que ofrece provienen del sector público o privado.

El Seguro Popular recibió cobertura en las noticias de TV Azteca, anunciando el logro de cobertura universal en Puebla, en voz del gobernador del estado. Aunque las noticias sobre salud sí le dan visibilidad a los servicios públicos de salud, se centran en promover al SPS. 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 ni en publicidad, ni en los programas ni en las noticias de televisión del período estudiado.

3.4. *Género y salud*

La producción, reproducción y socialización de los roles de género se construyen y perpetúan a través de todo un sistema de estructuras sociales (instituciones como la familia, la escuela, el Estado, las iglesias), de sistemas simbólicos (lenguajes, tradiciones, costumbres, narrativas, rituales) y también, sistemas de normas y valores (jurídicos, científicos, políticos) (OPS, 1997b). Los medios de comunicación participan en la construcción del género tanto de manera estructural (como instituciones sociales) como simbólica, porque se dedican específicamente a la producción y distribución de sentidos y significados.

Aquí, usamos el término género para referirnos a:

“...las relaciones sociales que, basadas en las versiones dominantes en un tiempo y espacio determinado sobre la diferencia sexual, hacen parte del orden social, así afirmamos el carácter estructural de la desigualdad de género [...] Género aquí no significa o no es sinónimo de las diferencias socialmente ni culturalmente construidas del sexo, significa la *relación o las relaciones* que tienen como elemento distintivo el basarse en la construcción social de la

diferencia sexual y sus productos en términos de normas, valores, conductas e instituciones” (Riquer Fernández y Castro, 2012, p. 21)

Así, no se trata únicamente que existan estereotipos de género en los contenidos sobre salud, en términos de las diferencias culturalmente asignadas a los sexos, sino buscar cuáles son las relaciones entre la concentración de contenidos para las mujeres y su sobrerrepresentación como agentes de salud, con el resto de las lógicas de comunicabilidad.

3.4.1. El género como determinante en la construcción de públicos para contenidos sobre salud

Las mujeres son las principales destinatarias de la publicidad que alude a la salud y en general, de cualquier contenido o mensaje sobre salud. Más del 40% de este tipo de publicidad está específicamente dirigido a las mujeres. Si bien históricamente ha existido un vínculo importante entre género y consumo, desde el denominado “nacimiento de la sociedad de consumo” (Burke, 2007, p. 103), en el caso de la salud es evidente que la distribución y articulación de contenidos sobre salud dependen de las audiencias femeninas.

Tabla 20. Público objetivo de la publicidad sobre salud, dos canales nacionales

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

Público objetivo	n	%
General	3,778	51.6
Mujeres	2,975	40.6
Hombres	227	3.1
Jóvenes	139	1.9
Madres y padres	83	1.1
Adultos mayores	64	0.9
Niños y niñas	53	0.7
Total general	7,319	100.0

Infomerciales

El 100% de los infomerciales sobre pérdida de peso y productos milagro está dirigido a mujeres y las representa consumiendo sus productos y a través de ello, alcanzando la felicidad.

Programación

El 63.2% de los episodios que incluyen historias sobre salud o la mencionan, se encuentran en la programación destinada a las mujeres (melodramas y programas de revista matutinos).

En los programas matutinos, se abordan temas de salud en el 50% de los episodios. De estos, 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. Incluso en un episodio se rifa una cirugía plástica gratuita, para mujeres.

Noticias

Los noticiarios que concentran la mayor parte de las noticias sobre salud del período, son los de más altas audiencias femeninas: los matinales *Hechos AM* y *Primero Noticias*, y el vespertino *Noticiero con Lolita Ayala*.

3.4.2. Roles de género sobre salud

Así como los mensajes sobre salud están fundamentalmente dirigidos a las mujeres, tanto en la publicidad como en la programación, es posible observar roles específicos para ellas en relación con la salud, dependiendo de los temas que se aborden.

Las mujeres son responsables de la salud de los demás (y si son madres, más)

Se ha revisado cómo la salud se conforma más como un producto o bien de consumo que como un derecho en la publicidad, programación y noticias. Sin embargo, no se ha ilustrado suficiente el tema de la responsabilidad individual sobre la salud. Considerar la salud como un resultado de las acciones de los individuos no

es una forma precisa de decirlo, ya que el discurso mediático afirma que son las mujeres quienes deben hacerse cargo de proporcionar salud y velar por la salud de los hijos y de la familia en general.

En el 27.7% de los mensajes publicitarios sobre salud, es la madre la encargada de eliminar los riesgos a la salud, administrar el tratamiento terapéutico o resolver el problema de salud de los hijos u otros, y en el 21.5% de los mensajes totales, ella es el único adulto o la única encargada de la salud de los demás. Los padres, aunque aparecen representados en el 6.8% de los anuncios, están acompañados por la madre, quien lleva las riendas (el padre sólo está presente). Sólo en el 0.7% de todos los spots publicitarios que aluden a la salud aparecen padres solos, haciéndose cargo de sus hijos.

El caso más extremo sobre la responsabilidad de las mujeres en el cuidado de la salud de los hijos, está en un mensaje publicitario sobre la vacuna del neumococo, donde una madre externa su culpabilidad por no haberle puesto la vacuna contra neumococo de la farmacéutica Pfizer “...*siempre pienso cómo sería la vida si hubiera protegido a mi hijo...*” (*Pauta en TV Azteca, del 21 al 25 de noviembre de 2011, 15 impactos*) mientras se hace cargo de un niño con discapacidad. El mensaje se transmite en horario matutino (46.7% de los impactos), vespertino (26.7%) y estelar (26.7%), de lunes a viernes. Sin necesidad de un fino análisis de las implicaciones semánticas del texto, es evidente que la publicidad designa a la madre como la culpable de la parálisis y retraso motor de su hijo. Si bien la vacuna neumocócica está en el esquema de vacunación del sistema público, el mensaje es de Pfizer y al no aclararse que la vacuna es gratuita y está disponible en cualquier centro de salud del país, el mensaje parece indicar que o se compra el producto o se padecerán las consecuencias. Esta articulación entre la necesidad de consumo y la responsabilidad materna es clave para la legitimidad del discurso sobre la responsabilidad de las mujeres en la salud de hijos y familiares.

Particularmente en la programación, se exalta la maternidad como una condición que implica sacrificios. Madres que ante problemas de salud prefieren arriesgar su vida a abortar (*La rosa de Guadalupe, 25 de noviembre*); que buscan quién cuide a sus hijos frente a una enfermedad terminal (*Lo que callamos las mujeres, 7 de octubre*); que aceptan la violencia, el sufrimiento y el deterioro de su salud por el amor y los hijos (*Lo que callamos las mujeres, 3 de octubre*).

Los hombres detentan el saber en salud

Así como en la representación del cuidado destacan las mujeres, cuando se trata de los saberes en salud, predomina la representación de varones. Eso pasa particularmente con las profesiones. En la publicidad la razón de hombres médicos y mujeres médicas es de 3.6: 1. Un dato interesante es que en todos los mensajes publicitarios específicamente dirigido a madres, cuando aparece un médico, siempre es varón.

Tabla 21. Proporción de mensajes que representan médicos, según sexo del representado

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

Mensajes publicitarios	n	%
Con médicos varones	1,674	22.9
Con médicas mujeres	464	6.3

n=7,319 mensajes publicitario

Nota: los datos no suman 100%. En un mismo mensaje pueden aparecer médicos de ambos sexos.

También es notorio en la publicidad sobre salud, que las indicaciones e instrucciones de los mensajes, las brinda mayoritariamente una voz masculina. El 61.3% de todos los mensajes tiene locución masculina, el 28.3% femenina y el 9.6% mixta.

En la programación, la razón entre médicos hombres y mujeres es ligeramente menor: aparecen 2.8 médicos varones por cada médica mujer, pero igualmente se produce el fenómeno de la sobre representación de la profesión médica masculinizada, al contrario de lo que ocurre en la realidad mexicana.

3.4.3. *La extensión de las responsabilidades de cuidado de la salud*

No solamente hay un discurso dirigido a las mujeres sobre su responsabilidad en la salud representada por el consumo (y la administración) de medicamentos. Las mujeres son también las destinatarias de los mensajes sobre la alimentación saludable, el mantenimiento de espacios limpios y libres de gérmenes y la protección de los hijos y la familia en general.

Esto es notorio en los limpiadores y desinfectantes. Por ejemplo, Lysol, cuyo slogan es “higiene es salud”: *“Creemos que tus hijos no deben perder días de escuela. Transformando superficies limpias en saludables”, “Creemos que la salud de los niños comienza con manos saludables. Dispensador de jabón líquido” (Pauta de ambas semanas, todos los horarios menos madrugadas, 3 spots, 58 impactos)*. Todos están dirigidos a mujeres madres, que aparecen realizando labores domésticas y felices por haber logrado desinfectar sus espacios vitales.

La alimentación saludable, el disponer de ropa limpia, sábanas limpias, baños limpios (a través de los distintos productos de limpieza del hogar); junto con el enorme espacio dedicado al tema de “proteger” a los niños de las enfermedades configuran una serie de actividades cotidianas, más allá del combate a las enfermedades o el uso de medicamentos, como una responsabilidad de las madres.

Esto que hemos llamado “extensión de la responsabilidad” es una forma en que la comunicabilidad hegemónica en salud define el público y su reproducción está vinculada con el rol social de las mujeres. Danonino se promueve como un alimento con acción saludable, que *“ayudó a fortalecer tus huesos y hoy te ayuda a crecer como mamá”*, mientras muestra a una niña de aproximadamente 5 años

acunando a un bebé de juguete y a una madre satisfecha que ha cuidado su alimentación saludable y que la prepara para su futura maternidad.

3.5. Discursos sobre lo saludable

Al iniciar la clasificación de contenidos estaba claro que habría que analizar los mensajes de la industria farmacéutica o los programas que representaran directamente problemas de salud, servicios de salud, cuidado de la salud. Sin embargo, el propio material obligó a recuperar la noción de “lo saludable”, por su importancia en los contenidos, a veces de maneras que no están vinculadas directamente con la salud.

El discurso sobre “lo saludable” está articulado principalmente al consumo y aparece como un valor agregado de los productos en la publicidad comercial. En los textos de los anuncios publicitarios se emplean lenguajes, que son complementarios y que están dirigidos al mismo fin: por una parte se medicaliza lingüísticamente la cosmética, la higiene personal, la alimentación y la limpieza del entorno, utilizando palabras que evocan salud, bienestar, crecimiento, desarrollo, fortalecimiento, protección, defensa, control del riesgo. Por otra, se apela a un lenguaje científico y técnico que genera la percepción de que estos productos son resultado de la ciencia médica y tienen atributos terapéuticos, lo que Díaz Rojo (2001) define como “objetivación científica” de los productos asociados a la salud.

Así, es posible identificar la aparición de “alimentos –medicamentos”, “cosméticos-medicamentos” y otros productos que apoyan sus argumentos de venta en la medicalización (Sánchez Martos, 2010). Este fenómeno produce un escenario sumamente confuso sobre qué es y qué no es saludable. Por ejemplo, los productos lácteos fermentados, que aseguran “curar” gastritis, inflamación del abdomen, estreñimiento o fortalecer la respuesta inmunitaria del organismo pueden ser interpretados como verdaderas soluciones ante problemas de salud relacionados a aquello que dicen combatir y originar, desde consumos desproporcionados, hasta el abandono de otros tratamientos (Sánchez Martos, 2010).

Los terrenos de la nutrición y la cosmética son los más complejos en este sentido. Por ejemplo, el anuncio de la marca de refrescos Jarritos propone tener jugo “casi natural” de la “fruta de la salud”. Es decir, describe el agua carbonatada con azúcar como una bebida saludable, afirmación cuestionable. Nestlé asegura que sus fórmulas lácteas “reducen el llanto por cólico” de los lactantes con el sucedáneo de leche materna NAN3, porque contiene *L. Comfortis*; y que su leche artificial Good Care logrará conservar y fortalecer las defensas naturales que los bebés han obtenido a través de la lactancia materna y veladamente, sugiere su abandono (porque ya no sería necesaria).

La extensión de este fenómeno a marcas como Coca-Cola, Pepsico y Kellogg's es reflejo de una forma de apropiarse del discurso médico legitimado sobre nutrición y estilos de vida saludables. Cheetos de Sabritas (Pepsico) propone en su mensaje que está elaborado con ingredientes “*de origen natural*” y de “*excelente calidad*”. Una química en alimentos, que también es mamá, afirma jugando con el campo salud, conocer la importancia de una alimentación balanceada, pero también de consentir a los hijos, asociando ambas cosas a una forma de nutrición: la alimenticia y la amorosa.

En cuanto a la cosmética, el lema publicitario: *salud es belleza*, contiene una afirmación grave: que hay una especie de fealdad patológica que debe ser corregida. Así, consigue somatizar la apariencia y promover una serie de productos “saludables” que conseguirán revertir efectos negativos, que no pueden ser definidos como problemas de salud, como las canas, la calvicie masculina, la sudoración, el vello corporal, el color de la piel. El léxico que se utiliza define estas condiciones como problemas de salud y la representación de médicos que hablan de estos “problemas” y de las tecnologías implementadas en los productos para solucionarlos cierran la pinza de la objetivación científica de lo saludable.

**Capítulo 4. Problemas de
comunicación y salud. *Caminos para
la investigación y la práctica***

Para finalizar, este capítulo busca reflexionar sobre problemas de comunicación y salud derivados del análisis de televisión realizado, pero busca ir más allá de la noción de contenidos y también, de la mirada hacia los medios como vehículos de lo bueno o lo malo. Se trata más bien de reflexionar sobre el conjunto de lógicas de legitimación y articulación de los discursos sobre la salud en televisión. Aunque estas lógicas se expresan en los contenidos, también es posible reconocerlas como conjuntos de contenidos articulados a prácticas concretas de distribución simbólica, de conformación de audiencias, de relaciones representadas mediáticamente entre actores, instituciones, servicios públicos, mercados.

Intencionalmente se ha evitado denominar este capítulo como conclusiones, dado que lo que interesa señalar es que desde una práctica social compleja y diversa como la comunicación mediática, se pueden problematizar distintas cuestiones y líneas de interés para la construcción de conocimiento en salud colectiva, y que estas líneas no son temas independientes, sino interrelacionados, en tanto nudos problemáticos de un mismo campo.

4.1. La construcción mediática de las necesidades en salud

Lo que los medios plantean sobre la salud es importante porque interviene en la modelación de la percepción social de la salud. Dado que esta percepción puede ser también punto de partida del cambio social –una gran parte de las conquistas ciudadanas en el terreno de la salud han sido producto de movilizaciones sociales– su definición implica un territorio de dominio simbólico, que tiene influencia tanto en las políticas públicas sobre salud como en la participación social. La concepción de las necesidades en salud son el fundamento para orientar el ejercicio de cualquier forma de intervención, pero la manera de entenderlas lleva a muy diferentes formas de praxis (Breilh, 2003). Como señala Breilh, “una definición incorrecta o sesgada a intereses unilaterales de la necesidad, conduce a un paradigma ineficaz de intervención” (Breilh 2003, p. 176).

El ejercicio de análisis de contenido realizado, a pesar de sus limitaciones para profundizar sobre temas específicos y para manejar el enorme volumen de

material revisado, permite definir algunos discursos presentes sobre las necesidades en salud, que constituyen focos de interés.

a) La salud es consumo y mercancía

A través de la publicidad las necesidades en salud se establecen desde la perspectiva del consumo: la salud no está en las personas, sino en las cosas a través de las cuales podemos mantenerla o recuperarla, sean medicamentos, alimentos o afeites. Es decir: la salud es una mercancía. La agencialidad de los sujetos se establece en términos de recurrir al consumo, como una decisión posible. La presencia de un mercado estratificado, para distintas clases sociales, asegura (al menos en televisión) un acceso diferenciado al consumo, pero acceso al fin. La necesidad es consumir salud.

b) El costo de la atención y el tratamiento es el principal problema de salud

En narrativas de programas y publicidad se delinea el problema de los costos de la salud como el principal obstáculo para acceder a ella, como si el simple acceso a servicios de salud pudiese garantizarla. El Seguro Popular promueve este discurso, asegurando que gracias a la afiliación, ese problema está bajo control. Pero junto al SPS aparecen los grandes espacios ocupados por Farmacias Similares, que aseguran estar comprometidos con “los que menos tienen”

El tema de los costos de la salud está también presente en la gran cobertura y espacio dedicado al Teletón, tanto por la televisión como por figuras importantes de la vida política nacional. El financiamiento colectivo a través de la caridad le resta la responsabilidad al Estado sobre la atención de las discapacidades y ofrece además una alternativa limitada, puesto que los servicios de salud del Teletón (que no son públicos ni para todos), tienen capacidades establecidas, que sólo pueden aumentar si el financiamiento de la sociedad, las empresas y los gobiernos es mayor. Tanto el Teletón como el propio SPS son ejemplos de intervenciones *posibles* por sobre las indispensables, lo que Breilh llamaría “ligar las decisiones en salud a la camisa de fuerza del costo-beneficio” (2003, p. 182).

Estos dos discursos centrales sobre las necesidades en salud, aunque aparentemente no entrarían en conflicto con la propuesta sobre estilos de vida saludable, si entran en contradicción con el discurso sobre la salud como un asunto de elección (individual o familiar).

c) *La salud se puede elegir*

Un tercer discurso articulado a los contenidos es que la salud consiste en elecciones, pero esto no significa estilos de vida en términos de hábitos y prácticas de salud, significan más bien elecciones de consumo. Pero, como se estableció antes, el problema principal es no contar con la capacidad de consumir salud. Ambos discursos conviven, pero sin resolver su contradicción.

La selección temática en televisión, sobre daños en salud, tampoco aborda con claridad el perfil epidemiológico de México. A pesar del lugar privilegiado para los mensajes que promueven el combate a la obesidad y el sobrepeso dentro de la comunicación de servicio público, esa batalla ya encontró un correlato desde los productos de consumo, que se ofrecen como soluciones que a veces ni siquiera requieren cambios en los estilos de vida. El consumo no responde entonces a las necesidades en salud, más bien estas están formadas desde la lógica del consumo.

4.2. *La representación mediática de servicios de salud*

Es posible establecer relaciones entre la crisis de la seguridad social en México y la representación de la salud en televisión. 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 la publicidad ni en los programas ni en las noticias de televisión del período estudiado.

La seguridad social en el período analizado 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 y Eibenschutz, 2008; Tamez y 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 central del Seguro Popular es el aseguramiento de *lo mínimo*, pero no sólo en términos de la cobertura de eventos de salud (que no es absoluta). Más bien se trata de construirlo como una opción que sólo es para los pobres, porque se basa en el discurso del costo de la salud. En la representación de personajes que acuden, aprovechan o se felicitan por tener SPS, predominan siempre personas de clases sociales más desfavorecidas, en entornos rurales. Si el problema de la salud es un problema económico, el Seguro Popular de Salud es la solución, pero sólo para aquellos que no pueden pagar un consumo efectivo de salud.

4.3. *Roles de género y responsabilidad sobre la salud*

Los roles de género aparecen como claves en la reproducción social de los discursos mediáticos sobre salud, con las mujeres a cargo de realizar y seleccionar los consumos concretos sobre salud y tomar las decisiones sobre el cuidado de los hijos y de los demás miembros de su entorno familiar.

Si como señala Bourdieu (1995) los medios de comunicación son parte fundamental del campo de la producción y la circulación de productos simbólicos, su

participación en la construcción del orden simbólico es determinante. Los medios sostienen, entre otros poderes dominantes, lo que el autor ha descrito como la dominación masculina (Bourdieu, 2000). El anclaje de esta dominación en lo simbólico explica su permanencia y la dificultad para transformar las características de los medios de comunicación y sus mensajes, porque forman parte de las estructuras de dominación en las que el propio sistema se reproduce. Las mujeres, en posición socialmente subordinada, son cruciales para esa reproducción.

En los discursos sobre salud se expresa la referencia permanente a cuáles son las responsabilidades propias de las mujeres. En palabras de Bourdieu: “la fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla” (2000, p. 22). Pero el orden femenino sí requiere ser enunciado y permanentemente reiterado y en los mensajes de salud se establece representacionalmente el carácter de las mujeres como cuidadoras y consumidoras principales de salud.

Si bien el tema de las responsabilidades individuales en salud es contradictorio frente al magnificado problema del gasto en salud, la construcción de las mujeres como el público objetivo de la comunicación le otorgan un significado distinto a las responsabilidades individuales en salud: se trata, más que de elecciones, de una carga de trabajo para las mujeres. Ser el público objetivo principal de la industria farmacéutica, ser identificadas como quienes deciden los tratamientos y las alternativas terapéuticas, las convierte en responsables de los problemas de salud que se denuncian como asuntos elegidos, especialmente en relación con las enfermedades crónico degenerativas.

4.4. Reproducción de lo saludable: la relativización del consumo en salud

Ante el ideal de lo saludable, el lenguaje permite que casi cualquier producto se apropie de un poco de aquel capital simbólico y lo use para sí. Pero esto genera dos temas centrales para la discusión:

- a) La patologización de la apariencia, el cuerpo y las prácticas, más allá de la salud
- b) Dificultades adicionales para el consumo de la salud

Sobre el primer problema, se ha mencionado ya cómo se extiende la mirada de la enfermedad a aspectos que no están directamente relacionados con condiciones de salud. Esto puede generar problemas como discriminación, estigmatización social y como señalan Ch. Briggs (2005) y Castiel y Álvarez-Dardet (2010), ocupar posiciones diferenciadas en la sociedad, que tengan también impacto en la salud.

Pero el segundo problema presenta un verdadero obstáculo para mejorar la salud a través del consumo o los estilos de vida saludables. El estilo de vida saludable "vende". Eso se hace evidente con la apropiación de la salud como valor agregado por las marcas y productos. Pero si la salud cuesta, el estilo de vida saludable también. Los productos más caros, gracias a esta nueva valoración de la salud como un objetivo social absoluto, son aquellos que todos necesitamos pero que dicen ser más saludables, más nutritivos, más poderosos.

Actualmente los productos alimenticios que se dicen saludables se comercializan como una alternativa de mayor calidad y por lo general a un precio más alto que otros alimentos (Zhany, 2012). Un efecto de la promoción indiscriminada de lo saludable es el encarecimiento de alimentos y otros productos de consumo, que serían deseables como parte de una buena alimentación, estilo de vida, etc. El precio de los productos ha mostrado ser un factor muy relevante en su selección general, por encima de las virtudes que se ensalzan en el etiquetado (Araya y Atalah, 2002; Waterlander, Steenhuis, de Boer, Schuit y Seidell, 2013). En

el caso del consumo de frutas y verduras, los incrementos de precios suelen tener un efecto regresivo en el consumo (Jacoby y Keller, 2006). Actualmente, los alimentos industrializados o procesados han comenzado a ser más económicos que los que se expenden frescos (Ortiz-Hernández, 2006). Su encarecimiento no sólo está relacionado a factores de producción, almacenamiento y distribución: también a la revaloración de lo orgánico, saludable y natural, como vía para la salud.

Si en ese contexto, una serie de productos de consumo se promueven con valores asociados a la salud y resultan más económicos y accesibles ¿será lo saludable solamente un discurso también estratificado para distintas clases sociales, con poder adquisitivo diferenciado?

4.5. Sobre las condiciones de posibilidad de la comunicación social en salud como intervención efectiva

Desde el inicio de este trabajo de investigación se ha cuestionado la validez de los enfoques sobre comunicación en salud que apuestan por el cambio de conducta individual, pero no sólo por el ocultamiento de esa mirada hacia la determinación social de la salud. También, porque es un discurso que libera al Estado de las responsabilidades hacia los ciudadanos, en términos de garantizar el derecho a la salud, al acceso a servicios de salud, tratamientos y demás insumos y recursos necesarios para atender enfermedades y otros problemas. El discurso silencia el cuestionamiento estructural de un modelo que reproduce desigualdades sociales y que no asegura la calidad ni las condiciones de vida de las personas.

Pero llama la atención que lo que se habla en la televisión tiene mucha mayor relación con las posiciones neoliberales sobre la salud en términos de definir las responsabilidades y los modelos de atención a la salud, pero poco con la intención de modificar conductas y comportamientos. Es decir, se acentúa el tema de las responsabilidades en salud, de la menor importancia relativa de los servicios de salud, el papel de las mujeres en el cuidado de la salud de todos, del gran problema del gasto en salud. Pero el peso de los mensajes sobre prevención, prácticas de

salud, información y comunicación, e incluso, estilos de vida saludables, es mínimo ¿podríamos, en este contexto, hablar de que en México hay “comunicación en salud” en la televisión?

Esta investigación considera que su insuficiencia, la hace prácticamente imperceptible. El pavoroso ejemplo de los mensajes de prevención del dengue, ubicados todos en altas horas de la madrugada, con escasa audiencia, debe ser motivo de reflexión para entender cuáles son las prioridades de los medios de comunicación y también del Estado mexicano, en torno a la salud y las comunicaciones.

Los resultados del análisis de contenido conducen a 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, en términos de la representación mediática de servicios de salud destaca la primacía de la industria de la salud y los servicios privados; la ausencia o mínima aparición de mensajes y representaciones 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. Es posible decir entonces, que la televisión participó, en el período estudiado, favoreciendo determinados modelos de atención a la salud y sosteniendo discursos sobre las dificultades para asumir la atención en salud de la población mexicana en su totalidad (por los costos de la salud) y apuntalando la responsabilidad de los núcleos familiares sobre su propia salud (a través de las mujeres).

Sostuvo una visión mercantilizada sobre la salud, una concepción limitada sobre las responsabilidades sociales de atención y una forma de entender la comunicación, también asociada con la mercantilización y escasamente con la participación social en salud. Otra cosa es pensar, por ejemplo, en comunicación ciudadana en salud, que promueva la toma de decisiones de los colectivos humanos sobre los problemas de salud y la respuesta social organizada frente a ellos.

Pero más allá de esta funcionalidad a los poderes fácticos de la industria de la salud, el panorama actual muestra una importante contradicción entre los propósitos positivos de la práctica de comunicación en salud como intervención efectiva, frente a un entorno mediático que, si bien incluye algunos mensajes, en realidad no apuesta por los estilos de vida saludables. Las industrias de la salud (más que complejo médico-industrial, pues no se trata únicamente de los medicamentos o los servicios de salud) está más interesada en vendernos su productos-salud aunque en sus discursos institucionales apoyen la promoción de estilos de vida saludables: en la práctica sus discursos sobre salud nos indican que hay aún muchas alternativas en el consumo y que en todo caso, el problema es no acceder a ello, lo que se resuelve a través de la estratificación del mercado aunque esto no contribuya a la equidad en salud, entendiéndolo que a igual necesidad, igual respuesta social organizada para atenderla.

4.6. Hacia nuevas investigaciones

Esta investigación afirma que la televisión participó, en el período estudiado, en la construcción de conceptos sobre las responsabilidades públicas y privadas, individuales y colectivas sobre la salud. Que es, junto con otros medios de comunicación, un factor de alta relevancia en la significación social de la salud.

Estos resultados son también signo de las transformaciones, de un tiempo en el que la salud comienza a ser un valor no disociado de la medicina pero sí de las instituciones de salud, de los médicos y de las legítimas autoridades de la ciencia. A través de la televisión la ciencia de pronto se volvió accesible a los legos y la pantalla

parece garantía de calidad aunque no haya nadie que respalde esas informaciones: bastan los productos, el lenguaje científico-técnico y la persuasión sobre su carácter saludable.

Sin duda, estamos en un mundo cambiante. Por eso se afirma también que el monitoreo y análisis de medios es una línea importante de investigación para la salud colectiva. La propuesta para el futuro es realizar un segundo análisis de contenidos de flujos mediáticos, a fin de realizar investigación comparada.

Es irreal pensar que los medios de comunicación van a experimentar transformaciones radicales y veloces en la programación de entretenimiento o que los anunciantes modificarán sus estrategias de mercadotecnia y relación con sus públicos solamente por ser advertidos de ello. Por eso, el factor clave son las audiencias. Estudiar la recepción de los contenidos televisivos sobre salud aparece como una meta igualmente importante que establecer una segunda medición.

Hay que decir, finalmente, que la producción de conocimiento resulta siempre un proceso inacabado, porque la realidad es dinámica y se transforma. Adicionalmente, dado el período histórico sobre el cual se ha escrito este trabajo, no está de más señalar, como lo hacen Castiel y Vasconcellos-Silva (2005) las dificultades para definir referentes “estables” en el estudio de lo contemporáneo y más aún en el campo de la comunicación. El cambio tecnológico se produce cada vez más rápidamente y cualquier análisis de la situación actual corre el riesgo de quedar superada por los acontecimientos. Nuestra época se caracteriza por la velocidad y la transformación vertiginosa de los sistemas de comunicación, frente a otras realidades que no parecen cambiar con esa rapidez, pero que sin embargo están relacionadas. Temas como las rupturas en el sentido del tiempo, las transformaciones en los modos del saber en salud, o las transformaciones de las nociones espaciales y de distancia seguirán siendo cuestiones que pueden tomar rumbos muy diversos en el futuro cercano. Por otra parte, esta evanescencia le da

aún más valor al trabajo de reconstrucción histórica que siempre tendrá la posibilidad de abonar para el desarrollo futuro del conocimiento.

Índice de tablas

Tabla 1. Conceptualización de las variables para el análisis de contenido de flujos mediáticos de televisión.....	76
Tabla 2. Unidades de muestreo: medios de comunicación seleccionados y períodos de análisis	78
Tabla 3. Canales de Tv, participación y composición de audiencias.....	79
Tabla 4. Unidades de registro de contenidos informativos: noticias y episodios de noticieros.....	80
Tabla 5. Unidades de registro de contenidos de entretenimiento: episodios de programas de televisión según género televisivo.....	82
Tabla 6. Unidades de registro de publicidad en televisión, según tipo	83
Tabla 7. Matriz general del flujo mediático y matriz de publicidad	88
Tabla 8. Matriz de programas.....	89
Tabla 9. Matriz de noticias	89
Tabla 10. Emisores de mensajes publicitarios sobre salud según sector, público o privado.....	96
Tabla 11. Distribución de la publicidad en dos canales nacionales de televisión, según emisor del sector público o privado	97
Tabla 12. Emisores de mensajes publicitarios del sector público, dos canales nacionales.....	98
Tabla 13. Emisores de mensajes publicitarios del sector privado, dos canales nacionales.....	100
Tabla 14. Tema general de la publicidad sobre salud, dos canales nacionales	102
Tabla 15. Episodios de programas que aluden a la salud según género televisivo, dos canales nacionales	103
Tabla 16. Daños a la salud o tema de salud en mensajes publicitarios, dos canales nacionales.....	105
Tabla 17. Daños a la salud o tema de salud en episodios de programas de entretenimiento, dos canales nacionales.....	107
Tabla 18. Soluciones para los problemas de salud en publicidad, dos canales nacionales.....	108

Tabla 19. Soluciones para los problemas de salud en episodios de programación de entretenimiento, dos canales nacionales.....	111
Tabla 20. Público objetivo de la publicidad sobre salud, dos canales nacionales.....	117
Tabla 21. Proporción de mensajes que representan médicos, según sexo del representado.....	120

Índice de gráficos

Gráfico 1. Aproximación gráfica a la matriz de datos de la investigación	90
Gráfico 2. Proporción de contenidos de televisión que aluden a la salud, según tipo de contenido, dos canales nacionales.	94
Gráfico 3. Porcentaje de servicios de salud públicos y privados, en los mensajes publicitarios que sí los representan, dos canales nacionales.....	113

Bibliografía

- Alcalay, R. (1999). La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5 (3), 192-196.
- Alcalay, R. y Mendoza, C. (2000). *PROYECTO COMSALUD: Un estudio comparativo de mensajes relacionados con salud en los medios masivos latinoamericanos: OPS/FELAFACS/BASICS/UNESCO/USAID.*
- Alemán, R. (2007, 10 de junio). Itinerario político, *El Universal*.
- Almeida, N. y Paim, J. S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5-30.
- Ampudia, X. (2013, 23 de julio). ¿Principio del fin del monopolio de Televisa? *Diagonal Saberes*.
- Andréu, J. (2001). Las técnicas de análisis de contenido. Una revisión actualizada. *Documento de trabajo*: Universidad de Granada. Centro de Estudios Andaluces.
- Araya, M. y Atalah, E. (2002). Factores que determinan la selección de alimentos en familias de sectores populares. *Revista chilena de nutrición*, 29 (3), 308-315.
- Barthes, R. (1987). *El susurro del lenguaje: mas allá de la palabra y la escritura*. Barcelona: Paidós.
- Becerril, A. (2002, 12 de octubre). Pérdida brutal, la cesión del 12.5% de tiempo en radio y TV. Vergonzoso arrodillamiento del Secretario de Gobernación. Entrevista a Javier Corral, *La Jornada*.
- Becerril, A. (2007, 5 de mayo). Nada justifica los privilegios en la ley Televisa: Aguirre Anguiano, *La Jornada*.
- Benach, J. y Muntaner, C. (2008). Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar. *Entrevista por Salvador López Arnal, Rebelión*, 31 de agosto.
- Berelson, B. (1984). *Content analysis in communication research*. New York: Ed. Hafner.
- Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (1), 1-14.
- Bourdieu, P. (1982, 19 de octubre). Entrevista a Pierre Bourdieu. ¿Qué significa hablar? *Liberation, entrevista realizada por Didier Eribon*.
- Bourdieu, P. (1996). Espacio social y poder simbólico. En P. Bourdieu (Ed.), *Cosas dichas* (pp. 127-142). Madrid: Gedisa.
- Bourdieu, P. (1997). *Sobre la televisión*. Madrid: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina* (2da edición ed.). Barcelona: Anagrama.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Briggs, A. y Burke, P. (2002). *De Gutenberg a Internet. Una historia social de los medios de comunicación*. Madrid: Taurus.

- Briggs, C. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social, Universidad Complutense de Madrid, año/vol. 014*, 101-124
- Briggs, C. y Mantini Briggs, C. (2005). Hegemonía Comunicativa y Salud Emancipadora: Una Contradicción Inédita (El Ejemplo del Dengue). En CEAS (Ed.), *Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina. Obse* (pp. 148-157). Quito: Global Health Watch-Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS).
- Burke, P. (2007). *Historia y teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Cabrera, R. (2012). TELETON. El monopolio de la atención a la discapacidad. *EmeEquis*, 37-43.
- Calonge Cole, S. (2006). La representación mediática: teoría y método. *Psicologia da Educação*(23, 2º semana), 75-102.
- Cantera, S. (2010, 10 de agosto). Avanzan en TV pseudomedicinas, *Reforma*.
- Carvalho, S. R. (2008). Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud colectiva [online]*, 4 (3), 335-347.
- Castells, M. (1999). *La era de la Información. Economía, sociedad y cultura*. (Vol. I. La sociedad red). México: Siglo XXI Editores.
- Castiel, L. D. y Álvarez-Dardet, C. (2010). *La salud persecutoria. Los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castiel, L. D. y Vasconcellos-Silva, P. R. (2005). *Precariedades del exceso. Información y comunicación en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, UNAM.
- Coe, G. (1998). Comunicación y promoción de la salud. *Chasqui, Revista Latinoamericana de Comunicación [En línea]* (63), 26-29. Retrieved from <http://chasqui.comunica.org/coe.htm>
- Coronel, M. (2012, 23 de enero). COFEPRIS ya tiene dientes, *El Economista*.
- Cruz Martínez, Á. (2011, 23 de febrero). Saldrá Miguel Ángel Toscano de la Cofepri por inconformidades de las farmacéuticas, *La Jornada*, p. 45.
- Champagne, P. (2000). La visión mediática. En P. Bourdieu (Ed.), *La miseria del mundo* (pp. 51-63). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- DCSC. (2010). Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Seminario teórico I. México: UAM-X.
- Debray, R. (2001). *Introducción a la mediología*. Barcelona: Paidós.
- Decreto Inter Mirifica del Concilio Vaticano II (1963).
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. (2005). Salud, ética y medios de comunicación. Papeles de Trabajo, Retrieved from <http://www.defensoria.org.ar/publicaciones/pdf/papeles5.pdf>
- Díaz, H. (2012). La comunicación en todas las políticas de salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 2 (2), 1.
- Díaz Rojo, J. A. (2001). La belleza es salud: la medicalización lingüística de la publicidad de los cosméticos. *Contextos*, 20 (37-40), 109-121.
- Eco, U. (1965). *Apocalípticos e integrados*. Barcelona: Lumen.
- El Economista. (2009, 31 de agosto). Televisa y Genomma Lab firman alianza comercial, *El Economista*. Retrieved from <http://eleconomista.com.mx/notas-online/negocios/2009/08/31/televisa-genomma-lab-firman-alianza-comercial>

- El Poder del Consumidor. (2011). Se burlan comercializadoras con “producto milagro”. Retrieved from <http://www.elpoderdelconsumidor.org/saludnutricional/enganopublicitario/burla-n-a-la-autoridad-comercializadoras-de-productos-milagro/>
- Estados Unidos Mexicanos-Presidencia de la República. (1995). Ley del Seguro Social. México: Diario Oficial de la Federación, última reforma publicada el 28-05-2012.
- Estados Unidos Mexicanos-Presidencia de la República. (2013). Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, última modificación 24 de abril.
- Estados Unidos Mexicanos-Secretaría de Salud. (2005). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México: Diario Oficial de la Federación, publicado el 26 de enero de 2006.
- Esteinou, J. (2004). El Rescate del Informe Mc Bride y la Construcción de un Nuevo Orden Mundial de la Información. *Razón y Palabra*, (39). Retrieved from <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n39/jesteinou.html>
- Esteinou, J. (2008). Medios de información electrónicos, mediaciones sociales y transformación del Estado en México. *Mediaciones Sociales*(2), 63-114.
- Feo Istúriz, O., Feo Acevedo, C. y Jiménez, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (4), 602-614.
- Fernández Christlieb, F. (2007, 1 de abril). ¿Cómo se constituyó Televisa en un poder fáctico? *Nexos [en línea]*.
- Fernández Christlieb, F. (2009). La política pública en materia de comunicación social. En B. Solís (Ed.), *Derecho a la información. Fundamentos jurídicos de la comunicación en México* (pp. 91-116). México: Asociación Mexicana de Derecho a la Información, AC.
- Ferry, J.-M. y Wolton, D. (1998). *El nuevo espacio público*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (1970). *El orden del discurso*. Madrid, España: Tusquets, 2da reimpresión, 1985.
- Foucault, M. (1973). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud*, 10 (2), 152-170.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11 (1), 3-25.
- Foucault, M. (1978). *Historia de la Sexualidad. La voluntad de saber* (Vol. 1). Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1998). ¿Qué es un autor? *Conferencia dictada en la Sociedad Francesa de Filosofía [1969]*, *Revista Litoral* (9), 35-71.
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI editores Argentina, 1ra ed., 1ra reimp.
- Frenk, J. (1994). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FUNDAR. (2011). *Diagnóstico sobre el Gasto en Comunicación Social y Publicidad en las Entidades Federativas*. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C.

- Giménez, G. (1989). Discusión actual sobre la argumentación. *Discurso. Cuadernos de Teoría y Análisis, CCH-UNAM* (10), 10-39.
- Gómez, B. (2005). Disfunciones de la Socialización a través de los Medios de Comunicación. *Razón y Palabra*(44).
- Gómez, R. (2004). TV Azteca y la industria televisiva mexicana en tiempos de integración regional (TLCAN) y desregulación económica. *Comunicación y sociedad, nueva época* (1), 51-90.
- Granados Chapa, M. Á. (2009). Disposiciones reguladoras de la comunicación. En B. Solís (Ed.), *Derecho a la información. Fundamentos jurídicos de la comunicación en México* (pp. 33-68). México: Asociación Mexicana de Derecho a la Información, AC.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? *Revista Cubana de Salud Pública, 30* (2).
- Guimarães, M. C. S., Silva, C. H. y Noronha, I. H. (2011). El acceso a la información como determinante social de la salud. *Salud Colectiva, 7* (supl. 1), S9-S18. Retrieved from http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000300002&lng=es&nrm=iso
- Gumucio Dagron, A. (2004). Comunicación para la Salud: el Reto de la Participación. *Infoamérica. Revista Iberoamericana de Comunicación [Textos en línea]*.
- Gumucio Dagrón, A. (2010). Cuando el doctor no sabe. Comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación. *Estudios sobre Cultura Contemporánea, Época II., Colima, XVI* (31), 67-93.
- Hirsch, J. (2003). ¿Qué es la globalización? *Lecturas Básicas II. Contexto cultural, social y económico de México y América Latina* (pp. 95-105). México: UAM-X.
- Humphreys, G. (2009). La publicidad directa al consumidor en la línea de fuego. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 87*, 565-644.
- IBOPE AGB México. (2010). Anuario 2009-2010. Audiencias y medios en México. . México: Autor.
- IBOPE AGB México. (2012a). Ranking. Semana 40/ 3 al 9 de octubre de 2011. México: IBOPE AGB, Television Audience Measurement.
- IBOPE AGB México. (2012b). Ranking. Semana 47/ 21 al 27 de noviembre de 2011. México: IBOPE AGB, Television Audience Measurement.
- INEGI. (2009). *Estadísticas sobre Disponibilidad y Uso de Tecnología de Información y Comunicación en Hogares, 2009*. México: Autor.
- INEGI. (2012). *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009. ENUT. Metodología y tabulados básicos*. México: Autor.
- Jacoby, E. y Keller, I. (2006). La promoción del consumo de frutas y verduras en América Latina: buena oportunidad de acción intersectorial por una alimentación saludable. *Revista chilena de nutrición, 33* (Supl. 1), 226-231.
- Jarillo, E., Garduño, M. d. I. Á. y Guinsberg, E. (2006). Introducción. En E. Jarillo y E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva* (pp. 9-19). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Jarillo, E. y López, O. (2007). Salud Pública: objeto de conocimiento, prácticas y formación. *Revista de Salud Pública, Bogotá, 9* (1), 140-154.
- Kreps, G. L., Bonaguro, E. W. y Query, J. L. (1998). The history and development of the field of Health Communication. En L. D. Jackson y B. K. Duffy (Eds.),

- Health Communication Research: Guide to Developments and Directions* (pp. 1-15). Westport, CT: Greenwood Press.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós Comunicación.
- Krippendorff, K. (2004). Reliability in Content Analysis: Some Common Misconceptions and Recommendations. *Human Communication Research*, 30, 411–433.
- Laurell, C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*(19), 1-11.
- Laurell, C. (1989). Social analysis of collective health in Latin America. *Social Science and Medicine*, 28 (11), 1183-1191.
- Laurell, C. (1995). La salud: de derecho social a mercancía. En C. Laurell (Ed.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud* (pp. 9-31). México: Friedrich Ebert Stiftung en México / UAM-X
- Laurell, C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano* Buenos Aires: CLACSO.
- Lobo, F. (1979). Estructuras monopolísticas y publicidad: El sistema de desinformación farmacéutica. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(5), 81-117.
- López, A. (2009, 7 de septiembre). Todos contra Genomma Lab. *Expansión*.
- López Arellano, O., Escudero, J. C. y Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3 (4), 323-335.
- Maibach, E. W. (2002). Communication for Health. *Encyclopedia of Public Health*. Retrieved from Encyclopedia.com website: <http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3404000202.html>
- Maigret, E. (2005). *Sociología de la comunicación y de los medios*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Manganello, J. y Blake, N. (2010). A Study of Quantitative Content Analysis of Health Messages in U.S. Media From 1985 to 2005. *Health Communication*, 25 (5), 387-396. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2010.483333>
- Martín-Barbero, J. (1987). *De los medios a las mediaciones*. México: Gustavo Gili.
- Martín Barbero, J. (2002). El melodrama en televisión o los avatares de la identidad Industrializada. En H. e. Herlinghaus (Ed.), *Narraciones anacrónicas de la modernidad. Melodrama e intermedialidad en América Latina* (pp. 171-198). Santiago de Chile: Editorial Cuarto Propio.
- Mattelart, A. y Mattelart, M. (1997). *Historia de las teorías de la comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Menéndez, E. L. (1981). La Automedicación y los medios de comunicación masiva. *Cuadernos Médico Sociales*(15), 1-9.
- Menéndez, E. L. (1982). Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina “popular”. *Cuaderno 57 de la Casa Chata*(57).
- Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares, significados diferentes. *Estudios Sociológicos*(16), 37-67.

- Menéndez, E. L. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En H. c. Spinelli (Ed.), *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad* (pp. 11:48). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, E. L. y Di Pardo, R. B. (2008). La representación social negativa de los procesos de salud/enfermedad/atención en la prensa escrita. *Salud Colectiva, Enero-Abril, 4* (1), 9-30.
- Mercer, H. (2005). La salud colectiva debe regularse socialmente. *Salud, ética y medios de comunicación* (pp. 64-67). Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.
- México Gobierno Federal. (2000). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Publicidad*. México: Diario Oficial de la Federación, última modificación 19-01-2012 Retrieved from http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66_D_3022_02-03-2012.pdf.
- Mintzes, B. (2002). Publicidad directa al consumidor de medicamentos de prescripción: ¿existen datos probados sobre los beneficios para la salud? *Boletín de medicamentos esenciales OMS*(31), 19-20.
- Montiel, L. (2004). Derecho a la salud en México: un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. *Revista IIDH, 40*, 292-313.
- Mosquera, M. (2003). Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. Retrieved from
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de salud pública *Salud Pública*. Madrid: McGraw Hill.
- Notimex. (2011, 14 de noviembre). Cofepris logra decomiso “milagro”, *El Economista*. Retrieved from <http://eleconomista.com.mx/sociedad/2011/11/14/cofepris-logra-decomiso-milagro>
- OMS. (1996). Comunicación, Educación y Participación: Un marco y guía de actuación. . Washington: WHO / AMPRO / PAHO.
- OMS. (1998). Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2000). *Informe sobre la salud del mundo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2004). Reporte mundial: Conocimiento para una mejor salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2013). Derecho a la Salud. *Nota descriptiva N°323*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OPS. (1996a). Modelos y Teorías de Comunicación en Salud. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (1996b). Promoción de la salud: una antología. Washington: Organización Panamericana de la Salud, publicación científica No. 557.
- OPS. (1997a). *Communication and Health*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Subcommittee on Planning and Programming of the Executive Committee.
- OPS. (1997b). *Taller sobre género, salud y desarrollo: guía para facilitadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (1998). *Health in the Americas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, publicación científica, No. 569.

- Orozco, G. (1996). *Televisión y audiencias. Un enfoque cualitativo*. Madrid: Ediciones de la Torre/ Universidad Iberoamericana.
- Orozco, G. (1997). Medios, audiencias y mediaciones. El reto de conocer para transformar. *Comunicar*, 8, 25-30.
- Ortega, P., Mc Phail, E. y Vega Montiel, A. (2011). Productos milagro y medios de comunicación en México: una reflexión crítica. *Derecho a Comunicar. Revista Científica de la Asociación Mexicana de Derecho a la Información*(3), 104-117.
- Ortiz-Hernández, L. (2006). Evolución de los precios de los alimentos y nutrimentos en México entre 1973 y 2004. *ALAN Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 56 (6). Retrieved from http://www.alanrevista.org/ediciones/2006-3/evolucion_precios_alimentos_mexico.asp
- Paim, J. S. (1992). Collective health and the Challenges of Practice. En PAHO (Ed.), *The Crisis of Public Health: Reflections for the debate* (pp. 136-150). Washington D.C.: Scientific Publication no. 540
- Peixoto Caldas, J. M. y Rodríguez Castro, Y. (2010). Violencia de género: un problema de conflicto social. La situación en España. *Conflicto Social, Año 3* (4), 110-127.
- Pitta, Á. M. d. R. y Magajewski, F. R. L. (2000). Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, 4 (7), 61-70.
- Poder Ejecutivo-Secretaría de Gobernación. (2002). *Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión, en Materia de Concesiones, Permisos y Contenido de las Transmisiones de Radio y Televisión*. México: Diario Oficial de la Federación.
- PROFECO. (2010). Sanciona Profeco a Genomma Lab por publicidad falsa. México: Procuraduría Federal del Consumidor, Comunicado 43.
- PROFECO. (2013). Por publicidad engañosa, Profeco impone México: Procuraduría Federal del Consumidor, Comunicado 136.
- Relman, A. (1981). El Nuevo Complejo Médico Industrial. *Cuadernos Médico Sociales, Rosario*(18), 1-9.
- Reuters. (2010, 24 de febrero). Genomma Lab 'dispara' su utilidad en 94%, *CnnExpansión*. Retrieved from <http://www.cnnexpansion.com/negocios/2010/02/24/genomma-lab-dispara-su-utilidad-un-94>
- Rimal, R. N. y Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 247-247.
- Riquer Fernández, F. y Castro, R. c. (2012). Estudio Nacional sobre las Fuentes, Orígenes y Factores que Producen y Reproducen la Violencia contra las Mujeres. Retrieved from http://www.conavim.gob.mx/es/CONAVIM/Estudio_sobre_las_Fuentes
- Rodríguez, R. (2011, 19 de enero). Advierten sobre fraude en "productos milagro", *El Universal*. Retrieved from <http://www.eluniversal.com.mx/notas/738599.html>
- Rojas-Rajs, S. (2012). Violencia contra las mujeres y comunicación masiva. Un análisis de medios audiovisuales e impresos en México. In F. Riquer Fernández y R. Castro (Eds.), *Estudio Nacional sobre las Fuentes, Orígenes y Factores que Producen y Reproducen la Violencia contra las Mujeres* (Vol. II, pp. 225-316). México: CONAVIM. Retrieved from

<http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/103/1/images/EstudiosNacionalesTomolVolumenII.pdf>.

- Ruelas Serna, A. C. y Dupuy, J. (2013). *El costo de la legitimidad. El uso de la publicidad oficial en las entidades federativas*. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C. y Artículo 19, Oficina para México y Centroamérica.
- Salinas Figueredo, D. y Tetelboin Henrion, C. (2005). Las condiciones de la política social en América Latina. *Papeles de Población [en línea]* 11 (44), 83-108.
- Samaja, J. (1993). El análisis del proceso de investigación *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica* (pp. 200-305). Buenos Aires: Eudeba.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sánchez Martos, J. (2010). La información sobre la salud en los medios de comunicación. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 1 (2), 68-76.
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. San Francisco, EEUU: Jossey-Bass.
- Silva Ayçaguer, L. C. (2012). El papel de los medios masivos de información en materia de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (supl.5), 759-770.
- Silva Pintos, V. (2001). Comunicación y Salud. *Inmediaciones de la Comunicación, Escuela de Comunicación de la Universidad ORT, Año 3* (3), 119-136.
- Sola, B. (2012, 1 de octubre). Promueve obesidad infantil la autorregulación empresarial de la comida chatarra, *Crónica*. Retrieved from <http://www.cronica.com.mx/notas/2012/694462.html>
- Stahl, K. (1994). Política Social en América Latina. La privatización de la crisis. *Nueva Sociedad*(131), 48-71.
- Tamez, S. y Eibenschutz, C. (2008). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Revista de salud pública*, 10 (supl.1), 133-145.
- Tamez, S. y Valle, R. (2005). Desigualdad social y reforma neoliberal en salud *Revista mexicana de sociología*, 67 (2), 321-356.
- Televisa. (2012). *Plan Comercial 2012*. México: Televisa.
- Thompson, J. B. (1993). *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*. México: UAM-X.
- Torres, M. (2007). Participação e Controle Social para o Exercício Pleno da Cidadania em Saúde na América Latina – Importância da Comunicação e da Informação En M. d. S. e. Brasil (Ed.), *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social* (pp. 57-60). Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2. ed.
- Toussaint Alcaráz, F. (2009). Historia y políticas de televisión pública en México. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas* 51 (206), 105-118.
- Tufté, T. (2007). La comunicación y la salud en un contexto globalizado. Situación, logros y retos. En M. Moreno, M. Arrivillaga y R. Malagón (Eds.), *La salud y la comunicación*. (pp. 25-34). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Van Dijk, T. A. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos*, 186, 22-36.
- Verón, E. (1993). *La semiosis social. Fragmentos de una teoría de la discursividad*. Barcelona: Gedisa.

- Villamil, J. (2010, 17 de noviembre). Genomma Lab, Televisa y Cofepris, from <https://jenarovillamil.wordpress.com/2010/11/17/genomma-lab-televisa-y-cofepris/>
- Waterlander, W. E., Steenhuis, I. H., de Boer, M. R., Schuit, A. J. y Seidell, J. C. (2013). Effects of different discount levels on healthy products coupled with a healthy choice label, special offer label or both: results from a web-based supermarket experiment. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10 (59), 1-8. doi: 10.1186/1479-5868-10-59
- Wiener, N. (1981). Historia de la cibernética. En N. Wiener (Ed.), *Cibernética y sociedad* (pp. 17-27). México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Wilkes, M. S., Bell, R. A. y Kravitz, R. L. (2000). Direct-to-consumer prescription drug advertising: trends, impact, and implications. *Health Affairs*, 19 (2), 110-128.
- Wolf, M. (1994). *Los efectos sociales de los media*. Barcelona: Paidós.
- Zemelman, H. (1987). *Uso crítico de la teoría, En torno a las funciones analíticas de la totalidad*. México: Universidad de las Naciones Unidas; CES, El Colegio de México.
- Zhany, C. (2012). Do Consumers Pay for Being Health and Environment Conscious? An Analysis of Price Discrimination of Healthy Food Products. *Job Market Papers*. Retrieved from http://www4.ncsu.edu/~czhan/research/job%20market%20paper_Congnan%20Zhan.pdf