



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Rojas Rajs, Soledad

La representación de servicios de salud en la televisión mexicana: potenciales  
consecuencias en las subjetividades en salud

Salud Colectiva, vol. 12, núm. 2, 2016, pp. 189-201

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73146051004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal


Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## La representación de servicios de salud en la televisión mexicana: potenciales consecuencias en las subjetividades en salud

The representation of health care services in Mexican television: potential consequences for health subjectivities

Soledad Rojas Rajs<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Licenciada en Comunicación Social, Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Catedrática, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Investigadora y docente, Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ciudad de México, México. ✉ 

**RESUMEN** El objetivo de este trabajo es analizar la representación de los servicios de salud en la televisión mexicana, considerando su participación en la producción y reproducción de significados sociales sobre salud. Se realizó un estudio descriptivo que analizó los contenidos de 672 horas de televisión continuas (flujos mediáticos) en México, emitidas en el año 2011, y revisó publicidad, programas de televisión y noticiarios. Como resultado del análisis del conjunto de mensajes se observó que en los contenidos se representan principalmente servicios privados de salud; cuando aparecen servicios públicos, predomina la comunicación sobre el Seguro Popular de Salud; y el modelo de servicios menos representado es el de la seguridad social. Se concluye que la televisión favorece a los dos primeros tipos de servicios de salud y diluye la importancia de la seguridad social. Este tipo de representaciones de los servicios tiene potenciales consecuencias en las subjetividades en salud.

**PALABRAS CLAVES** Medios de Comunicación; Televisión; Atención a la Salud; Anuncios; México.

**ABSTRACT** The objective of this paper is to analyze the representation of health services in Mexican television, considering that television plays an important role in the production and reproduction of the social meanings of health. A descriptive study analyzed the contents of 672 hours of continuous television (media flows) broadcast in Mexico in 2011, examining advertising, television shows and newscasts. The analysis of all these messages shows that the representation of private care services predominates. When public care services are mentioned, the communication is mainly regarding the *Seguro Popular de Salud* [Popular Health Insurance, for those with low incomes], while the social security model of care is underrepresented. We therefore conclude that television favors the two first models of health care. This kind of representation could hold potential consequences for health subjectivities.

**KEY WORDS** Communications Media; Television; Health Care (Public Health), Advertisements; Mexico.

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo analiza la representación de servicios de salud en la televisión mexicana. Propone que la representación de los servicios de salud que se difunden por televisión influye tanto en el concepto colectivo sobre salud y atención, como en la percepción sobre las alternativas de la sociedad mexicana para afrontar y atender los problemas de salud.

Su objetivo es comparar la visibilidad de tres modelos de atención diferentes: la seguridad social, el Seguro Popular de Salud (SPS) y los servicios privados de salud. En México, las instituciones de seguridad social han sido el principal modelo de atención a la salud desde la creación en 1943 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en términos de servicios prestados y su extensa cobertura. Sin embargo, a partir de la primera y segunda generación de reformas a los sistemas de salud, la seguridad social se ha visto debilitada y socavada en términos financieros y de otros recursos<sup>(1,2)</sup>, mientras que los esfuerzos públicos se han dirigido a fomentar la afiliación al SPS, un modelo de aseguramiento según capacidad de pago, con subsidio para los más pobres. Los servicios privados de atención a la salud, si bien atienden minoritariamente a la población con seguros contratados individualmente o como prestación laboral –entre 2,8% y 5,9% de la población<sup>(2)</sup>–, proveen servicios de salud financiados con recursos públicos, a través del SPS y, a partir de diversas reformas a la Ley del Seguro Social, también a través de las instituciones de seguridad social<sup>(3)</sup>.

En este contexto, ¿cuál es la presencia de los servicios de salud en los contenidos mediáticos? En este trabajo se postula que la escasa representación de servicios de salud públicos y la reducida visibilidad de la seguridad social en televisión pueden entenderse como parte de las estrategias que buscan desdibujar su importancia como modelos de atención a la salud en México.

## Construcción social de la salud y comunicaciones

El proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) se construye social e históricamente. Durante el siglo XX el concepto de salud ha pasado de ser entendido simplemente como la ausencia de enfermedad en los individuos a construirse en 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 lo tanto, se vincula con la responsabilidad de los Estados para garantizar la salud de los ciudadanos. Salud y enfermedad no son únicamente definiciones científicas: también son políticas<sup>(4)</sup> y dependen del contexto social y político; es decir, lo que por salud-enfermedad-atención se entiende en una época determinada está mediado por relaciones de poder. Por tanto, está relacionado con la correlación de fuerzas y poderes que participan en su definición. En este sentido, se puede plantear que determinados discursos y concepciones sobre la salud definen el tipo de respuesta social organizada para la atención del PSEA.

Las comunicaciones, discursos y representaciones tienen influencia en lo que se entiende y acepta por salud en una época determinada, es decir, participan en la dimensión simbólica, lo que puede entenderse como ejercicio de poder. Briggs<sup>(5)</sup> ha señalado que la *comunicabilidad en salud* o *biocomunicabilidad* conforma mecanismos que construyen y naturalizan ideologías y prácticas, actualmente las neoliberales. Sostiene que el modelo que sustenta en general las prácticas sanitarias, se reproduce en la totalidad de las comunicaciones sobre salud, en especial, la verticalidad y el establecimiento de jerarquías. Por ello, el autor señala que la comunicabilidad genera, a su vez, relaciones de poder y también desigualdad, puesto que propone jerarquías en la sociedad y ubica en posiciones diferenciadas a individuos y poblaciones. Por ello, propone conceptualizar las comunicaciones como “modelos de comunicabilidad hegemónicos”, siguiendo el planteamiento de Menéndez sobre el

modelo médico hegemónico<sup>(6)</sup>. Desde esta perspectiva, las comunicaciones ocurren en un marco de producción y reproducción hegemónicas, que construyen miradas específicas sobre la salud en general, sobre los problemas de salud y la definición de las respuestas de atención.

Desde esta mirada, las comunicaciones funcionan como sistemas ideológicos que significan y resignifican aspectos relacionados con la salud. Diversos autores coinciden con esta función de las comunicaciones, por ejemplo, cuando reducen el impacto de las desigualdades sociales que afectan la salud a un asunto de malas elecciones individuales<sup>(5,7,8)</sup>; cuando individualizan la responsabilidad sobre la salud y, más que promoverla, castigan las diferencias<sup>(9)</sup>; o cuando se plantean las conductas aceptables e inaceptables en la sociedad<sup>(9,10)</sup>. Además de lo mencionado, las comunicaciones implican problemas éticos para la salud de diversa índole: 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 en vez de un derecho social, invasión de la privacidad y la intimidad<sup>(11,12)</sup>, son algunos de los aspectos que se pueden mencionar.

Si consideramos que 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”<sup>(13 p.23)</sup>, comprender cómo se construye el concepto salud en la sociedad incluye dirigir la mirada hacia los medios de comunicación, dada la importancia creciente de las tecnologías y/o medios de comunicación masiva en la vida cotidiana<sup>(14,15)</sup>.

## Televisión, subjetividades y salud

Existe un alto grado de consenso sobre la idea de que los medios masivos de comunicación participan en la construcción, producción y reproducción simbólica, la transmisión de la cultura y las ideologías. Como estructuras sociales, proporcionan

marcos para la socialización de los sentidos y significados sociales, proveen marcos cognitivos y contextos de percepción de la realidad social<sup>(16)</sup>. Además, producen el “efecto de realidad”<sup>(16)</sup> al fabricar una visión mediática de aquello que describen, que está orientada por perspectivas específicas de la realidad.

Si bien los efectos de los medios no son directos y verificables en las conductas individuales en términos de estímulo-respuesta<sup>(17,18)</sup>, y diversas mediaciones operan en los procesos de comunicación<sup>(19)</sup>, se reconoce su lugar privilegiado en la sociedad para la generación de sentidos y significados, para influenciar la agenda pública y para definir explicaciones y miradas sobre los acontecimientos<sup>(17)</sup>. 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 porque ocupan el espacio de la legitimidad<sup>(20)</sup>. Aunque los medios no son omnipotentes ni producen lo que existe, tienen la mejor ubicación social posible para transmitir sentidos y significados, y desde esa posición ejercen dominio.

Orozco<sup>(21)</sup>, estudiando la recepción, plantea que la audiencia no nace, sino que se hace. Son sujetos “que se van constituyendo”<sup>(20)</sup> y que, si bien no son receptores pasivos, tienen referentes determinados para la constitución de subjetividades colectivas. Los medios juegan, por ejemplo, un papel decisivo en los procesos de obtención del consentimiento público<sup>(22)</sup> y en otorgarle una posición importante a los problemas sociales como parte de los problemas públicos.

En el campo de la salud, los medios juegan también un papel relevante. La mayoría de las personas, en países con fuerte penetración mediática, obtienen de los medios de comunicación buena parte de la información sobre salud de la que disponen<sup>(14)</sup>. Estudios en América del Norte y Europa señalan que por cada persona que obtiene información sobre salud por medio de profesionales de la salud, dos la obtienen de la radio y 15 de la televisión<sup>(23)</sup>. En México, los mayores de

12 años dedican el 59% de su tiempo libre al consumo de medios de comunicación<sup>(24)</sup>, principalmente la televisión. En el año 2009, el 95,1% de los hogares contaban con aparato de televisión<sup>(25)</sup>.

Por su enorme influencia en México y en América Latina, la televisión es parte de los mecanismos de reproducción social, es decir, de aquellos que aseguran la reproducción de las relaciones sociales existentes, estructurales y simbólicas. Las comunicaciones masivas constituyen actualmente una condición para la existencia misma del poder simbólico. Y la salud, en ellas, es un territorio en disputa.

### Reformas neoliberales al sistema de salud y comunicación mediática

Las transformaciones en los sistemas de salud en América Latina, a partir de las reformas del período del ajuste estructural y las significativas disminuciones del gasto público en servicios sociales<sup>(26)</sup>, produjeron cambios importantes en la concepción social de la salud. Berlinguer<sup>(27)</sup> señala que las reformas implicaron abandonar los objetivos de salud de las décadas anteriores y Laurell<sup>(28)</sup> se refiere a este momento como la transición de la salud de derecho social a mercancía:

...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 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.<sup>(28 p.8)</sup>

México no fue la excepción, y las reformas lograron en parte dismantelar la seguridad social, que desde entonces ha sido significada, en los discursos mediáticos, como una carga económica para el Estado. Sin embargo, en los años en que se iniciaron las reformas, no fue posible debilitarla por completo: como señalan Tamez y Eibenschutz<sup>(1)</sup>, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante la década de 1980 fue la institución de salud y seguridad social más fuerte del país: por sí mismo daba cobertura a cerca del 50% de la población. Para 1990, el 56,7% de la población era derechohabiente de la seguridad social, mientras el 43,3% no estaba asegurada<sup>(29)</sup> y recibía servicios asistenciales por parte las instituciones de la Secretaría de Salud.

A diferencia de países como Chile y Colombia, en los que operan seguros obligatorios de salud como mecanismos de financiamiento de la compra venta de los servicios de salud que prestan proveedores tanto públicos como privados, México mantiene un sistema de salud que, si bien está segmentado y fragmentado, cuenta con seguro social laboral obligatorio y público<sup>(2)</sup>. Desde el año 2004, sin embargo, se creó el Seguro Popular de Salud (SPS), un paquete básico de servicios de salud, de afiliación voluntaria, para la población que no cuenta con seguridad social, es decir, que no está inserta en esquemas de trabajo formal. El SPS inicialmente tuvo soporte en la infraestructura pública de atención a la salud, de la Secretaría de Salud, por lo que constituye una de las más grandes reformas al sector público, que tradicionalmente había brindado atención a quienes no eran derechohabientes de la seguridad social.

El SPS es un seguro asistencial que cubre "el mínimo de intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población en respuesta a las necesidades prioritarias"<sup>(30 p.332)</sup>. Se financia con contribuciones del gobierno federal y de los gobiernos estatales, y con

primas de los afiliados, a partir de ciertos niveles socioeconómicos, excluyendo del pago a los cuatro deciles de menor ingreso en el país. El paquete de servicios de salud que ofrece el SPS es muy inferior a los de la seguridad social y excluye de su cobertura diversas enfermedades de alto costo<sup>(2)</sup>. Como modelo de atención no tiene mejores indicadores de salud que el IMSS<sup>(2,31)</sup>. Además, implica un importante cambio desde la concepción solidaria de la salud, de la seguridad social intergeneracional y con soporte del Estado hacia un esquema de aseguramiento individual.

En el año 2011, la población con seguro social representó el 45,5% del total, mientras que los no asegurados constituyeron el 54,5%<sup>(29)</sup>, lo que habla de la precarización del trabajo (menor acceso al empleo formal) y de la estrategia del Estado mexicano de sustituir la seguridad social por un esquema más estrecho de servicios básicos de salud.

De forma paralela a la gestación de las reformas de los sistemas de salud en América Latina, que implicaron una gran crisis de la seguridad social en el continente, el papel de los medios adquirió preponderancia y se volvieron actores claves en los procesos primero llamados de transnacionalización y después, de globalización<sup>(32)</sup>. Durante la perdida década de 1980, una de las pocas industrias que logró desarrollo y crecimiento en América Latina fue la de la comunicación. Martín-Barbero destaca, en particular, que el crecimiento de los medios aconteció siguiendo el movimiento del mercado, con escasa intervención y participación del Estado: “de hecho, mirando 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”<sup>(32 p.176)</sup>. Desde la primacía de los poderes trasnacionales se puede hablar de la “hegemonía de una racionalidad desocializadora del Estado y legitimadora de la disolución de lo público”<sup>(32 p.177)</sup>. El Estado pasa así de ser quien garantiza los derechos políticos colectivos a ser garante de intereses privados. En este sentido, las comunicaciones conforman dispositivos estructurantes que participan directamente en la redefinición y remodelación del Estado,

favoreciendo que se desligue de sus funciones públicas.

Es posible ver cómo operan estos dispositivos en el caso de la salud en los contenidos de la televisión mexicana, para proponer y enfatizar ciertos modelos de atención a la salud. Dado que las reformas buscan una mayor participación del sector privado y disminuir el papel del Estado en la provisión de servicios de salud, manteniendo el esquema de SPS solo para quienes no pueden pagar servicios privados, los contenidos mediáticos constituyen un correlato de estos objetivos, con discursos sociales que pueden tener efecto en las subjetividades colectivas. El análisis de estos contenidos, es por tanto, un primer paso para comprenderlos.

## METODOLOGÍA: ANÁLISIS DE CONTENIDO DE FLUJOS MEDIÁTICOS

El análisis de contenido, técnica clásica de análisis de productos masivos de comunicación<sup>(33,34)</sup>, puede entenderse, en un sentido analítico, como un proceso de deconstrucción y posterior reconstrucción: para acceder a la totalidad hay que separar las partes y elegir una forma de reconstruirlas de una manera que pueda dar luz sobre sus relaciones y dimensiones como totalidad.

Con estas consideraciones, el análisis de contenido se diseñó a partir del concepto de *flujos mediáticos*<sup>(35)</sup>, que busca recuperar la totalidad y complejidad de los contenidos de televisión. Los flujos mediáticos son la totalidad de mensajes que se emiten en televisión, dado que las transmisiones son ininterrumpidas y están interrelacionadas. La emisión de contenidos en televisión puede abordarse en términos de proceso, es decir, como una totalidad que ontológicamente tiene distintos niveles o “estratos”<sup>(13)</sup> que operan en conjunto. En ese sentido, se compone de sus partes pero es más que la suma de ellas: es también su articulación y sus relaciones. El término *flujos mediáticos* busca representar las emisiones televisivas



como una totalidad compleja, multidimensional e interrelacionada, un flujo incesante de comunicación mediática articulado entre sí y con sus audiencias.

La matriz de datos para el análisis de contenido se construyó con base en la propuesta de Krippendorff<sup>(36)</sup>, quien propone el diseño de unidades de muestreo (períodos y canales), unidades de registro y unidades de contexto; y destaca la relación que existe entre estas unidades y las distintas posibilidades de análisis que implican. La propuesta de relacionar las unidades coincide con la concepción de la comunicación mediática como flujos complejos interrelacionados que se dirigen a públicos específicos.

Las unidades de muestreo constituyen el corpus de la investigación: se seleccionaron dos períodos de una semana, catorce días de emisiones continuas de televisión (672 horas) de cada uno de los dos canales de mayor audiencia en México (Canal 2 “Canal de las Estrellas” de Televisa y Canal 13 “Azteca13” de TV Azteca). Estos dos canales de cobertura nacional registran las mayores audiencias<sup>(37)</sup>, tienen particular impacto en la cultura mexicana (son las principales fuentes de melodramas de consumo popular) y son también los que mayor control ejercen sobre las informaciones de interés público. Los catorce días revisados corresponden a dos semanas diferentes: 3 al 9 de octubre y 21 al 27 de noviembre del año 2011. La selección de las semanas fue aleatoria dentro de un período determinado de tres meses del año 2011 (septiembre, octubre y noviembre). El período de tres meses se definió por la factibilidad para obtener las emisiones de televisión completas, pues fueron los meses más cercanos a la fecha de inicio del análisis. El trabajo de campo, la revisión de contenidos, se realizó durante 12 meses, en el año 2012.

Las unidades de registro constituyen unidades mínimas de análisis, el segmento de contenido codificable que más se puede reducir<sup>(34)</sup>. En función de la diversidad de los contenidos mediáticos se definieron tres grandes categorías:

- a. Mensajes publicitarios, que hablan fundamentalmente del mercado de la salud, pero incluyen publicidad oficial de las instituciones públicas. Se identificaron 1.759 mensajes publicitarios distintos, que se repitieron 21.258 veces.
- b. Episodios de programas de televisión, que representan el mundo del entretenimiento y consumo cultural. Se clasificaron 399 episodios de programas de televisión.
- c. Noticias, que constituyen la representación de los problemas públicos de salud. Se clasificaron 4.719 noticias de 62 episodios de noticieros.

La descripción de contenidos analizados se encuentra en el Cuadro 1. Dado que el flujo mediático es incesante, no bastaba con saber qué mensajes se comunican por televisión, sino cuántas veces se repiten. Por este motivo, particularmente en el caso de noticias y publicidad, se realizó el conteo unidad por unidad considerando cada repetición como un evento individual. Los resultados que se presentan están calculados sobre la totalidad de eventos: 4.719 noticias, 399 episodios de programas y 21.258 mensajes publicitarios.

Los criterios para clasificar contenidos relacionados con la salud se definieron por la presencia de representación mediática (verbal, textual o figurativa) sobre lo que Juan Samaja<sup>(13)</sup> denomina el “campo semántico” de la salud: prácticas y saberes sobre salud, que históricamente se han adoptado para

Cuadro 1. Descripción de contenidos analizados en dos canales mexicanos de televisión de cobertura nacional (canal 2 y canal 13). Semanas del 3 al 9 de octubre y del 21 al 27 de noviembre de 2011.

Tipo de contenido	Número
Horas de programación	672
Episodios de programas	399
Noticiarios	62
Noticias	4.719
Publicidad	21.258

Fuente: Elaboración propia

“preservar la salud de los seres sanos” y para la “curación y recuperación de los seres enfermos”<sup>(13)</sup>. El autor resume en cuatro categorías las nociones nucleares de las ciencias de la salud: “i) Salud (normalidad), ii) Enfermedad (patología), iii) Curación (terapéutica) y iv) Preservación (prevención)”<sup>(13)</sup>. Estas mismas categorías se utilizaron para clasificar la comunicación sobre salud: lo que versa o representa la salud, la enfermedad, la terapéutica y la prevención.

## RESULTADOS

### Modelos de atención a la salud en televisión

En televisión, la salud se representa principalmente en la publicidad, y se muestra sobre todo como producto de consumo. Destacó el escaso peso de la temática salud en las noticias (Figura 1).

### Servicios de salud

Los servicios de salud no se mencionaron ni representaron en la mayoría de los

Cuadro 2. Contenidos según representación de servicios de salud, en dos canales mexicanos de televisión de cobertura nacional (canal 2 y canal 13). Semanas del 3 al 9 de octubre y del 21 al 27 de noviembre de 2011.

Contenido	Representa contenidos de salud	
	Si (%)	No (%)
Publicidad	27,7	72,3
Programas	67,6	32,4
Noticias	45,0	55,0

Fuente: Elaboración propia.

contenidos de televisión sobre salud del período analizado. Particularmente, se mencionaron poco en la publicidad (Cuadro 2). Únicamente el 27,7% de la publicidad representa servicios de salud. Está más centrada en la promoción de productos que se ofertan para conseguir buena salud o tratar enfermedades, en el caso de la publicidad comercial (medicamentos, suplementos, alimentos, cosméticos); y en la importancia de la acción y responsabilidad individual, en el caso de la publicidad del sector público (estilos de vida

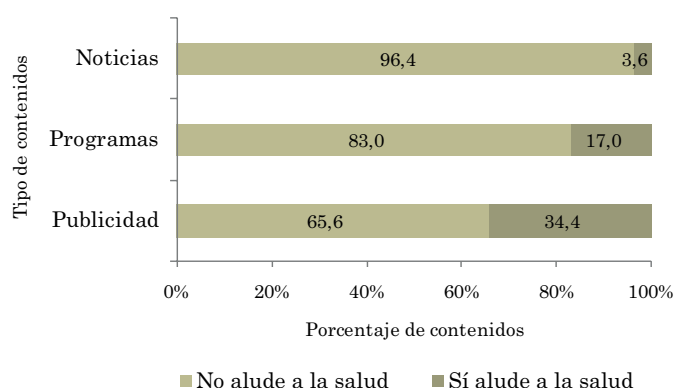


Figura 1. Proporción de contenidos que aluden a la salud, según tipo de contenido, en dos canales mexicanos de televisión de cobertura nacional (canal 2 y canal 13). Semanas del 3 al 9 de octubre y del 21 al 27 de noviembre de 2011.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Publicidad (n = 21.258); programas (n = 399); noticias (n = 4.719).



saludables y, en menor medida, comunicación educativa en salud). Es decir, busca presentar soluciones para recuperar o preservar la salud y muy pocas de estas soluciones, para ser tomadas desde el nivel individual, se relacionan con utilizar servicios de salud.

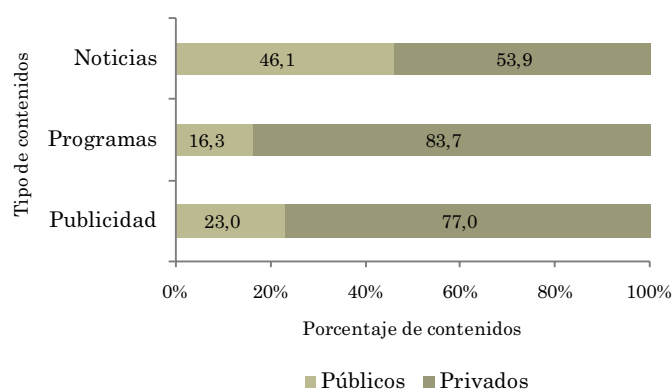
Los episodios de programas muestran la más alta representación de servicios de salud (67,6%): hospitales o médicos en el primer nivel de atención, que son principalmente servicios privados. A diferencia de la publicidad, la programación presenta conflictos relacionados con la salud, cuyos desenlaces pueden ser positivos (recuperación) o negativos (enfermedad, reclusión o la muerte). La programación construye narrativas moralizantes, que muestran lo que se debe y lo que no se debe hacer para conservar o recuperar la salud. La programación constituye un tipo de contenido que está bajo el control de las televisoras, y los dos canales que se estudiaron producen sus propios programas, participando de manera activa en la difusión de sus visiones de la realidad.

Por último, en las noticias sobre salud se hace mención o se representan los servicios de salud en casi la mitad; sin embargo, el 45% es un número muy pequeño dado que corresponde a 76 noticias. En el

período analizado, las noticias muestran grandes logros (nuevos hospitales, nueva infraestructura para salud, éxito de trasplantes) o abordan daños a la salud. Es decir, se encargan de mostrar avances o retrocesos en salud, en ese sentido, califican el estado de las cosas.

Si bien la representación de servicios de salud no es homogénea en los tres tipos de contenidos que se analizaron, sí lo es en términos de la caracterización de estos servicios. En todos los contenidos, lo que más se representa son servicios de salud privados, especialmente en la programación y la publicidad (Figura 2).

En el caso de la publicidad, esto se explica en parte porque 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) corresponde a instituciones del sector público, pero en menos de la mitad de estos mensajes se promueven servicios de salud (44,5%). En los programas de televisión predomina la representación de servicios de salud privados: el 83,0% de los episodios muestra servicios privados, principalmente representados por hospitales y consultas médicas. Cuando se representan



**Figura 2.** Distribución porcentual de servicios de salud públicos o privados, según tipo de contenidos de televisión de dos canales mexicanos de cobertura nacional (canal 2 y canal 13). Semanas del 3 al 9 de octubre y del 21 al 27 de noviembre de 2011.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Publicidad (n = 2.024); programas (n = 46); noticias (n = 76).

servicios públicos en la programación, se trata del SPS.

### Servicios privados de salud

En la publicidad comercial, los servicios privados aparecen principalmente como refrendo de la efectividad de los productos del mercado de la salud: médicos que recomiendan y avalan medicamentos, alimentos, productos para la higiene o cosméticos; sea en hospitales, quirófanos o consultorios. Menos del 5% de los mensajes son publicidad directa de aseguradoras y prestadores de servicios privados, pero como subsector están representados en la publicidad de otros productos.

En la programación, los contenidos de salud están centrados en programas para audiencias femeninas, particularmente melodramas y programas matutinos. Distintos personajes reciben atención, generalmente en hospitales, y en gran parte de los episodios se incluye el momento de pagar la factura por los servicios. Una historia recurrente en la que aparecen servicios de salud es la de algún niño o niña, de bajos recursos, con algún problema grave de salud (como cáncer, un accidente, la necesidad de un trasplante) que no tiene recursos para atenderse, hasta que finalmente logra acceder al tratamiento por caridad, sea porque otro personaje, de una clase social más alta, asume el costo de su tratamiento o vía instituciones de asistencia privada. El discurso que emerge de estos episodios de la programación es la preocupación por el *costo de los tratamientos* y las dificultades para financiarlos, en escenarios representados en los que no existe un sistema público que cubra las necesidades de salud de los ciudadanos, mucho menos instituciones de seguridad social. Cuando no existe problema con el costo, no se cuestiona la utilización del subsector privado.

En las noticias –contenido que menos aborda temas de salud– también predomina la representación de servicios de salud privados, aunque en menor medida. Pero la definición de los límites entre lo público y lo privado es más compleja para las audiencias.

Por ejemplo, la inauguración de un Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) de una institución de asistencia privada para la atención de personas con discapacidad recibió amplia cobertura en el período (14% de las noticias sobre salud). Para la inauguración se realizó un evento al que asistieron el por entonces presidente de la República y el jefe de gobierno de la Ciudad de México. La presencia y aval de estos funcionarios de gobierno establece un vínculo con lo público, si bien los centros de la Fundación Teletón son servicios privados de salud. En este caso, el apoyo público a los servicios privados está comunicando el acuerdo del sector público para que sea el sector privado quien asuma públicamente el tratamiento de las personas con discapacidad. Adicionalmente, en las noticias se promueven instituciones privadas que prestan servicios de salud y que aprovechan los noticiarios para hacer publinreportajes de productos y servicios.

### Seguro Popular de Salud

Se ha señalado que el SPS es el servicio público más difundido por televisión, puesto que se busca universalizar un modelo público de servicios de salud con prestaciones mínimas<sup>(2)</sup>. Si bien en la publicidad oficial se muestran dos tipos de servicios de salud, el SPS y el IMSS, los mensajes sobre el primero son más del triple que los del segundo: 21,2% (152 mensajes) frente a 6,5% (46 mensajes). Solo en los mensajes del SPS hay referencias a conceptos como la “salud de los mexicanos”, “derecho a la salud” y a tener acceso a los servicios de salud.

El SPS se representa también en la programación, aunque solo aparece en tres episodios de programas (4,4% del total), un melodrama, 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 una discusión sobre programas de gobierno exitosos.

El episodio de melodrama *Lo que llamamos las mujeres* (21/11/2011, Azteca 13,

barra vespertina), dedicado a la promoción del SPS, mostraba que ante una enfermedad “catastrófica”, es decir, cara, –en este caso, leucemia– que afectaba a dos niños diferentes de clase social media-baja, una familia afiliada al SPS recibía atención y tratamiento para su hijo, mientras que otra, no afiliada, acudía a servicios privados de salud y como no disponía del dinero para pagarlos, no podía acceder al tratamiento necesario para salvar a su hija que, sin tratarse, moriría. El mensaje central del episodio es que si las familias de recursos medios o bajos no se afilian al SPS, no podrán enfrentar los gastos de una enfermedad de este tipo. Está centrado en el tema del *costo de los tratamientos* y representa al SPS como *la única opción* para acceder a la atención en salud para quienes no tienen recursos para pagar servicios privados de salud. El episodio concluye con la afiliación y, por supuesto, la recuperación de la niña.

En las noticias, el SPS se mencionó como parte de una campaña de promoción del estado de Puebla, en la que se anunciaba el logro de la cobertura universal, en voz del gobernador del estado. Es notable que no aparecen críticas ni denuncias sobre ineficiencias u otros problemas, únicamente comunicación positiva sobre el SPS. A pesar de ser público, parece estar blindado contra las habituales críticas de los medios a lo estatal.

### Seguridad social

En ninguno de los mensajes publicitarios emitidos por el sector público se incluye el concepto de “seguridad social”, a pesar de la obligatoriedad del seguro social en el empleo formal y que al menos el 45% de la población está afiliada al IMSS. La seguridad social ni siquiera es mencionada en la publicidad oficial del IMSS, cuyos contenidos están centrados en la comunicación de logros (trasplantes exitosos, mejoras en el equipamiento, compromiso con la calidad de la atención), pero no refuerzan ni su carácter público ni el hecho de ser un derecho de los trabajadores de México.

En ningún programa de entretenimiento ni en ninguna noticia sobre salud se habló de las instituciones de seguridad social en México. Por lo tanto, se puede afirmar que desde la comunicación del sector público, el concepto “seguridad social” no existe en el período analizado.

### CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación permiten observar algunas regularidades importantes en los contenidos de televisión analizados. La primera es que, en los contenidos que promueven soluciones (la publicidad), los servicios de salud no son centrales, respecto a los productos del mercado de la salud. La segunda es que los servicios privados son los más representados en los dos canales de televisión analizados, excepto cuando se trata de promover la afiliación al SPS, que aparece como la única opción para quienes no pueden pagar estos servicios. La tercera es que la seguridad social no está representada como tal y solo aparece el IMSS, con muy baja exposición. Esto sucede en las dos semanas analizadas y, si bien no fueron contiguas ni del mismo mes, los resultados fueron similares en ambos períodos, lo que muestra una pauta regular en los contenidos.

Los dos canales televisivos analizados enfatizan la existencia del mercado de la salud, que ofrece productos y servicios con distintos rangos de precio, en el que los servicios de atención a la salud no son centrales, en tanto no son productos. A la vez, se insiste en que hay problemas para acceder a la salud cuando no se pueden pagar la atención y los tratamientos (no se accede a un trasplante o a un tratamiento), borrando las relaciones que existen entre salud y sociedad, condiciones de vida, determinación social. La solución es el SPS: los mensajes sobre este seguro –tanto en publicidad como en programación– de manera consistente comunican que, gracias a este esquema de cobertura, las familias aseguradas ya no tendrán problemas económicos para acceder a la atención en salud.

En conjunto, la ausencia de referencias a la seguridad social y la sobreexposición de los mensajes del SPS conducen a representar el financiamiento como el problema central de los servicios de salud; lo que define los problemas de salud de la población como un asunto de capacidad económica de quienes necesitan atención médica.

Esta definición de la problemática sanitaria relacionada con la atención en salud es, desde luego, pobre y limitada; sin embargo, comunica claramente que la salud es un asunto individual, que cada uno debe resolver según su capacidad de pago. Y para quienes no la tienen, el Estado provee una solución: el SPS. Es decir, no se promueve una visión colectiva de las necesidades en salud y se reducen los problemas a poder pagar los servicios de un mercado que, se asume de entrada, no está ni estará al alcance de todos los bolsillos.

Que la concepción de seguridad social esté excluida del espacio público de los medios de comunicación permite pensar que existe una relación entre las constantes medidas que buscan dismantelar por completo las características de este tipo de instituciones, para integrarlas en esquemas de subrogación de servicios a proveedores privados<sup>(3)</sup> y provisión de paquetes mínimos de atención, y la difusión masiva de discursos mediáticos que representan los intereses del Banco Mundial<sup>(38)</sup>, pero también los del Estado mexicano, que se ha plegado totalmente a sus recomendaciones. Solo así puede entenderse que todos los esfuerzos de comunicación pública de la salud estén concentrados en el SPS, siendo que este ha sido señalado como un programa que acentúa las inequidades sociales en salud en vez de corregirlas<sup>(1,2,30)</sup> y que, como resultado de las reformas neoliberales, significa un retroceso de los derechos ganados por los trabajadores durante el siglo XX<sup>(26)</sup>.

Desde una perspectiva de derechos, silenciar la noción solidaria de seguridad social es particularmente lesivo, pues separa la atención en salud de los derechos de los trabajadores y desvanece la responsabilidad del Estado para garantizar el derecho a la salud

de manera amplia. Se puede observar una contradicción entre la realidad mexicana y su representación en melodramas y otros programas de ficción, pues no muestran que el IMSS continúa siendo una institución de gran relevancia en el país y que los trabajadores del sector privado formal, por ley, deben estar afiliados al instituto. Pero el papel de la televisión probablemente consista en preparar el terreno para futuros cambios en la provisión de servicios de salud en México, para lo cual se requiere conquistar la dimensión simbólica. Si no lo ha logrado a través de la crítica a lo público, puesto que existe aún gran resistencia social a la pérdida de derechos en la seguridad social, es plausible pensar que se busque cumplir este cometido a través de privilegiar ciertas visiones de los modelos de atención a la salud. Por ello, este análisis destaca que la representación de los servicios de salud en televisión puede considerarse como comunicación con influencia potencial en las subjetividades de sus públicos.

Quizá más que otros medios masivos, la televisión forma opiniones e ideologías. Surgen así interrogantes tanto sobre los efectos de la exclusión de la seguridad social en los mensajes sobre salud en México, como respecto a la agenda pública sobre salud, en una época caracterizada por la privatización de lo público y el intento permanente de abrir los mercados de la salud y sustituir modelos de atención de base solidaria y pública, como el IMSS, por esquemas de aseguramiento básico de paquetes limitados de prestaciones. También emergen cuestionamientos sobre la escasa mención de los servicios públicos de salud, especialmente como soluciones o como puntos de orientación, frente a una representación mucho mayor de servicios privados de salud. Considerando las relaciones de poder tras la producción de mensajes y contenidos de la televisión mexicana, es de temer que, en el futuro, se agudice la escasez de contenidos sobre servicios públicos, a menos que se trate del SPS; que se mantenga la exclusión de la seguridad social y que se promueva, mucho más abiertamente, al subsector privado. Estas son malas noticias para la salud en México.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tamez S, Eibenschutz C. El Seguro Popular de Salud en México: pieza clave de la inequidad en salud. *Revista de Salud Pública*. 2008;10(1):133-145.
2. Laurell AC. Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2013 [citado 15 ago 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/C2wQNE>.
3. Laurell AC. Rutas de privatización en salud. *La Jornada* [Internet]. 5 ago 2015 [citado 28 ago 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/afkbBf>.
4. Navarro V. Concepto actual de salud pública [Internet] 1997 [citado 28 ago 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/gEgZtu>.
5. Briggs C. Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*. 2005;14:101-124.
6. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli H, editor. *Salud Colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 11-48.
7. Rojas-Rajs S, Jarillo Soto E. Comunicación para la salud y estilos de vida saludables: Aportes para la reflexión desde la salud colectiva. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2013;17(46):587-599.
8. López Arnal S. Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar. *Rebelión* [Internet]. 31 ago 2008 [citado 28 ago 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/WLx60m>.
9. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2010.
10. Briggs C, Mantini Briggs C. Hegemonía comunicativa y salud emancipadora: Una contradicción inédita (el ejemplo del dengue). En: *Observatorio Latinoamericano de Salud, Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Informe alternativo sobre la salud en América Latina*. Quito: Global Health Watch, CEAS; 2005. p. 148-157.
11. Lanzilotta A, Niccolini C. Presentación. En: *Salud, ética y medios de comunicación* [Internet]. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires; 2005 [citado 6 sep 2015]. Disponible: <http://goo.gl/cg3lqS>.
12. Mercer H. La salud colectiva debe regularse socialmente. En: *Salud, ética y medios de comunicación* [Internet]. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires; 2005. p. 64-67 [citado 6 sep 2015]. Disponible: <http://goo.gl/cg3lqS>.
13. Samaja J. *Epistemología de la salud: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
14. Castells M. *La era de la información: economía, sociedad y cultura*. México: Siglo XXI Editores; 1999.
15. Briggs A, Burke P. *De Gutenberg a Internet: una historia social de los medios de comunicación*. Madrid: Taurus; 2002.
16. Wolf M. *Los efectos sociales de los media*. Barcelona: Paidós; 1994.
17. Maigret E. *Sociología de la comunicación y de los medios*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica; 2005.
18. Mattelart A, Mattelart M. *Historia de las teorías de la comunicación*. Barcelona: Paidós; 1997.
19. Martín-Barbero J. *De los medios a las mediaciones*. México: Gustavo Gili; 1987.
20. Bourdieu P. *Espacio social y poder simbólico: cosas dichas*. Madrid: Gedisa; 1997. p. 127-142.
21. Orozco G. *Televisión y audiencias: un enfoque cualitativo*. Madrid: Ediciones de la Torre, Universidad Iberoamericana; 1996.
22. Esteinou J. El rescate del Informe Mc Bride y la construcción de un nuevo orden mundial de la información. *Razón y Palabra* [Internet]. 2004;(39) [citado 1 jun 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/RgzSKn>.
23. Organización Panamericana de la Salud. *Health in the Americas*. Washington DC: OPS; 1998. (Publicación científica No. 569).
24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta nacional sobre uso del tiempo 2009 (ENUT): Metodología y tabulados básicos*. México: INEGI; 2012.
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadísticas sobre disponibilidad y uso de tecnología de información y comunicación en hogares*, 2009. México: INEGI; 2009.
26. Salinas Figueredo D, Tetelboin Henrion C. Las condiciones de la política social en América Latina. *Papeles de Población*. 2005;11(44):83-108.



27. Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2007;33(1):1-14.
28. Laurell AC. La salud: de derecho social a mercancía. En: *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: Friedrich Ebert Stiftung, UAM-X; 1995. p. 9-31.
29. Sistema Nacional de Información en Salud. Datos demográficos: Población (proyecciones 1990-2012) [Internet]. México: Secretaría de Salud, SINAIS; 2013 [citado 1 ene 2015] Disponible en: <http://goo.gl/7GPPe0>.
30. Tamez S, Valle R. Desigualdad social y reforma neoliberal en salud. *Revista Mexicana de Sociología*. 2005;67(2):321-356.
31. Jarillo E, Rojas-Rajs S, Londoño J. Los alcances del derecho a la salud en México: El derecho a la salud. México: UAM-X; 2015. (En prensa).
32. Martín-Barbero J. El melodrama en televisión o los avatares de la identidad industrializada. En: Herlinghaus H, (ed). *Narraciones anacrónicas de la modernidad: melodrama e intermedialidad en América Latina*. Santiago de Chile: Editorial Cuarto Pro; 2002. p. 171-198.
33. Berelson B. *Content analysis in communication research*. New York: Hafner; 1984.
34. Andréu J. *Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada*. Granada: Universidad de Granada, Centro de Estudios Andaluces; 2001.
35. Rojas-Rajs S. *Comunicación y salud: Representaciones y discurso sobre salud en la televisión mexicana*. [Tesis de Doctorado]. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 2013.
36. Krippendorff K. *Metodología de análisis de contenido: Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós Comunicación; 1990.
37. IBOPE AGB México. *Anuario 2009-2010: Audiencias y medios en México*. México: IBOPE AGB; 2010.
38. Laurell AC. La seguridad social mexicana en los estudios del Banco Mundial. *La Jornada* [Internet]. 4 abr 2013 [citado 21 sep 2015] Disponible en: <http://goo.gl/Sdu5MN>.

#### FORMA DE CITAR

Rojas Rajs S. La representación de servicios de salud en la televisión mexicana: potenciales consecuencias en las subjetividades en salud. *Salud Colectiva*. 2016;12(2):189-201. doi: 10.18294/sc.2016.738

Recibido: 29 de septiembre de 2015 | Versión final: 16 de febrero de 2016 | Aprobado: 10 de marzo de 2016



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.738>