

La comunicación del Seguro Popular de Salud: un análisis de mensajes publicitarios, 2011-2012

Héctor Miguel Viquez/Andrea Angulo Menassé***

RESUMEN

Este artículo presenta resultados de un análisis cualitativo de contenidos en una selección de mensajes publicitarios sobre el Seguro Popular (SP), emitidos entre 2011 y 2012 en México. Se parte de la idea de que estos mensajes pueden ser entendidos como estrategias de comunicación en salud, en tanto comunican temas relacionados con la salud y son de origen público, es decir, tienen legitimidad institucional. El análisis se centró en revisar, desde una perspectiva crítica, cuál fue el tratamiento de las nociones “salud” y “derecho a la salud”, en tres anuncios que fueron transmitidos por los principales medios de comunicación (TV y radio) como parte de las campañas de afiliación 2011 y 2012 del SP. La investigación plantea que los mensajes del SP no aportan en términos de promoción de la salud, ya que no buscan educar y en cambio ocultan información importante para sus beneficiarios, como la limitada cobertura en salud del SP. Además, no reconocen la salud como un derecho ni enfatizan que es el Estado quien debe garantizarlo. En cambio, se privilegia la representación del acceso a los servicios de salud como una

ABSTRACT

This paper presents some results from a qualitative analysis of the contents of a selection Popular Health Insurance (Seguro Popular - SP from now on) publicity that was made and broadcasted during the government of Felipe Calderón (2006-2012). The starting point is that this publicity could be understood as health communication strategies, because they communicate matters of health and its reason to have been made was the people, that is, they have institutional legitimacy. The analysis was focused on reviewing, from a critical point of view, how were “health” and “health rights” understood in three advertisements that were broadcasted by the main communication media (TV and radio) as a part of the SP affiliation campaigns of 2011 and 2012. This research states that the publicity of SP is not interested in promoting health, because they do not seek to educate and encourage social participation in health matters, on the contrary, they hide important information from their beneficiaries, like the limited coverage of SP, besides they do not recognize the right to health nor emphasise the fact that it is the Government

* Lic. en Promoción de la Salud, UACM: hectormiguel293@gmail.com

** Dra. en Ciencias en Salud Colectiva, profesora investigadora de la UACM: angmase21@gmail.com

Fecha de recepción: 6 de mayo de 2014

Fecha de aprobación: 19 de diciembre de 2014

ayuda gubernamental -una suerte de beneficencia pública- enfatizando que los más pobres por fin podrán resolver sus problemas de salud y con un uso desmedido del recurso emocional. El análisis permite construir problemas y cuestionamientos sobre las implicaciones para la sociedad derivadas de este tipo de comunicaciones, sobre la representación mediática del papel del Estado y asimismo, sobre los estudios en comunicación y salud.

PALABRAS CLAVE: Comunicación para la Salud, Seguro Popular, Derecho a la salud, Medios de Comunicación.

who should guarantee it. It also favours the representation of health access services like State assistance - a sort of public welfare- emphasising that the poorest will finally be able to solve their health problems using immeasurably emotional resources. This analysis let us build problems and questionings about the social implications of this communications, the media representation of the State and different studies on communication and health.

KEYWORDS: Health Communication, Popular Insurance, Health rights, Mass media.

Introducción

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre los resultados del análisis de una selección de mensajes publicitarios del Seguro Popular (SP) emitidos durante los años 2011 y 2012 en televisión y radio, para revisar cuál es la concepción de salud que se propone en estos anuncios. En particular, interesó revisar si se aborda la salud como un derecho y qué se propone sobre este.

El trabajo aborda en primer lugar, la relación entre comunicación y salud. Sobre la misma se plantean problemas que, a juicio de los autores, deben ser considerados para la investigación social en salud, especialmente en los estudios sobre la construcción social de los significados de la salud, que por lo general, no suelen abordar los temas de comunicación de manera crítica. A continuación, se plantean elementos descriptivos sobre el Seguro Popular, que explican por qué se seleccionó como tema de estudio, en tanto implica, como esquema

de atención en salud, una serie de limitaciones importantes que afectan el derecho a la salud. El siguiente apartado detalla la metodología y los elementos que guiaron la selección y análisis de mensajes del SP, en la búsqueda de estudiar y entender las especificidades con que se representan mediáticamente (Calonge Cole, 2006) las nociones “salud” y “derecho a la salud”.

Se presentan después los resultados más relevantes del análisis de mensajes, con algunas reflexiones sobre el tono y tipo de mensajes que promueven al Seguro Popular y su carácter retórico. Finalmente, se elaboran algunas conclusiones sobre la pregunta principal ¿qué implica para la noción de salud y de derecho a la salud que pueden construir los mexicanos, el hecho de que los mensajes de origen público establezcan ciertos significados y oculten otros?

Salud, comunicación y derecho a la salud

Actualmente los sistemas de salud dependen en gran medida de las comunicaciones, especialmente aquellas que se realizan de forma masiva, para una gran parte de las acciones de prevención y promoción de la salud (Rojas-Rajs y Jarillo, 2013). Ningún programa dirigido a sectores amplios de la población podría prescindir de las comunicaciones para su funcionamiento (Gumucio-Dagron, 2004). Organizaciones internacionales como la OPS y la OMS han planteado que las comunicaciones son importantes herramientas para alcanzar objetivos en salud (Rojas-Rajs y Jarillo, 2013) y sobre esta perspectiva existen numerosos estudios (Rojas-Rajs, 2013b).

Sin embargo, también se ha señalado la falta de análisis críticos sobre el papel de las comunicaciones que abordan temas salud. Por ejemplo, Charles Briggs (2005) señala que la medicina social ha analizado de forma insuficiente las ideologías hegemónicas de comunicación y sus efectos en la salud pública; que las dimensiones de la medicina social, tanto epistemológicas como políticas, se podrían fortalecer con un esfuerzo por añadir la “comunicación” al conjunto de conceptos y prácticas hegemónicas que los investigadores someten a evaluación crítica y que se intentan transformar. Briggs plantea que es posible observar y analizar como las comunicaciones relacionadas con la salud (no solo los mensajes que tratan de educar o proponer acciones concretas en pro de la salud) participan en la reproducción de hegemonías en el campo de la salud, que sostienen y definen jerarquías sociales y por tanto, fomentan desigualdades. Desde nuestra perspectiva, el análisis de mensajes también hace posible identificar cómo a través de las comunicaciones se proponen estas jerarquías sociales y se conforman las significaciones sociales sobre salud, validando determinadas

concepciones y rechazando otras. Y cuando esto se hace, se vulnera el derecho a la salud.

Esto ocurre porque la salud es, entre otras muchas cosas, un campo político en disputa. En relación a esto y en sintonía con el pensamiento de Briggs, Rojas-Rajs plantea que “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” (2013a:1). Por ejemplo, el mercado de la salud, las instituciones, los gobiernos. Las comunicaciones así, responden a distintos ejercicios de fuerza y a la capacidad de los emisores de acceder a la difusión masiva.

Actualmente el modelo hegemónico de salud en México lo constituye el paquete de servicios del Seguro Popular, cuya descripción se aborda en el siguiente apartado. En concordancia con Laurell (2013), los autores consideramos que se trata de una reducción importante de los servicios de salud y de un modelo de atención que no permite garantizar el derecho a la salud en México. Sus comunicaciones, además, contribuyen a generar expectativas irreales sobre el alcance del SP y, al menos los mensajes analizados, no se pueden considerar comunicación en salud, en el sentido dominante (Rojas-Rajs y Jarillo, 2013): comunicación dirigida a modificar conductas o condiciones específicas de salud. Se trata, más bien, de un tipo de comunicación que busca engrandecer la imagen de un gobierno (Gumucio-Dagron, 2010), que mejorar la salud colectiva.

Aquí, proponemos que este tipo de comunicación no solamente no promueve objetivos de salud sino que tiene un efecto negativo en la salud de los mexicanos. En este texto partimos de la idea de que el derecho a la salud es uno de los derechos

sociales más importantes y que implica no sólo la protección a la salud (en términos de acceso a servicios de salud) sino que abarca y se vincula con todos aquéllos otros satisfactores que determinan la salud de los colectivos: por ejemplo, las condiciones estructurales, la desigualdad, la inequidad, la pobreza, la explotación, el desempleo, el empleo precario, la falta de vivienda, la educación y la paz. Como señala Rosen, refiriéndose al enfoque médico social, el punto de partida es que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tienen relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica” (1985: 81). Actualmente, es indispensable considerar las comunicaciones y en particular, las que ocurren a través de los medios masivos, como parte integral de las estructuras sociales y económicas (Rojas-Rajs, 2013b). En este sentido, este trabajo propone que tanto el papel de los medios de comunicación como los mensajes que transmiten son clave para entender de forma integrada cómo se producen y reproducen los significados sociales sobre salud y las visiones específicas de nociones como “derecho a la salud”.

El Seguro Popular de Salud y sus limitaciones

Si bien en México existe un importante esquema de seguridad social, en forma de un seguro social laboral obligatorio y público (Laurell, 2013), desde el año 2004 se creó el Seguro Popular de Salud (SP), un paquete básico de servicios de salud, de afiliación voluntaria, para la población que no cuenta con seguridad social, es decir, que no está inserta en esquemas de trabajo formal.

El Seguro Popular es un seguro asistencial que cubre “el mínimo de intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población en respuesta a las necesidades prioritarias” (Poder Ejecutivo,

1994 en Tamez & Valle, 2005: 332). Se financia con contribuciones federales y estatales y con primas de los afiliados, si bien excluye del pago a los 4 deciles de menor ingreso en el país. El paquete de servicios de salud que ofrece el SP es muy inferior a los de la seguridad social y excluye de su cobertura diversas enfermedades. Además, implica cambios en la concepción social de la salud, puesto que separa las prestaciones de servicios de salud de otras prestaciones sociales y no implica un esquema social solidario entre generaciones, o entre Estado, empleador y trabajador.

Es decir, el SP desde su fundamento teórico e ideológico, anclado en el espíritu de las reformas neoliberales de los años 90, implica la reducción de la participación estatal en la provisión de los satisfactores de las necesidades humanas básicas de la población, lo que conduce a cambios importantes en la forma en que se concibe la prestación de servicios de salud. A diferencia del SP los modelos de seguridad social no sólo contemplan la prestación de servicios al seguro de enfermedad y maternidad, sino que incluyen seguros de vejez, cesantía, muerte, invalidez, así como otros servicios como recreación, abasto de alimentos y otros productos, e incluso el acceso a fondos para la vivienda. La perspectiva de la seguridad social considera una noción mucho más amplia de salud que la que sostiene el SP porque parte de que la salud es un bien que requiere acceso a otros satisfactores para producirse.

La creación del SP requirió la modificación de la Ley General de Salud (2004), lo que implicó cambios en el artículo 4º constitucional, con el fin de construir una nueva estructura financiera para el sistema de salud mexicano que permitiera cobrar cuotas a las familias con una lógica similar a la de los seguros privados. El SP ofrece un “paquete de servicios” -el Catálogo Universal de Servicios de

Salud (Causes)- muy inferior a los seguros médicos de los institutos de seguridad social laboral y sólo incluye un reducido número de enfermedades de alto costo (Laurell, 2013) pues fue concebido desde su inicio como un replanteamiento de la relación Estado-sociedad que derivó en el término “servicios esenciales”, sustento pragmático de los paquetes de servicios básicos en salud.

A pesar de las limitaciones evidentes del SP frente a un esquema de cobertura total de las necesidades de salud, como el de la seguridad social, el discurso oficial con el que se presenta públicamente es que soluciona la exclusión de quienes no tienen servicios de salud: su papel, así, es balancear los desequilibrios y desigualdades en el acceso a la salud de quienes no cuentan en México con seguridad social, es decir, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y en general, todos aquellos excluidos de los beneficios del aseguramiento formal.

Las críticas al modelo del Seguro Popular son abundantes (Laurell, 2013; Tamez y Eibenschutz, 2008; Tamez y Valle, 2005) y se ha señalado, con evidencias, que acentúa inequidades en salud y tiene efectos negativos en la salud colectiva. Sin embargo esto nunca ha sido reconocido por los impulsores del SP y las instituciones públicas: en el discurso oficial, particularmente en el sexenio 2006 a 2012, el sexenio de Felipe Calderón, el Seguro Popular constituyó el logro de gobierno con mayor difusión y el mayor presupuesto para publicidad oficial se generó en la Secretaría de Salud (FUNDAR, 2011, en Rojas-Rajs, 2013b). Sus mensajes repitieron consistentemente que el SP garantiza el derecho universal en salud, como afirmó el ex presidente Felipe Calderón en su discurso de 2009, en Zacatecas, cuando dijo:

Mi segundo compromiso ha sido la cobertura universal de salud. Señalé que como un legado del Bicentenario teníamos la inigualable oportunidad de alcanzar esta meta: médico, medicinas y tratamiento para cualquier mexicana o cualquier mexicano que lo necesite, también en esto estamos cumpliendo con el Seguro Popular (Notimex, 2009).

Las distancias entre el discurso oficial y los estudios críticos sobre el SP no tienen la misma visibilidad mediática. Si bien las críticas han rebasado el ámbito académico, se encuentran en prensa¹, mientras que los mensajes publicitarios oficiales están en los espacios públicos de mayor consumo en México: la televisión, y en menor medida, la radio. Este es una de las maneras en que la comunicación del SP se articula con lo que Briggs (2005) ha denominado “modelo de comunicación hegemónica” (MCH), que además está estrechamente ligado a lo que Menéndez (1990) denominó como noción dominante de salud y práctica médica. Las dimensiones cruciales y funciones del “modelo médico hegemónico” (MMH) de Menéndez (MMH), que inspira a Briggs, son ahistoricidad y asocialidad. Ambas permiten mantener la ilusión de que los factores sociales, históricos y políticos son ajenos a la práctica científica y médica.

Estrategia de análisis

Se parte de considerar que los mensajes del SP constituyen una serie de ejemplos discursivos que muestran cómo entendió *la salud y el derecho a la salud* el entonces gobierno en turno (2006-2012) y cómo reprodujo esta visión sobre estas dos

¹ Por ejemplo, Rodríguez (2012, 26 de noviembre), Inés Carmona (2012, 2 de abril), Ríos (2010, 22 de septiembre), Ramírez (2007).

nociones. Para aproximarse a estas definiciones se decidió realizar un análisis cualitativo de mensajes y para ello se delimitó un corpus de los mismos. Se eligió el período del sexenio de Felipe Calderón (2006-2012), por el gran gasto en comunicación del ramo salud mencionado con anterioridad y porque fue en ese sexenio que el SP se presentó como el principal logro de gobierno.

Inicialmente se revisaron a detalle los anuncios de la campaña de afiliación al Seguro Popular del período delimitado, en total, 75 videos de la cuenta de youtube oficial de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal que fueron transmitidos en TV y radio). El análisis que aquí se presenta se refiere a una selección específica, de tres mensajes que constituyen piezas de una misma campaña, con diferentes versiones, pero con un guion similar y un mismo discurso general. A fin de clasificar y comparar los contenidos de cada mensaje, se desarrolló una matriz de datos que permitió registrar:

- Noción de salud
- Noción de derecho a la salud
- Sujetos presentes en los mensajes
- Origen geográfico, étnico y situación social de los sujetos representados
- Daños a la salud representados
- Tono

- Elementos comunes entre mensajes
- Valor informativo / educativo / en pro de objetivos de salud

Los tres mensajes analizados son historias de afiliados al Seguro Popular. El texto íntegro de cada mensaje fue transcrito y codificado según estas categorías temáticas. A modo de instrumento de validación de la interpretación, los resultados del análisis de mensajes se presentaron a dos miembros de la comunidad académica de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM)-donde se realizó la investigación- con experiencia en temas de comunicación y salud, para confrontar, vía paralelismo intersubjetivo, la lectura de los datos cualitativos.

Los tres mensajes comparten una estructura narrativa similar; uno o varios miembros de la familia presentan a su colectivo, su situación económica informal, el lugar en que radican, el problema de enfermedad que padecieron y lo agradecidos que están con el gobierno por haber recibido atención *a pesar de no tener dinero*. Las historias elegidas son originarias de: Puente de Ixtla, Morelos; Progreso, Yucatán, y Ciudad Juárez, Chihuahua. Cada historia detalla una problemática de enfermedad distinta, como se puede ver en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Descripción de mensajes publicitarios del SP

Mensaje	Daño a la salud	Ubicación geográfica	Duración (minutos)	Personajes con voz
Mensaje 1	Leucemia	Ixtla Morelos	00:01:36	Voz 1: Padre Voz 2: Hija enferma Voz 3: Madre
Mensaje 2	Accidente de moto	Progreso Yucatán	00:01:84	Voz 1: Hermana presentando la historia de su hermano que está presente pero no participa.
Mensaje 3	Esquizofrenia	Cd Juárez Chihuahua	00:01:95	Voz 1: Madre que presenta su hijo diagnosticado con esquizofrenia aunque él no participa.

Los resultados se presentan de forma narrativa, citando el testimonio de la persona “entrevistada en el anuncio” que a su vez reproduce el discurso oficial sobre la garantía del derecho a la salud para todos los mexicanos. La característica común de esta campaña es que busca convencer al público que un paquete limitado de beneficios es sinónimo al derecho universal a la salud.

Resultados

La noción de salud

La campaña de afiliación está basada en testimonios dramáticos, en tono emotivo, de familias mexicanas en las que algún miembro sufre un daño a la salud mortal y es salvado por el SP que los atiende y restablece su “salud”, entendida ésta sólo como un asunto biológico. La característica común en el testimonio brindado en cada mensaje es que se hace referencia a que no se contaba con recursos financieros suficientes para afrontar la enfermedad y que de no ser por el SP, el mayor daño a la salud, la muerte, hubiera sido inevitable porque el mayor obstáculo para recibir atención médica es económico.

Aquí se observa una primera construcción de la noción de salud, con un doble alcance: por un lado los mensajes analizados plantean la salud disociada de las condiciones estructurales y de vida, cuando se refieren a los daños (enfermedad). En todos ellos se emplean narraciones de personajes no profesionales en salud para después vincularlas a la autoridad médica (Briggs, 2005:105) y confirmar el mensaje de que la enfermedad es un accidente de la naturaleza y **no tiene vinculación con las condiciones** en que los colectivos y las familias viven el día a día. Por otro lado, caracterizan al público objetivo del SP como aquellos que no pueden pagar por su salud, es decir, establecen que

la salud es un bien de mercado, no un bien público y que existen estratos con un acceso diferenciado a los servicios de salud.

VOZ 1: Cuando me dijeron que mi hija tenía leucemia, yo pensé que se iba a morir, porque mi mamá acababa de fallecer y pues obviamente que mi hija ... No teníamos los recursos ni nada, como con mi mamá. Y pensé que iba a fallecer, pero afortunadamente nos dijeron, una señorita del hospital del niño, que contábamos con el Seguro Popular, y que todo era gratuito y que iba a recibir atención médica bien (Mensaje 1).

El mensaje -como otros en salud pública- en lugar de resaltar los valores de la salud, **enfatisa la problemática de las enfermedades** (Gumucio, 2010: 67-72). Propone que, de no haber sido por el SP, la hija de esta familia hubiera fallecido de leucemia. Hace suponer además que la madre de la entrevistada murió porque la familia no tenía los recursos para pagar el tratamiento. Según este discurso, la salud es la capacidad de vivir sin leucemia y sobrevivir físicamente sin importar por qué la familia no tenía recursos y por qué la persona enferma había muerto por el hecho de ser pobre. Es decir, hay una naturalización de la situación de pobreza y del acceso limitado a servicios de salud y tratamientos para las personas pobres, dado que no pueden consumir el bien de mercado que es la salud, al no tener dinero para ello.

Otros testimonios en los mensajes reafirman el discurso sobre el dinero como el obstáculo mayor para lograr el ideal de salud:

VOZ 2: Físicamente yo me encontraba muy mal, empecé a adelgazar mucho, llegué a pesar los 30 kilos, era una niña muy flaquita, casi en el hueso; yo ya no podía comer sola, me tenían que ayudar mis papás. Tampoco podía

hacer las cosas que antes hacía, ya no podía pararme, no podía caminar, ni siquiera podía hablar. Empezaron mi tratamiento y me ponían sueros, cada tres horas, era de que entraban y me inyectaban. Me dieron de tratamiento, 120 quimioterapias porque fueron las que yo necesité. Mi pelo empezaba a caerse por la quimioterapia, y pues yo lloraba. Pero sabía que había una esperanza porque no tenía que preocuparme por los gastos, sino solamente por reponerme y por echarle muchas ganas (Mensaje 1).

Voz 1: Me llamo María Cristina González Rejón, tengo 30 años, y él es mi hermano Samuel Jesús, es el más chico, vive en Progreso, Yucatán. No sé que pase allá en las carreteras porque él había corrido con su moto, y de hecho fueron unos de sus compañeros para avisarme que tuvo un accidente. Llegamos al hospital, y me lo metieron en lo de accidente, pues ahí llegaron y pues lo entubaron enseguida, lo entubaron. O sea, se movilizaron rápido los doctores y le quitaron un pedazo del cráneo y le quitaron un poco de su cerebro porque él tenía muchas secuelas. No tenía ya..., de hecho, ya estaba muerto, lo que tenía él. Pues si no tuviéramos Seguro Popular, pues creo hubiéramos empeñado todo, los documentos o lo que sea porque ésa fue una operación costosa. Pero gracias al Seguro Popular... nos ha ayudado demasiado, nos ha ayudado con todos los medicamentos, la operación de él y todo. Mueve ahorita su brazo él, no movía nada, nada, y su pierna también, su pie no lo movía. Pues yo les diría que se afilien al Seguro Popular porque demasiado nos ayudan allá, aunque no tengas dinero, pero nos han ayudado. De hecho, nosotros igual tenemos Seguro Popular; de hecho, a mi hija la operaron y no nos cobraron nada (Mensaje 2).

Los mensajes son enfáticos y repetitivos en torno a la idea: “el SP nos *ayuda*” y lo hace a pesar de que se cuenta con recursos económicos. En este último mensaje, se remarca que a través del SP el saber experto en medicina tiene un alcance desmedido, puesto que revive a una persona que estaba ya muerta (a semejanza de Jesús con Lázaro), por lo cual la familia vive agradecida para siempre. La noción salud se define aquí como una **posesión que los médicos tienen la facultad de devolver**.

La noción derecho a la salud

Desde la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946, y a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (DUDH), en 1948, se reconoció la salud como un derecho universal que no sólo se refiere a prevenir la enfermedad, sino a tener condiciones de vida óptimas (López-Arellano, Escudero y Carmona, 2008), lo que desde la medicina social y la salud colectiva se ha denominado el trabajo sobre los determinantes sociales de la salud, que son todas aquellas condiciones materiales de vida que garantizan que una persona y un colectivo pueda vivir con las necesidades humanas cubiertas y por lo tanto lograr sus aspiraciones y proyectos (Ottawa, 1986).

Sin embargo, los mensajes analizados del SP utilizan de manera equívoca el término “universal”, vinculándolo a la cobertura que da acceso a tratamiento para algunos padecimientos específicos, pero sin explicar cuáles intervenciones cubre y cuáles excluye, aunque se habla de “derecho a la salud” y de tener la salud “asegurada”. En este sentido, la palabra universal, no se refiere a que la salud sea para todos y que a la misma necesidad, misma respuesta, sino que se relaciona con el número de afiliados al SP, sin importar si usan o no el seguro y en qué condiciones lo hacen.

La noción de derecho a la salud es oscura e inespecífica en los mensajes del Seguro Popular, sobre todo, porque omite caracterizar al SP como lo que es: un paquete de intervenciones básicas y mínimas, y lo describe como la puerta de entrada a los servicios de salud, como si estos ofrecieran atención ilimitada a los beneficiarios. El funcionamiento y las limitaciones del SP se ocultan cuidadosamente en los mensajes publicitarios analizados y la omisión hace creer que cubre cualquier problema de salud. No se dice en ninguno de los anuncios que el programa cubre una cantidad restringida de enfermedades que se han establecido previamente en un catálogo y que sólo abarca las intervenciones médicas menos onerosas ya que los padecimientos de más alto costo, incluso los más comunes, no están cubiertos por este seguro, tal y como señala Laurell (2013: 66).

Por ejemplo, en los mensajes se habla de la cobertura de leucemias o linfomas, pero se omite señalar que no hay cobertura para tumores sólidos, que tan solo como ejemplo, constituyeron el 40% de los cánceres diagnosticados en niños de Orizaba, Veracruz (Inés, 2012, 2 de abril). Así, el Mensaje 1 (Leucemia) aparenta garantizar el derecho a la salud en el caso del tratamiento y control del cáncer en menores de edad, lo que sin duda estimula la afiliación, pero sin tener claros los criterios de exclusión y sin información completa.

Hasta cierto punto, las omisiones de los mensajes analizados, acerca del seguro popular pueden ser interpretadas tan sólo como silencios y podrían entenderse como economía del lenguaje: no explicar el número de intervenciones que contempla el Causas, no especificar que las familias que clasifiquen sobre los 4 primeros deciles tendrán que pagar una prima o que muchas de las instalaciones donde se atiende a los beneficiarios son de la seguridad social, del IMSS o del ISSSTE y que

hay un menor número de consultas destinadas al SP, que a los propios derechohabientes.

Sin embargo, en lo que concierne a otros elementos, es importante señalar que los mensajes tergiversan la operación real del SP y ofrecen información falsa para los beneficiarios. Los anuncios plantean que el SP cubre enfermedades, pero esto no es así, cubre intervenciones concretas (Laurell, 2013). En el SP la atención está fragmentada para diversos padecimientos, ofreciendo sólo alguna parte del tratamiento. Los mensajes en cambio señalan que el problema de salud fue totalmente resuelto a través del SP. Los anuncios del programa no dicen que el SP cubre en realidad sólo 91 intervenciones, las cuales han sido desglosadas en sus partes para aparecer como 250 y que no financian la hospitalización por más de 21 días (Laurell, 2013). Es decir, no dicen que hay muchos padecimientos a los que no hay derecho a enfermar, porque no hay cobertura.

Un segundo tema en el que se pasa de la omisión a la tergiversación es que se dice que el SP ha cubierto todos los gastos, incluidas las medicinas, ante problemas graves. Pero la evidencia muestra que los asegurados al programa no gastan menos en medicinas, si se compara con los que no pertenecen al programa, como demostró el análisis de Laurell (2013).

Un aspecto más es que no indican que el SP no cubre, en ninguno de los casos, el traslado a los centros de salud u hospitales. Laurell afirma que un 43% de los afiliados han pasado por la experiencia de no recibir atención por carecer de recursos económicos para llegar a donde se encuentran los servicios de salud (2013: 65).

En síntesis, hay que señalar que los mensajes no son fieles a la verdad cuando utilizan el término

derecho a la salud y ofrecen por tanto, información que al menos en parte, puede considerarse falsa, confusa o mal explicada.

Hay que dar las gracias al Seguro Popular

Un planteamiento inicial fue que los mensajes analizados carecen de valor educativo y es muy poco lo que sobre ellos se puede comentar en términos de promoción de la salud. Este hecho se vio corroborado en el análisis de los mensajes. Adicionalmente, es importante mostrar que los mensajes son ampliamente utilizados con el fin de generar una buena imagen del gobierno en turno y este caso en concreto, favorecer la imagen del ex presidente Felipe Calderón. Todos los mensajes incluyen agradecimientos y reconocimientos para el presidente y el gobierno.

Voz 1- “En el dibujo no estaría mi hija, estaría en blanco porque se hubiera muerto, gracias Sr. presidente.” “El SP nos ayudó.” “Porque antes las cosas eran muy difíciles.” “Gracias al Seguro Popular que fue implementado por el presidente de la República, ahora mi vida es distinta”. (Mensaje 1)

Voz 1: Hubo un concurso que estaba haciendo el Seguro Popular y nos dijeron que hiciéramos algo de agradecimiento al Seguro Popular; yo dije, no pues ¿qué es lo más importante para mí? yo dije: mi hija, fue algo que me vino y la dibujé... la dibujé, y le di las gracias a ellos que me ayudaron mucho. (Mensaje 1)

Voz 3: Gracias a todos los del Seguro Popular, ella pudo estar ese día ahí y entregarle al presidente su dibujo de ella que había hecho su papá. Decía mi esposo: ésta es Julie, como yo la llamo y esa hoja hoy estaría en blanco si no es por el Seguro Popular. (Mensaje 2)

Voz 1: No.. Nuestra vida cambió, haga de cuenta que dio un vuelco tremendo, ó sea... Es una bendición el Seguro Popular (Mensaje 3)

El productor del mensaje busca generar simpatía hacia la figura del presidente de la República, pero a la vez muestra cómo espera que los beneficiarios agradezcan lo que reciben, dándole el carácter de dádiva o bendición y no de derecho. Además, al señalar la figura del presidente se busca que el logro (el SP) se identifique con el nivel de gobierno federal, lo que promueve una lógica que se presta con facilidad al uso electoral del programa social: “Este gobierno me apoyó con el SP, yo lo voy a apoyar con mi voto”.

El gobierno de Calderón, con estos mensajes, busca promoverse como actor bondadoso, aparecer como el redentor de las familias que no pueden solventar por sí solas los gastos que requieren sus hijos; y confirmó así la idea de que es natural que el Estado focalice sus políticas públicas al segmento de la población en la pobreza que no puede solucionar sus propios problemas de manera tal que el derecho a la salud se reduce a tener una póliza para un programa y no un asunto de ciudadanía. Se elimina así la discusión de fondo en torno a la desigualdad en los perfiles de salud enfermedad y la distribución inequitativa de los recursos económicos que produce el país, que entre otras cosas, implica que grandes segmentos de población tengan como única opción suscribir los programas asistenciales del gobierno a cambio de un testimonio de agradecimiento. En este sentido, el objetivo de los mensajes, que es en teoría, fomentar la afiliación, está supeditado a la suma de capital político para el mandatario del período.

² Lic. César Fuentes, Profesor de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, comunicación personal 2012.

Adicionalmente señalamos, que en el marco del agradecimiento, también hay una apuesta porque la gente entienda que su salud es una responsabilidad individual que queda al margen de los derechos que tiene que proveer el Estado:

Voz 1: “Platicando con mi esposa lo que estaba sucediendo con mi hija; yo me iba ir a Estados Unidos porque no tenía el suficiente dinero, ni recursos para esa enfermedad” (Mensaje 1).

Una postura que suscribe que la atención a la enfermedad es una relación como todas en el mercado (No tengo para pagar, me las tengo que arreglar individualmente-migrando, por ejemplo) o del tipo de relación mercantil (“Yo te pago, tú me atiendes”), como cuando la familia aporta su cuota para acceder a una póliza, de manera que, por medio de la ficción, se individualiza la salud, se desestatiza como derecho y se mercantiliza; mediante una lógica de caridad. Una caridad que además hay que agradecer.

El recurso emocional: la familia y la desgracia

Los mensajes están pensados desde una retórica emocional y un tono emotivo y dramático, que busca tocar al espectador afectivamente a partir de “Historias de Vida” de familias y personas que han pasado por situaciones desesperadas y han logrado salir adelante, amparadas por el SP. El recurso crucial para esto es la representación de las familias mexicanas en los mensajes, que se encuentran en desgracia.

Para Dennis Mumby (1997: 72-73) es de suma importancia entender cómo se utiliza a las familias en estos discursos. Para la mayoría de las personas, “la familia” está representada por su propia familia o por ese ideal del estereotipo, tanto teológico como romántico, que aparece los medios,

en la política y en las estrategias del gobierno, en la ley, la religión, la medicina, etcétera. Es por eso que la imagen de la familia, en un mensaje, conmueve de una manera particular y es utilizada de manera frecuente como recurso retórico para persuadir casi sobre cualquier tema. El anuncio tres confirma estos mismos presupuestos:

Mi nombre es Defina Hernández Cásares y tengo 6 hijos, yo nací en ciudad Chihuahua y yo vivo aquí en Ciudad Juárez y pues (mi hijo) se llama... Carlos Alberto (...) y tiene 42 años de edad, le detectaron esquizofrenia paranoica (...) Yo desconocía esta enfermedad por completo y pues cambió nuestra vida, perdí trabajo, perdí todo, pues lo perdí porque... por su enfermedad de mi hijo porque tenía que cuidarlo, se me salía a veces desnudo, se me perdía, inclusive una vez se me perdió 15 días, andaba yo como loca buscando mi criatura. Y me afilié al Seguro Popular hace 10 años aproximadamente. El Seguro Popular lo ha usado por su tratamiento psiquiátrico y luego también le detectaron diabetes, colesterol y pues es varias cosas para lo cual usamos el Seguro Popular (...) Nuestra vida cambió, haga de cuenta de dio un vuelco tremendo (Mensaje 3).

Al representar familias y contar historias buscan conmover al receptor mediante la alusión a tragedias posibles, producto del azar, aparentemente desvinculadas de la violencia, la pobreza, la falta de infraestructura, la corrupción, pero que se vuelve un problema sólo para cierto tipo de familias, aquellas que necesitan la ayuda y la protección de los programas de asistencia federal. El anuncio también reitera el lugar que ha ocupado la familia en este régimen de “protección social” en donde la manera en que se han distribuido las responsabilidades sociales entre los actores involucrados —la familia y el Estado— implica una sobrecarga para la primera. A este modelo Esping-Andersen (2001)

le ha llamado “régimen de bienestar familista” porque el Estado se hace responsable de garantizar un nivel muy precario de seguridad social al mismo tiempo que asume la existencia de asistencia informal provista por las redes familiares que ante la ausencia de mecanismos sociales efectivos, y el desmantelamiento de la protección social del Estado, acaba efectivamente admitiendo la responsabilidad última de la economía del cuidado (Ordaz, Monroy y López, 2010).

Paralelamente en el anuncio se naturaliza que sea la madre, por la carga histórica de las tareas genéricamente distribuidas, la que “pierda su trabajo y le de un vuelco a su vida” para dedicarse exclusivamente a cuidar a su hijo enfermo, en tanto que se da por hecho el modelo hombre/proveedor, madre/cuidadora que considera al varón como titular de derechos y supone que, por medio suyo, el resto de los integrantes de la familia se beneficiarán de la seguridad social (Esping-Anderson, 2001).

En la suma de todos estos elementos se puede observar el siguiente esquema de nociones: la salud, un bien de mercado inalcanzable para los más pobres; el SP, un sistema que permite el acceso y resuelve los problemas de salud para quienes no pueden pagar otras opciones; el gobierno y el presidente de la República, como los generosos actores que brindan asistencia; y la población beneficiaria, las familias en desgracia, que no tuvieron opciones pero lograron salir adelante gracias al SP y por tanto deben agradecer lo que reciben. En estos mensajes, como un derecho ciudadano, la salud no está representada.

Conclusiones

Las implicaciones del tipo de comunicaciones analizadas son de gran relevancia para entender el impacto de mensajes sobre salud centrados en la

imagen institucional y gubernamental, por sobre la difusión de objetivos de salud o información sobre acciones, medidas u otros aspectos que puedan contribuir a mejorar las condiciones de vida y salud.

Si bien los mensajes son eficaces para el fin que persiguen (ser altamente emocionales y aportar capital político a un gobierno) implican problemas éticos y también afectaciones directas a la salud colectiva, en tanto confunden y niegan el derecho a la información sobre salud, al tiempo que no facilitan la identificación de las estrategias mediante las cuales el derecho a la salud es exigible. Es decir, no promueven la salud, pero tampoco tienen un efecto neutro, sino que a través de los mensajes se postulan y sostienen concepciones específicas que influyen y modelan los significados sociales de la salud. En palabras de Rojas-Rajs, los contenidos mediáticos participan “en la construcción de conceptos sobre las responsabilidades públicas y privadas, individuales y colectivas sobre la salud, favoreciendo así determinados modelos de atención” (2013a: 1).

La noción de salud está planteada fundamentalmente desde las perspectivas económica y biológica, sin considerar los aspectos sociales: la salud como ausencia de enfermedad es un bien del que hay que hacerse y pagar por conseguirla. La noción de derecho a la salud se limita a la “cobertura universal” de un paquete básico de intervenciones, aspecto en el que se transgreden más límites relacionados con el derecho a la información sobre salud, puesto que se oculta información relevante y se generan falsas expectativas sobre el alcance del Seguro Popular de Salud.

Si bien desde nuestra perspectiva consideramos que si el derecho a la salud no contempla la garantía de ninguna de las causas estructurales que

determinan los perfiles patológicos, no estamos hablando ni de derecho ni de universalidad, por lo menos requerimos que las comunicaciones no signifiquen por sí mismas perjuicios para la salud colectiva, como en el caso de los mensajes analizados. Uno de sus efectos negativos más importantes es que construye un escenario ficticio, que hace suponer que realmente se cuenta con acceso a la salud, cuestión que no tiene un correlato en la realidad como demuestran las evidencias (Laurell, 2013), pero que puede hacer pensar a colectivos e individuos que la lucha por el derecho a la salud es asunto concluido.

Agradecimientos:

Agradecemos la enorme contribución de los profesores de la UACM, Amarela Varela y César Fuentes, quienes en entrevista directa con Héctor Miguel Víquez contrastaron lo planteado en este análisis, realizando una revisión individual de los mensajes y colaborando en la validación de las interpretaciones aquí desarrolladas.

Referencias bibliográficas

- BRIGGS, C. (2005). "Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales". *Revista de Antropología Social*, 14, pp.101-119.
- CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE OPINIÓN PÚBLICA. (2004, noviembre). *La seguridad social en México, panorama reciente y costo fiscal*. Trabajo realizado por el CESOP. Disponible en www.diputados.gob.mx/cesop/ (consultado el 2 de diciembre de 2012).
- CALONGE COLE, S. (2006). La representación mediática: teoría y método. *Psicologia da Educação* (23, 2º semana), pp.75-102.
- CASTIEL, L. D. Y VASCONCELLOS-SILVA, P. R. (2005). *Precariedades del exceso. Información y comunicación en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- ESPING-ANDERSEN, GOSTA (2001). "Reestructuración de la protección social. Nuevas estrategias de reforma en los países adelantados", en R. Franco (coord.) *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia*, México: CEPAL/Siglo XXI Editores, pp
- GUMUCIO DAGRON, A. (2010). "Cuando el doctor no sabe: comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación, participación". *Culturas Contemporáneas*, 16 (31), pp. 67-73.
- (2004) Comunicación para la salud: el reto de la participación. 2004. Disponible en: <http://www.infoamerica.org/articulos/textospropios/gumucio1.htm> (consultado el 2 de diciembre de 2012).
- INÉS CARMONA, F. (2012, 2 de abril). "Excluye el Seguro Popular a 40% de niños con cáncer". *La Jornada Veracruz en Línea*. Disponible en http://www.jornadaveracruz.com.mx/Noticia.aspx?ID=120402_140944_939 (consultado el 26 de julio de 2013).
- LAURELL, A. C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: Clacso.
- LEY GENERAL DE SALUD. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF). Última reforma publicada el 7 de febrero de 1984.
- LÓPEZ-ARELLANO, O., ESCUDERO, J. C. Y CARMONA, L. D. (2008). "Las determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud". *Medicina Social*, 3 (4), pp. 323-335.
- MUMBY, D. (COMP.) (1997). *Narrativa y control social: perspectivas críticas*. Madrid: Amorrortu, pp. 72-148.
- NOTIMEX (2010, 2 de septiembre). "Concluye Calderón mensaje por IV Informe de Gobierno". *Noticias de Zacatecas*, México y el Mundo. Disponible en <http://ntrzacatecas.com/2010/09/02/concluye-calderon-mensaje-por-iv-informe-de-gobierno/> (consultado 5 de agosto de 2013).
- ORDAZ, BELTRÁN, G., MONROY, LIMÓN, L., Y LÓPEZ, RAMOS, M. (2010). "*Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*". México: INCIDE Social, pp. 100-120.
- RAMÍREZ, E. (2007). "Políticas de Salud 'nuevo fraude' ". *Revista Contralínea*, Sociedad, Disponible en <http://www.contralinea.com.mx/archivo/2007/febrero/index>.

- htm (consultado el 25 de julio de 2013).
- RÍOS, G. (2010, 22 de septiembre). Cuestionan al Seguro Popular. *El Sol de México*, Sección Salud. Disponible en <http://www.oem.com.mx/elmexicano/notas/n1790284.htm> (consultado el 7 de junio de 2012).
- RODRÍGUEZ, R. (2012, 26 de noviembre). “El mal estado del sexenio de la salud”. *El Universal*, Sección Nación. Disponible en <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/202137.html> (consultado el 27 de enero de 2013).
- ROJAS-RAJS, S. (2013a). “Salud y medios de comunicación: la seguridad social en los discursos y representaciones sobre salud en televisión mexicana”, *Actas del XXIX Congreso Latinoamericano de Sociología, ALAS*, Santiago de Chile, septiembre-octubre, http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT19/GT19_RojasRajs.pdf (Consultado el 11 de noviembre de 2014)
- ROJAS-RAJS, S. (2013b). *Comunicación y salud: Representaciones y discurso sobre salud en la televisión mexicana*, Tesis (Doctorado) - Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, D.F. 2013.
- ROJAS-RAJS, S. Y JARILLO SOTO, E. (2013). “Comunicación para la salud y estilos de vida saludables: aportes para la reflexión desde la salud colectiva” *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(46), 587-599. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000300008>. (Consultado el 19 de noviembre de 2014)
- ROSEN, GEORGE (1985). *De la policía médica a la medicina social*, (México: Siglo XXI editores)
- 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, suppl.1, Bogotá, Colombia, p. 133-145.
- TAMEZ, S Y VALLE, R. (2005) “Desigualdad social y reforma neoliberal en salud”, *Revista mexicana de sociología* 67, (2), p. 321-356.