

La diabetes en la publicidad oficial para televisión mexicana: problemas y límites para la comunicación en salud

*Soledad Rojas-Rajs**

RESUMEN

La comunicación en salud debe servir, en teoría, para mejorar la salud de los colectivos humanos, especialmente si se trata de los mensajes que elaboran las instituciones de salud y que es financiada con recursos públicos. En este trabajo se presentan resultados de un análisis de contenido que aborda, como caso específico, la presencia del tema “diabetes” en la publicidad oficial de salud emitida en los dos canales de mayor audiencia de la televisión mexicana, en dos semanas diferentes del año 2011. A pesar de que la diabetes se ha declarado como un importante problema nacional de salud en México, los resultados muestran que el tema “diabetes” fue prácticamente inexistente en la publicidad oficial del período analizado. Adicionalmente, los resultados permiten observar problemas que le restan potencial a la publicidad oficial como estrategia de comunicación en salud: en primer lugar, los mensajes están centrados en

ABSTRACT

Theoretically, health communication should aims to improve health, especially if it comes to messages that produce health institutions and is publicly funded. This paper presents results of a content analysis about the subject “diabetes” in government health advertising in Mexican broadcast television in 2011. Although diabetes has declared a major national health problem in Mexico, the results show that the topic “diabetes” was virtually nonexistent in government advertising of the period. Additionally, other problems limit the potencial of government health advertising as a health communication strategy: first, messages are focused on blaming individuals for their health problems and hide topics as a social determinations and the role of health services, which limits social appropriation of knowledge about diabetes. Secondly, a significant proportion of the messages are institutional image strategies or have electoral

*CONACYT- Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
Calzada del Hueso 1100, Coyoacán, 04960, Ciudad de México
srojasrajs@gmail.com

Fecha de recepción: 2 de mayo de 2016
Fecha de aprobación: 6 de junio de 2016

responsabilizar a los individuos de sus problemas de salud, invisibilizando así las determinaciones sociales y el papel de los servicios de salud, lo que limita la apropiación social del conocimiento sobre diabetes. En segundo lugar, una importante proporción de los mensajes son estrategias de imagen institucional o tienen fines electorales, sin brindar información o recomendaciones sanitarias. Se concluye que existen contradicciones entre las metas planteadas para la comunicación desde las políticas públicas y su materialización en la publicidad oficial. Se reflexiona sobre la necesidad de definir con mayor claridad cuáles deben ser las funciones y característica de la comunicación en salud en México.

Palabras clave: Comunicación, Salud, Diabetes, Análisis de contenido, Apropiación social del conocimiento, Políticas públicas.

purposes, without providing health information or recommendations. In conclusion, there are contradictions between the goals set in public policies about diabetes and government advertising as a health communication practice. We need to define what should be the functions and characteristics of health communication in Mexico.

Keywords: Health Communication, Diabetes, Content Analysis, Social Appropriation of Knowledge, Public Policy

Introducción

Este trabajo propone algunos problemas sobre comunicación en salud, es decir, sobre las comunicaciones creadas exprofeso para informar, educar o promover la salud y que forman parte de la “respuesta social frente a los fenómenos de salud-enfermedad” (Jarillo, Garduño y Guinsberg, 2006: 12). La discusión se construye a partir de los resultados de un análisis de contenido de publicidad oficial sobre salud, transmitida en la televisión mexicana el año 2011. Publicidad oficial (FUNDAR, 2011) es una denominación frecuentemente usada para referirse a los mensajes que emite el Estado y las instituciones públicas a través de medios de comunicación comerciales, cuya función principal es asegurar el acceso a información pública y rendición de cuentas. Si se abordan temas sanitarios, idealmente debiesen aprovecharse para promover la salud.

La diabetes es el problema de salud que se ha utilizado como caso de referencia para el análisis de publicidad oficial. En primer lugar, por su magnitud e importancia como problema de salud en México. En segundo, porque su abordaje ejemplifica uno de los principales problemas que se discuten sobre comunicación y salud, que está presente en la publicidad oficial analizada: la comunicación está centrada en la promoción de estilos de vida saludable (EVS) y el cambio de conducta individual, enfoque que predomina en la comunicación en salud en México (Rojas-Rajs y Jarillo, 2013). Esta perspectiva no enfatiza en el impacto de los determinantes sociales en la salud colectiva, ni destaca la importancia de promover e implementar soluciones en el nivel poblacional. Esto, a pesar de que se ha señalado que la distribución, complicaciones y letalidad de la diabetes

están determinadas socialmente (OMS, 2015; Medina y López, 2010).

Como marco de la investigación, se presenta inicialmente una breve discusión sobre las limitaciones de los EVS como perspectiva única en la comunicación en salud y la conexión de este enfoque con las reformas neoliberales a la salud. A continuación, se describe la poca especificidad de las políticas sobre comunicación en salud en México, que permite, por ejemplo, el uso político de la publicidad oficial en salud en televisión. Posteriormente se presentan los resultados del análisis de publicidad oficial, que muestran que la comunicación en salud es limitada, puesto que temas prioritarios como la diabetes están ausentes de las comunicaciones y únicamente se abordan desde la prevención de la obesidad, con mensajes que responsabilizan a los individuos y que escasamente representan el uso de los servicios de salud.

Finalmente, se concluye que los resultados ponen al descubierto contradicciones entre las metas planteadas para la comunicación desde la política pública sanitaria y su materialización en la publicidad oficial, es decir, brechas entre las necesidades de salud del país y algunas de las intervenciones que buscan atenderlas, que tienen particular efecto en la forma en que se conciben socialmente los problemas de salud y por tanto limitan la apropiación social del conocimiento sobre el problema de salud relacionado con la diabetes, la obesidad. También se hace explícita la importancia de definir con mayor claridad cuáles deben ser las funciones y características de la comunicación en salud en México, puesto que la ambigüedad de su definición y regulaciones están relacionadas con la forma específica en que se utiliza hoy: limitada y muchas veces dirigida a otros objetivos, no a la promoción de la salud.

La comunicación en salud y las críticas al enfoque de estilos de vida saludable

La comunicación en salud en el siglo XXI es un componente imprescindible de los sistemas de salud. La difusión de información y diversos contenidos sobre salud es una práctica regular y necesaria, y está contemplada en las políticas sanitarias en América Latina y la mayor parte de los países del mundo, con un papel destacado en las estrategias de promoción de la salud, particularmente en el campo de la prevención. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) considera la comunicación como una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. Aunque históricamente la comunicación ha sido parte de las estrategias de salud pública, con modelos como el de información, educación y comunicación (IEC) o la educación en salud, en los últimos años se ha constituido como un campo independiente (Rojas-Rajs y Jarillo Soto, 2013).

Como campo disciplinar, la comunicación en salud no se conforma de miradas homogéneas y constituye un espacio con tensiones y contradicciones. Hay alto grado de consenso sobre la necesidad de difundir ampliamente información suficiente y completa sobre temas de salud, pero hay menos acuerdo sobre otros aspectos, como cuál es la manera de hacerlo, con qué medios y formatos, con qué orientación. También se discute cómo evaluar los efectos positivos de los mensajes sanitarios y las estrategias de comunicación en salud, en la salud colectiva y la vida de las personas (Alcalay, 1999; Silva, 2001), especialmente porque la comunicación difícilmente produce cambios en el corto plazo en los indicadores nacionales de salud (Tufté, 2007).

Desde la década de los 90 la comunicación en salud organismos internacionales, especialmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Mundial, impulsaron la emergencia del campo de la comunicación en salud (ver Rojas-Rajs y Jarillo Soto, 2013) -en cierta forma como una especialidad- en el contexto de la primera generación de reformas neoliberales a los sistemas sanitarios -período que Laurell (1995) ha definido como la transición de la salud, de derecho social, a mercancía. Su implementación, en este contexto, se ha centrado en la promoción del cambio de conductas de riesgo y la promoción de EVS. Desde esta perspectiva, los mensajes sanitarios producirían mejoras concretas en la salud de las personas, al promover cambios en los estilos de vida y la adopción de prácticas protectoras frente a las enfermedades (Schiavo, 2007). Se traslada así a los individuos la responsabilidad sobre su propia salud, por encima de la cobertura, acceso y respuesta de los servicios de salud, o las condiciones de vida. El enfoque de comunicación en salud basado en el cambio de conducta busca específicamente reducir las cargas económicas de los sistemas sanitarios (Coe, 1998).

En contraparte a la visión sobre el poder de la comunicación en salud para detonar cambios de conducta, desde la medicina social y la salud colectiva latinoamericana se han discutido los límites del enfoque de estilos de vida saludable y la promoción de cambios de comportamiento. Estos límites han sido ampliamente discutidos y cuestionados (Carvalho, 2008; Castiel y Álvarez-Dardet, 2010), enfatizando que sugerir cambios a los estilos de vida es imposible para la mayoría de la población del mundo que no tiene la capacidad de elegir la forma en la que vive (Benach y Muntaner, 2005). También se ha señalado que es un enfoque que no reconoce que las modificaciones en la manera de vivir pueden no tener un efecto significativo en la

salud, pues no implica la transformación de condiciones y determinaciones sociales que producen daños o riesgos (Carvalho, 2008).

En tanto, en América Latina viejos problemas de salud siguen sin resolverse: las malas condiciones de vida y salud no han cambiado o se han agudizado, y el escenario de la salud/enfermedad es más complejo: a los problemas de salud carenciales, se suma el envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes y la hipertensión o el aumento de las violencias. En México, el panorama sanitario muestra retrocesos que requieren ser analizados desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, por su desigual distribución y asociación con las condiciones de vida, clase social, género, etnia. Ejemplos de esto son los avances limitados en la reducción de la mortalidad materna en el país, pues en la última década la razón de mortalidad materna no logró reducirse según lo esperado por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluso aumentó en algunos estados de la república; y su distribución se concentra en mujeres que viven en condiciones de pobreza, son indígenas o no tienen acceso a servicios de salud (GIRE, 2013). También puede mencionarse el retorno de enfermedades que en décadas anteriores se consideraban erradicadas, como el cólera, ahora considerado “endémico” en la región, o la lepra; así como el repunte de enfermedades como el dengue, el paludismo o la tuberculosis. Estos problemas de salud se vinculan y relacionan con la desigualdad, la exclusión social, la pobreza, la inequidad y la falta de acceso real a los servicios de salud (López Arellano, et al, 2011).

A pesar de que en el mundo más del 80% de las muertes por diabetes ocurren en países de bajos o medios ingresos (OMS, 2015), lo que indica las dificultades para afrontar la enfermedad desde

condiciones desventajosas, el enfoque de EVS es particularmente hegemónico en la comunicación sobre enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, o sobre condiciones de salud como la obesidad. Sin embargo, en México hay estudios que muestran una asociación significativa entre descontrol metabólico y marginalidad en pacientes diabéticos (Medina y López, 2010: 44-46). La relación entre pobreza y obesidad ha sido también estudiada, dado que es más frecuente en zonas con mayor nivel de marginación (Drewnowski y Specter, 2004; Jiménez Cruz et al, 2003). Las desventajas socioeconómicas implican un mayor consumo de alimentos de alta densidad energética, que son más económicos y fáciles de obtener y menor acceso a servicios de salud y actividades deportivas, fundamentales para la prevención o el control de la diabetes. Este conocimiento no está presente en las comunicaciones.

Varios autores señalan que hay mucho por hacer en el campo de la comunicación en salud, dado que implica la articulación de saberes desde las ciencias de la salud y las de la comunicación, es decir, un esfuerzo integrador de las mismas que requiere un amplio marco desde las ciencias sociales. Desde visiones críticas, este amalgamamiento ha sido relativamente pobre, al analizar algunas prácticas institucionales concretas de comunicación en salud en países latinoamericanos (Beltrán, 2010; Gumucio-Dagron, 2010), pues no siempre tienen carácter dialógico ni promueven la participación, ni recuperan las perspectivas y modos de vida de los destinatarios (Beltrán, 2010; Gumucio-Dagron, 2010; Tufté, 2007), características que idealmente deberían tener los procesos comunicativos para una mayor efectividad. En el caso de México, desde las prácticas concretas de comunicación en salud de las instituciones públicas, pareciera que no hay un reconocimiento de la multidimensionalidad de los problemas de salud

y la gran desigualdad que prevalece en el país. A esto se suman estrategias de comunicación que no están dirigidas, propiamente, a promover la salud.

El uso político de la comunicación en salud en el contexto mexicano

Existe también un debate sobre las funciones no explícitas de la comunicación en salud: se ha señalado que establece prioridades en la agenda pública mediática (Castiel y Álvarez-Dardet, 2010; Menéndez y Di Pardo, 2008), participando así de la producción social de los significados sobre la salud y estableciendo, entre otras construcciones simbólicas, las necesidades colectivas sobre temas de salud, acerca de las cuales puede no existir consenso desde las distintas posiciones en el campo de la salud pública. En este sentido, la comunicación en salud se articula con las posiciones hegemónicas vigentes (Briggs, 2005) y muchas veces es utilizada con fines políticos específicos (Gumucio-Dagron, 2004) particularmente en períodos pre-electorales (Ruelas Serna y Dupuy, 2013). En este sentido, un cierto tipo de comunicación, responde a cierta política sanitaria y gubernamental, aunque esta no sea explícita.

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

y los sujetos destinatarios, por ello incluso su inexistencia tiene significado.

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

Existe, así, gran ambigüedad en cuanto a qué debe ser y cuál es la función de la comunicación sanitaria. En los reglamentos específicos sobre salud, hay referencia a comunicación social en la Ley del Seguro Social (Estados Unidos Mexicanos-Presidencia de la República, 1995), que considera específicamente el uso de medios masivos de comunicación para promover la salud (Art. 210, p. 45). En la Ley General de Salud (Estados Unidos Mexicanos-Presidencia de la República, 2013) se mencionan programas de comunicación educativa para planificación familiar y prevención de alcoholismo y tabaquismo. Sin embargo, ninguno de estos reglamentos define qué es la comunicación en salud. Por ello, es importante analizar cómo se materializa como una política pública, entendiendo la comunicación en salud como aquella que es difundida desde los sistemas nacionales de salud, que en el caso de México se conforma

fundamentalmente por instituciones públicas. La forma principal en que se realiza esta comunicación de manera masiva, es la publicidad oficial.

La publicidad oficial en México, según el Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión (LFRT) de 1973, debía enfocarse en tareas de comunicación social y servicio público, para lo cual el Estado mexicano contaba con el 12.5% del tiempo de transmisión de las televisoras y radios para realizar estas tareas. Sin embargo, a partir del año 2002, el poder de los medios en México en la esfera política se hizo evidente, pues las televisoras impulsaron una importante reforma a la LFRT. A partir de ella, el tiempo del Estado se redujo al 1.25% del tiempo total (Becerril, 2002) y las instituciones públicas se convirtieron en importantes clientes de las televisoras. En un espacio de cinco años, el gasto total en publicidad oficial en 18 entidades federativas se multiplicó por dos y pasó de un total de 1,170.4 millones en 2005 a 2,518.4 millones en 2010 (FUNDAR, 2011). El rubro con el gasto más alto, fue salud. Hasta el día de hoy se mantiene una importante discusión sobre el gasto público en comunicación, porque supera los montos presupuestados, especialmente en el sector salud, criticando específicamente que los mensajes no tienen sentido y utilidad social sino que su propósito es construir y acumular capital político (Ruelas Serna y Dupuy, 2013). En el caso de la salud, se ha observado que la publicidad oficial aumenta en períodos electorales y se concentra en comunicar “logros”, y no en promover la salud.

Metodología y resultados: análisis de flujos mediáticos

Los datos que se presentan a continuación son resultado de un amplio análisis de contenido de transmisiones televisivas de los dos canales de TV de mayor audiencia y consumo nacional en

México, emitidas el año 2011. Fueron clasificados y analizados los contenidos de dos semanas completas de programación, lo que constituye 672 horas de programación continua. El análisis de contenido se diseñó según la propuesta de unidades componentes de Krippendorf (1990), delimitando unidades de muestreo, registro y contexto. Si bien la investigación analizó la totalidad de contenidos emitidos durante los períodos estudiados, en este trabajo se presentan únicamente los datos sobre publicidad oficial en salud, es decir, las tareas de comunicación que competen a las instituciones públicas de salud, que son a su vez las encargadas de diseñar, implementar y promover la política sanitaria en el país.

El *corpus* analizado se construyó con catorce días de emisiones continuas de televisión (672 horas) de los dos canales de cobertura nacional de mayor audiencia en México (Canal 2 “Canal de las Estrellas” de Televisa y Canal 13 “Azteca13” de TV Azteca). Estos dos canales de televisión tienen particular impacto en la cultura mexicana: son las principales fuentes de melodramas de consumo popular y en ellos pasan los noticieros de mayor audiencia e importancia. Estas características le dan un lugar privilegiado a los contenidos que se emiten por ambos canales, pues tienen alta exposición e influencia en la definición de temas de interés público, en la instauración de la agenda política y en la forma en que se entienden y significan los problemas de salud (Rojas-Rajs, 2013). Los catorce días revisados corresponden a dos semanas del último trimestre del año 2011, seleccionadas aleatoriamente: la semana del 3 al 9 de octubre y la del 21 al 27 de noviembre. La revisión, clasificación y codificación de las 672 horas de televisión se realizaron durante el año 2012.

En el diseño metodológico se determinó contabilizar los impactos totales y no solo las piezas

individuales de publicidad oficial, puesto que abordar los mensajes individualmente no permite ver el verdadero peso de la publicidad que alude a la salud en el conjunto de las emisiones de televisión, dado que un mensaje puede repetirse una sola vez, mientras que otro, cien veces: este último se puede entender como un tema de alta presencia, el primero no. Por ello se utiliza el concepto flujos mediáticos, para describir una transmisión continua e incesante. Con base en esa mirada, los resultados contabilizan cada mensaje sobre salud que se transmitió durante esas 672 horas de televisión, esté o no repetido. En total, en el período estudiado, fueron identificados 7,319 mensajes publicitarios sobre salud, de los cuales 708 (9.1%) son publicidad oficial sobre salud.

El caso de análisis fue la publicidad oficial sobre diabetes mellitus 2 (DM2). La DM2 es considerada un problema de salud muy grave en el país y es una de las enfermedades crónicas cuya atención se planteó como objetivo específico en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (Secretaría de Salud, 2007), al que corresponde el período de análisis. En México, la DM2 es hoy la segunda causa de muerte y muestra una tendencia creciente de población afectada. Entre 2000 y 2012 el número de personas diagnosticadas como diabéticas se duplicó, alcanzado al 9.2% de la población adulta. Adicionalmente se estima que existe una proporción similar de enfermos no diagnosticados (Hernández-Ávila, Gutiérrez y Reynoso-Noverón, 2013). La mortalidad por diabetes en México es una de las más altas del mundo (OMS, 2016). A pesar de las diversas acciones encaminadas a reducir la incidencia de diabetes, incluida la comunicación, las proyecciones a futuro muestran un incremento exponencial de casos. Se ha señalado que existen condiciones que hacen particularmente vulnerable a la población mexicana: alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, lo que aumenta el

riesgo de diabetes; pero también existen determinaciones sociales: el acceso a alimentos saludables y al agua potable; la disponibilidad de espacios físicos y tiempo para actividad física.

Dada la importancia de la diabetes como problema de salud ¿cómo puede explicarse que esté ausente del corpus estudiado?

Resultados del análisis de publicidad oficial sobre salud

El análisis de contenido identificó 708 mensajes de procedencia pública en los periodos de análisis. De estos 564, el 79.6% son emitidos por instancias que brindan servicios de salud a la población: la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

El 20.4% de los mensajes sobre salud, aunque son publicidad oficial sobre salud, no pueden considerarse intervenciones de comunicación en salud, en tanto no buscan prevenir, educar o informar sobre medidas y acciones de salud: 8.5% son promesas de campaña de partidos políticos, asegurando que promoverán mejoras a la salud una vez que lleguen al poder; 7% son mensajes sobre reformas y leyes que pueden tener relación con la salud; y 4.9%, son mensajes para mejorar la imagen del Gobierno Federal, que presentan al Seguro Popular de Salud como un gran logro de gobierno, si bien es un paquete de atenciones restringidas, ampliamente criticado por sus limitaciones en términos de la atención (Laurell, 2013) y por favorecer la inequidad en salud (Támez y Eibenschutz, 2008).

Tabla 1. Emisores de publicidad oficial sobre salud en televisión mexicana

2 canales nacionales, 3 al 9 de octubre y 21 al 27 de noviembre de 2011

Emisores	N	%
Secretaría de Salud	503	71.0%
Propaganda electoral de partidos políticos	60	8.5%
Instituto Mexicano del Seguro Social	46	6.5%
Gobierno Federal (Imagen Seguro Popular)	35	4.9%
Cámara de Diputados	28	4.0%
Consejo de la Judicatura Federal	21	3.0%
Desarrollo Integral de la Familia	15	2.1%
Total	708	100.0%

Fuente: elaboración propia.

El 80% de los mensajes emitidos por instituciones públicas que sí prestan servicios de salud (451 mensajes), comunican temas de salud promoviendo a la vez prácticas o conductas. Sin embargo, 113 mensajes, el 20% de aquellos que emiten las instituciones de salud, son campañas de imagen, principalmente del Seguro Popular. Considerando el total de publicidad oficial del período de todas las instituciones (no sólo las que brindan servicios de salud), el 36% de los mensajes no tienen fines educativos o de comunicación en salud, y 29% del total se pueden identificar específicamente como mensajes con uso político: para imagen institucional o como propaganda electoral.

En el grupo de 451 mensajes que sí abordan temas de salud, el tema más importante es *Sobrepeso y obesidad* (40.4%) y en segundo lugar, *Vacunación* (20.9%) (ver Tabla 2). La DM2, como tema específico, no es mencionada en la publicidad oficial

del período analizado. El Programa Nacional de Salud 2007-2012 (Secretaría de Salud, 2007), vigente en los períodos en que se transmitieron estas piezas de publicidad oficial, planteó como objetivo reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM2 con respecto a la tendencia del período 1995-2006. Se describe en el programa que las principales estrategias para atender la diabetes son: detección de casos, promoción de actividad física, control de peso y monitoreo de calidad del tratamiento, sin embargo se señala específicamente que estas estrategias han brindado resultados limitados y propone la *alfabetización (health literacy)* (Nutbeam, 2000) en diabetes como estrategia destacada, que permitiría mayor adherencia al tratamiento y control de la enfermedad. Para ello, es necesario difundir información sobre derechos, formas de uso de los servicios de salud, riesgos y recomendaciones para las personas con diabetes. Sobre estos temas, planteados en

Tabla 2. Temas de la publicidad oficial de salud en la televisión mexicana de instituciones proveedoras de servicios de salud (Secretaría de Salud, IMSS y DIF)

2 canales nacionales, 3 al 9 de octubre y 21 al 27 de noviembre de 2011

Temas de la publicidad oficial	N	%
Prevención del sobrepeso y obesidad: estilos de vida	228	40.4%
Vacunas (sarampión y rubéola; influenza estacional)	118	20.9%
Imagen institucional	113	20.0%
Prevención del dengue	41	7.3%
Cuidado y desarrollo infantil	33	5.9%
Salud sexual y uso del condón	16	2.8%
Prevención de adicciones y alcoholismo	15	2.7%
Total	564	100.0%

Fuente: elaboración propia. Nota: excluye el 20% de los mensajes de publicidad oficial que no provienen de instituciones que brindan servicios de salud.

la política de salud vigente en el período estudiado, no existen referencias ni menciones en la publicidad oficial en televisión. Tampoco se habla de la detección oportuna o la importancia del control y la prevención de complicaciones derivadas de la diabetes en la publicidad oficial.

Si bien no es enunciada como riesgo derivado del sobrepeso y la obesidad, por la importante correlación entre diabetes y obesidad se puede inferir que la campaña más relevante de los períodos de análisis (Sobrepeso y obesidad) busca colaborar en la prevención de la diabetes. Sin embargo, los mensajes sobre la temática Sobrepeso y obesidad están centrados en delegar la responsabilidad de su salud a los individuos: promueven principalmente estilos de vida saludables y hablan de la responsabilidad individual sobre el consumo de alimentos y el sedentarismo, sin perspectiva de determinantes sociales. Los 228 mensajes de publicidad oficial del tema Sobrepeso y obesidad describen, mayoritariamente, estos problemas de salud como una cuestión de elecciones: *cuídate, elige, decide*, son algunas de las palabras que utilizan. El 92.5% de estos mensajes, emitidos por la Secretaría de Salud, no mencionan a los servicios de salud como un actor relevante en la prevención o tratamiento del sobrepeso y la obesidad y plantean acciones individuales (tomar agua, comer vegetales, medirse, estar activo). Sólo el 7.5% de los mensajes - aquellos emitidos desde la seguridad social, el IMSS- muestran la interacción entre servicios de salud y personas con sobrepeso u obesidad, como un tema relevante para encontrar soluciones.

El segundo aspecto a analizar sobre los contenidos, es la disponibilidad de los mensajes para las audiencias. Aunque se podría afirmar, con base en estos datos, que el 80% de la publicidad oficial de instituciones de salud se proponen como intervenciones de comunicación en salud, su baja

disponibilidad anula sus posibles efectos positivos. El análisis de contenido registró los horarios en que son emitidos los mensajes¹ y muestra que del total de mensajes de publicidad oficial de instituciones de salud, únicamente el 16.3% se transmitió en horario principal o *prime-time*. El tema Sobrepeso y obesidad concentró en ese horario sólo un 15% de sus mensajes, mientras que el 21% de los mismos, se transmitió en los horarios de más bajas audiencias (de 12:00 a 5:59 am, madrugadas).

Como comentario adicional, hay que decir que estos datos muestran el desempeño de las mejores campañas de comunicación del período estudiado, las del tema sobrepeso y obesidad (40.4% de los mensajes). Lamentablemente, en el caso de otras campañas como: prevención del dengue, salud sexual y uso del condón, vacunas contra la influenza estacional, y prevención de adicciones y alcoholismo, el 100% de los mensajes se transmiten durante los horarios de muy bajas audiencias, en las madrugadas. Es decir, junto con el escaso peso de la comunicación que promueve la salud en los mensajes sobre salud, esta esté relegada a los peores espacios de las televisoras, en términos de cobertura y difusión, a pesar del gran gasto en comunicaciones realizado en el período (FUNDAR, 2011). En comparación, sólo el 5% de los mensajes que promueven la imagen de las instituciones de salud o del gobierno federal están en el peor horario.

¹ Los horarios son de gran importancia puesto que definen la masividad de las comunicaciones. Para entender este asunto, basta contemplar la diferencia de costos, un spot de 20 segundos transmitido en horario estelar o *prime-time* (de 8:00 a 10:00 P.M.) en el canal 2 de Televisa, de lunes a viernes, tenía en 2012 un precio de lista de más de un millón doscientos mil pesos mexicanos. A las 6:00 A.M. en cambio, de lunes a domingo, el costo de un spot puede ser hasta de nueve mil pesos. Esta enorme elasticidad de precios muestra la importancia de los horarios estelares (Televisa, 2012) y su relación con las audiencias.

Reflexiones finales

El análisis de contenidos muestra que la publicidad oficial sobre salud, pagada con recursos públicos, no atiende de forma contundente el problema de la diabetes. Tampoco se identificó una estrategia de comunicación masiva, en televisión, que pueda considerarse sólida, pues una gran parte de los mensajes se transmiten en horarios donde las audiencias son mínimas. Los resultados muestran que la comunicación en salud en México, con el ejemplo de la televisión, aún tiene grandes retos por vencer.

Un primer reto, se encuentra en la Ley Federal de Radio y Televisión, dado que los tiempos oficiales del Estado se han reducido enormemente desde hace más de diez años, y esto tiene un efecto negativo en la comunicación en salud, pues se convierten en intervenciones de alto costo cuando deben pagarse como publicidad comercial. En este sentido, es necesario proponer políticas públicas sobre comunicación, que garanticen la difusión masiva de contenidos sobre salud.

Un segundo reto se encuentra en el tipo de contenidos que se difunden masivamente desde las comunicaciones. Por una parte, la publicidad oficial emitida en el período estudiado, no describió la diabetes como un problema de salud ni se elaboraron contenidos específicos para ese problema. Si bien se busca atender una de las causas asociadas a la diabetes, el sobrepeso y la obesidad, los mensajes abordan marginalmente la utilización de los servicios de salud como apoyo para prevenir estas condiciones, además de enfatizar que la toma de decisiones individuales es el camino para la prevención.

El problema no es que a través de la publicidad oficial se comunique la importancia de beber agua

natural, alimentarse sanamente y realizar actividad física. El cuestionamiento es que esa sea la única intervención comunicativa relacionada –y no directamente- con diabetes, puesto que proporciona conocimiento limitado sobre la enfermedad y lo que se puede hacer para prevenirla desde los ámbitos colectivo y público. En este sentido, se puede señalar que la orientación de los mensajes en cuanto a sus contenidos conforman una mirada hegemónica sobre la diabetes, una hegemonía cognitiva (Santos, 2010) que limita la apropiación social del conocimiento sobre este problema de salud. Como señala Nutbaum (2000) un objetivo de la comunicación es la alfabetización en salud, pues su carecer de información, conocimiento y habilidades para utilizar los servicios de salud reduce la posibilidad de acceder a ellos de manera plena y vulnera el ejercicio del derecho a la información y el derecho a la protección de la salud, plasmados en la Constitución mexicana.

Las prácticas son la expresión y materialización concreta de las políticas públicas. El análisis de contenido permite observar una brecha entre los objetivos principales del Programa Nacional de Salud, respecto a la diabetes y el uso de los mensajes de publicidad oficial en televisión del período estudiado. La comunicación no se usó de forma contundente para combatir la diabetes.

No obstante, la publicidad oficial sí se utilizó, pero de otras maneras. Aquellos mensajes que consideraríamos “educativos” o “informativos”, se centran en difundir un discurso común: la responsabilidad sobre la propia salud, ejemplificada en el control del peso corporal, y promoviendo prácticas que pueden no ser alcanzables (como beber agua potable embotellada, cuando es más cara que las bebidas azucaradas; o realizar actividad física, sin considerar jornadas laborales, tiempos de traslados, disponibilidad de espacios y equipamiento

para ejercitarse, entre otros elementos de las condiciones de vida de las personas). Pero destaca, pronunciadamente, que se minimiza el papel de los servicios de salud, que representan, en el caso del sistema de salud mexicano, al Estado. Por ello es posible proponer que legitiman una visión de la salud que reduce al máximo las obligaciones del Estado y el sector público.

También se hace evidente el uso temático de la salud, en la publicidad oficial, para la acumulación

de capital político y como estrategia de imagen institucional y gubernamental. Estos usos fácticos, supeditados a criterios que no son la promoción de la salud, requieren ser debatidos y cuestionados, pues no aportan a mejorar la salud de los mexicanos pero sí utilizan importantes recursos del sistema de salud. Por ello resulta indispensable la definición pública y legal de la comunicación en salud en México, su regulación y especificación como política pública; y el debate sobre su producción, difusión y contenidos.

Referencias bibliográficas

- ALCALAY, R. (1999). La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5 (3), 192-196.
- ALCALAY, R. y Mendoza, C. (2000). PROYECTO COMSALUD: Un estudio comparativo de mensajes relacionados con salud en los medios masivos latinoamericanos: OPS/FELAFACS/BASICS/UNESCO/USAID.
- BECERRIL, A. (2002, 12 de octubre). Pérdida brutal, la cesión del 12.5% de tiempo en radio y TV. Vergonzoso arrodillamiento del Secretario de Gobernación. Entrevista a Javier Corral, *La Jornada*.
- BELTRÁN, L. (2010) "Comunicación para la salud del pueblo. Una revisión de conceptos básicos", Colima, *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas* Época II. Vol. XVI. Núm. 31, verano, 17-65.
- BENACH, J. y Muntaner, C. (2008). Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar. *Entrevista por Salvador López Arnal, Rebelión*, 31 de agosto.
- BRIGGS, C. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social, Universidad Complutense de Madrid*, año/vol. 014, 101-124.
- CARVALHO, S. R. (2008). Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud colectiva [online]*, 4 (3), 335-347.
- CASTIEL, L. D. y Álvarez-Dardet, C. (2010). *La salud persecutoria. Los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- COE, G. (1998). Comunicación y promoción de la salud. *Chasqui, Revista Latinoamericana de Comunicación [En línea]* (63), 26-29. Retrieved from <http://chasqui.comunica.org/coe.htm>
- ENSANUT (2012) *Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición 2012, resultados nacionales. Síntesis ejecutiva*. México, D.F.: Secretaría de Salud / Instituto Nacional de Salud Pública.
- ESTADOS UNIDOS MEXICANOS-Presidencia de la República. (1995). Ley del Seguro Social. México: Diario Oficial de la Federación, última reforma publicada el 28-05-2012.
- ESTADOS UNIDOS MEXICANOS-Presidencia de la República. (2013). Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, última modificación 24 de abril.
- FUNDAR. (2011). *Diagnóstico sobre el Gasto en Comunicación Social y Publicidad en las Entidades Federativas*. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 2013, "Mortalidad materna", en: *Omisión e indiferencia*.

- Derechos reproductivos en México*, México: GIRE, pp. 97-118, <http://informe.gire.org.mx/> (consultado el 18 de mayo de 2016).
- 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. <http://www.infoamerica.org/articulos/textospropios/gumucio1.htm> (consultado el 2 de diciembre de 2012).
- KRIPPENDORFF, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós Comunicación.
- LAURELL, A. C. (1995). La salud: de derecho social a mercancía. En C. Laurell (Ed.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud* (pp. 9-31). México: Friedrich Ebert Stiftung en México / UAM-X
- LAURELL, A. C. (2013). *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano* Buenos Aires: CLACSO.
- LÓPEZ-ARELLANO, O.; Rivera, J. A. y Blanco, J. (2011). Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas, en: Chapela, C. y Contreras, ME (coords). *La salud en México* (pp.93-123). México: UAM-X, Pensar en el futuro de México.
- MENÉNDEZ, E. L. y Di Pardo, R. B. (2008). La representación social negativa de los procesos de salud/enfermedad/atención en la prensa escrita. *Salud Colectiva*, Enero-Abril, 4 (1), 9-30.
- NUTBEAM, Dun (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, Vol. 15, N. 3, pp. 259-267.
- OMS (1998). *Promoción de la salud*. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- PITTA, Á. M. d. R. y Magajewski, F. R. L. (2000). Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da Saúde Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, 4 (7), 61-70.
- 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>.
- ROJAS-RAJS, S. (2013). *Comunicación y salud: Representaciones y discurso sobre salud en la televisión mexicana*, Tesis (Doctorado) – Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, D.F. 2013.
- RUELAS SERNA, A. C. y Dupuy, J. (2013). *El costo de la legitimidad. El uso de la publicidad oficial en las entidades federativas*. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C. y Artículo 19, Oficina para México y Centroamérica.
- SANTOS, B. de Souza (2010). *Para descolonizar Occidente. Más allá del pensamiento abismal*, Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO, Prometeo Libros.
- SCHIAVO, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. San Francisco, EEUU: Jossey-Bass.
- SECRETARÍA DE SALUD (2007) Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, México: Secretaría de Salud.
- SILVA, V. (2001). *Comunicación y Salud*. Inmediaciones de la Comunicación, Escuela de Comunicación de la Universidad ORT, Año 3 (3), 119-136.
- 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.
- TELEVISIA. (2012). *Plan Comercial 2012*. México: Televisa.
- TUFTÉ, T. (2007). “La comunicación y la salud en un contexto globalizado. Situación, logros y retos”. En M. Moreno, M. Arrivillaga y R. Malagón (Eds.), *La salud y la comunicación*. (pp. 25-34). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.