



Significados construidos por hombres saltillenses en torno al sistema de salud mexicano.

Miguel Sánchez Maldonado

miguelsanchez@uadec.edu.mx

Francesco Gervasi

francescogervasi@uadec.edu.mx

Gabriela de la Peña Astorga

gabriela.pena@uadec.edu.mx

Zoyla Hernández Blanco

zoylahernandez@hotmail.com

Universidad Autónoma de Coahuila

Resumen

Este artículo aborda las percepciones que tienen los hombres saltillenses sobre el sistema de salud mexicano y los significados que ellos le atribuyen a partir de lo que se informa en los medios de comunicación. Con un diseño metodológico mixto se realizaron 11 entrevistas focalizadas y una encuesta a 400 hombres de los niveles socioeconómicos C y D+ de la ciudad de Saltillo, Coahuila. Entre los resultados encontrados está que los informantes tienden a tener connotaciones negativas del sistema de salud en general y asociaron más connotaciones positivas a la medicina científica y a los profesionales de la salud que a los terapeutas alternativos. Los hospitales del IMSS locales eran percibidos por los informantes como sustituibles, fríos, ineficientes y de baja calidad. Se concluye que la medicina científica tiene connotaciones más positivas que los otros tipos, pues es percibida como más segura, eficiente e insustituible. Prevalece el uso de definiciones biomédicas que basan los



estados de salud y enfermedad únicamente en la fisiología y excluyen otros puntos de vista como el de la medicina tradicional o el biopsicosocial.

Palabras clave: significados de salud, representaciones mediáticas, sistema de salud, comunicación y salud.

Abstract

This article addresses the perceptions of men from Saltillo, Coahuila about the Mexican health system and the meanings attributed to it from what was reported in the media. Using a mixed methods design, 11 focused interviews and a 400 participants survey were held with men from socio-economic levels C and D + of Saltillo. Results show that respondents tend to have negative connotations about the health system in general and associated scientific medicine and health professionals with more positive connotations than alternative medicine and alternative health providers. Local hospitals were perceived by respondents as replaceable, cold, inefficient and of low-quality. In conclusion scientific medicine has more positive connotations than other types, because it is perceived as more secure, efficient and irreplaceable. The use of biomedical definitions based on physiology prevails and excludes other points of view such as traditional medicine or the biopsychosocial approach.

Key words: health meanings, media representations, health system, health communication.





Significados construidos por hombres saltillenses en torno al sistema de salud mexicano.

Miguel Sánchez Maldonado

miguelsanchez@uadec.edu.mx

Francesco Gervasi

francescogervasi@uadec.edu.mx

Gabriela de la Peña Astorga

gabriela.pena@uadec.edu.mx

Zoyla Hernández Blanco

zoylahernandez@hotmail.com

A lo largo de su vida, las personas experimentan de manera directa solo una parte muy limitada de todas las estructuras sociales que los rodean, por lo que las ideas que construyen sobre ellas están conformadas fundamentalmente por la información que reciben a través de los medios de comunicación. La televisión, el cine, la radio, Internet, los periódicos y las revistas, funcionan como mediadores entre el agente y el mundo; le proveen la información que no puede recibir sensorialmente ni a través del intercambio con otros individuos. Las historias representadas en noticieros y programas de entretenimiento ayudan a las personas a construir significados sobre muchos aspectos de la vida, incluidos el género y la salud.

El tema de esta investigación se ubica en el campo de la comunicación para la salud desde el punto de vista de los estudios culturales y aborda las percepciones que tienen los hombres saltillenses sobre el sistema de salud mexicano y los significados que ellos le atribuyen a partir de lo que se informa en los medios de comunicación. El objeto de estudio no se basa precisamente en el contenido de las campañas de promoción sanitaria o en las representaciones de la salud y la enfermedad en los medios de



comunicación, sino en el uso e interpretación que los saltillenses hacen de dicha información.

La pregunta que guía esta investigación es ¿Qué percepciones tienen los hombres saltillenses del sistema de salud como recursos institucionales que determinan sus prácticas de autocuidado?, en la que se contemplan las opiniones, prejuicios y significados que los hombres construyen a partir de la información que obtienen de los diferentes medios de comunicación sobre la medicina, las instituciones, los proveedores y las campañas de salud disponibles en su comunidad.

Los académicos han destacado la importancia de la comunicación masiva y efectiva de la información de salud para promover comportamientos saludables, cambiar actitudes y prevenir enfermedades (Berry, 2007; Thomas, 2006). Las personas se alfabetizan en temas de salud a partir de sus experiencias y contacto con los proveedores de salud, pero también con la información que reciben al exponerse a las noticias, a los programas de entretenimiento y a la publicidad en la televisión, periódicos, revistas e Internet (Parrott, 1996).

El concepto de sistema de salud puede ser definido como el conjunto de estructuras y relaciones que permiten la interacción y la consecución de un objetivo: el bienestar de los individuos de una sociedad. Como define Giddens (1984) las reglas y recursos con los que cuenta una comunidad, con el paso del tiempo se convierten en estructuras que definen, regulan, permiten y constriñen la acción de los individuos. Estas estructuras dan lugar a grupos organizados de individuos con prácticas regulares, por ejemplo la práctica médica científica y la tradicional, las organizaciones de salubridad, las clínicas o la industria farmacéutica. Cuando estos grupos adquieren arraigo en el tiempo y el espacio se convierten en instituciones que en conjunto integran un sistema social.

Puede decirse que el sistema de salud, como sistema social, es la suma total de todas las instituciones, organizaciones, proveedores de cuidados sanitarios, medios de comunicación y transporte, medicinas y tratamientos, fondos económicos, desarrollos tecnológicos e información de las que dispone un país con el propósito de mejorar la





salud de su gente. La OMS (WHO, 2005) agrega que el sistema de salud debe proveer servicios que sean económicamente justos y que traten a las personas decentemente. También menciona que la responsabilidad del desempeño del sistema de salud recae principalmente en el gobierno de cada país en conjunto con la administración responsable de los estados, los municipios y las instituciones individuales de salud.

El sistema de salud mexicano está encabezado por la Secretaría de Salud y se apoya en las instituciones de seguridad social, las secretarías estatales y la Red Mexicana de Municipios por la Salud; es responsable del presupuesto del gasto en salud, de la definición de las políticas sanitarias, de coordinar la oferta de servicios públicos y privados de salud y de la prevención de enfermedades; además es el enlace con los organismos internacionales de salud OPS y OMS.

La atención médica que reciben más de 51 millones de trabajadores de la economía formal, la proporcionan el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Servicios Sociales al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos, las Fuerzas Armadas, la Secretaría de Marina y otros sistemas de seguridad social para trabajadores estatales. Para los trabajadores informales, la población rural no asegurada y los desempleados, existen los programas Seguro Popular y el programa IMSS-Oportunidades. Las personas con mayor poder adquisitivo acuden al sector médico privado, la mayor parte pagando sus servicios al consumirlo y solo el 5% de la población total cuenta con seguros privados.

Para el objetivo de esta investigación consideramos cuatro componentes del sistema de salud mexicano. En primer lugar la infraestructura hospitalaria pública a la que tiene acceso la mayoría de la población y que por lo tanto es fuente y sujeto de gran parte de las noticias relacionadas con salud que se publican en Saltillo; además de ser el referente local de la información que se genera a nivel nacional sobre el sistema sanitario mexicano.

En Saltillo, el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene dos hospitales generales de zona y cuatro unidades médicas familiares, mientras que de la Secretaría de Salud de





Coahuila dependen cuatro hospitales y ocho centros de salud. Estas clínicas y hospitales componen principalmente la infraestructura hospitalaria pública que atiende a más de la mitad de la población de la ciudad. Cabe mencionar que existen dos clínicas y dos hospitales que dependen del ISSSTE, y varios hospitales y clínicas más pequeñas de administración privada.

Como segundo componente incluimos tres tipos de terapias, tratamientos y productos para la salud: la medicina científica o alópata; la medicina tradicional o alternativa-complementaria y los productos frontera o milagro.

La medicina científica maneja los productos que contienen sustancias farmacológicas activas, que son recetados siguiendo un diagnóstico médico profesional, que se pueden adquirir con receta médica o de forma libre en farmacias, y que cuentan con un permiso otorgado por la Secretaría de Salud. Según la Ley General de Salud, ningún medicamento de prescripción por parte de un especialista puede anunciarse masivamente por televisión, pero esta prohibición no afecta a complementos alimenticios, vitamínicos o tratamiento naturistas.

La medicina tradicional comprende las prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias basadas en plantas, minerales, animales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o grupal (OMS, 2002). En este tipo de medicina entran los remedios herbolarios indígenas, la acupuntura china, la quiropráctica, el ayurveda hindú, etc. También se utilizan los términos “complementaria” y “alternativa” pues estas prácticas no necesariamente forman parte de la tradición de un país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaeciente. El sistema de salud mexicano es inclusivo de la medicina tradicional, aunque todavía no está totalmente integrada en todos los aspectos de la sanidad.

No existe una única definición para los productos de la que también puede llamarse medicina frontera. Los productos frontera son aquellos cosméticos, suplementos alimenticios o pastillas naturistas que exaltan en su publicidad cualidades terapéuticas o propiedades sobre el organismo que no se han demostrado por medios



científicamente válidos, que no se han sometido al sistema regulatorio responsable de su autorización como medicamentos, pero que cuentan con registro de cosméticos o alimentos (European Commission, 2013), que se publicitan aprovechando el limitado control existente sobre la publicidad de ciertos medios de comunicación, y al anunciarse utilizan a celebridades que exaltan la eficacia del producto, o también a modelos que aparentan ser médicos (Garcés, 2007).

El artículo 224 de la Ley General de Salud (2014) clasifica a los medicamentos, por su naturaleza, en tres tipos: alopáticos, los que tienen efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, se presentan en forma farmacéutica y están registrados en la Farmacopea Mexicana; homeopáticos, también tienen efectos terapéuticos, preventivos o rehabilitatorios y se elaboran de acuerdo a los procedimientos descritos en la Farmacopea Homeopática Mexicana; y los herbolarios, que son de origen vegetal y su eficacia debe ser confirmada científicamente en literatura nacional o internacional. Algunos productos frontera se han cobijado sobre la base de este artículo, argumentando ser productos herbolarios.

El tercer componente que consideramos dentro del sistema sanitario mexicano son los proveedores de salud, divididos en dos tipos: los profesionales —médicos y enfermeras— y los tradicionales o alternativos —quiropáticos, acupunturistas o curanderos. El proveedor de salud es el primer contacto que tienen las personas con el sistema de salud, es la personificación de ese sistema, y dependiendo de los mensajes en los medios de comunicación, puede ser un héroe, o el villano que por negligencia pone fin a una vida; puede ser representado como el proveedor que de manera altruista y desinteresada vela por la salud de las personas, o como el practicante que, dirigido por el dinero, explota la enfermedad de las personas; puede ser quien cura siguiendo el método científico, o el que actúa guiado por dones espirituales, que puede o no seguir los procedimientos de seguridad, etc.

Método





La población que seleccionamos para esta investigación es Saltillo, capital de Coahuila de Zaragoza, estado que se encuentra en la parte septentrional de la República Mexicana y colinda al norte con Texas, Estados Unidos. La ciudad de Saltillo se encuentra en la región sureste del estado y en ella habitan 359,366 hombres y 365,757 mujeres. Del total de habitantes solamente 1,722 hablan alguna lengua indígena. El 90% de la población se concentra en zonas urbanas y vive principalmente en hogares compuestos por familias nucleares (122,072), en la mayoría de las cuales los hombres fungen como jefes de familia (INEGI, 2011 a).

En conjunto con los municipios de Arteaga y Ramos Arizpe, Saltillo constituye la zona metropolitana número 19 del país. Las actividades económicas que predominan en la región son la industria del sector automotriz, principalmente con empresas trasnacionales, el comercio en empresas locales, la producción de alimentos, los servicios, y en la zona rural de Arteaga la agricultura. La población económicamente activa de hombres en Saltillo es de 200,206, ocupados en puestos no gerenciales, en comparación con las 124,919 mujeres ocupadas en puestos similares; por lo que podemos decir que los hombres son aún la base de la fuerza laboral de Saltillo (INEGI, 2011 b).

Los niveles socioeconómicos de los cuales obtuvimos la muestra de participantes corresponden al C y D+, por los siguientes motivos: a) tienen acceso a servicios públicos de salud; b) tienen infraestructura sanitaria en su hogar; c) dedican entre el 2.5% y el 3% del gasto familiar a la atención médica y el cuidado de la salud; d) el nivel educativo promedio es de secundaria; y d) tienen acceso a medios de comunicación electrónicos además de periódicos y ocasionalmente Internet. En localidades con más de 50,000 habitantes, como Saltillo, los niveles A/B C+ representan el 21% de la población, los C y D+ el 54%, los D y E el 25% (López Romo, 2009).

Excluimos a hombres de niveles socioeconómicos más bajos, ya que podrían no tener acceso al sistema de salud y/o el nivel educativo necesario para comprender información básica de salud; y en el caso de niveles socioeconómicos más altos, no

serían representativos, al tener acceso a instituciones privadas de salud, o por contar con información que no proviene exclusivamente del sistema de salud mexicano. Además de lo anterior, la muestra procedió exclusivamente de trabajadores de pequeñas y medianas empresas de Saltillo, pues quienes trabajan en empresas más grandes, por lo general, tienen acceso a programas organizacionales de higiene y seguridad.

La primera fase de esta investigación consistió en una entrevista focalizada individual como técnica de recolección de datos que permite la expresión de los comportamientos reales de los participantes sin la influencia de las normas sociales en su conducta, como sucede con otras técnicas como el grupo de enfoque o el panel; además centraliza los temas de discusión a un número menor de categorías con respuestas más amplias que en un cuestionario, pero menor a la que se obtendría en una entrevista a profundidad (Corbetta, 2003).

La entrevista estuvo compuesta por los siguientes temas: a) consumo de información de salud y conocimientos; b) percepción de las campañas de promoción sanitaria; c) percepción del sistema de salud; d) conciencia de la salud: hábitos y actitudes; e) hombres y salud en los medios de comunicación. La entrevista inició con preguntas semiestructuradas relacionadas al consumo de información de salud en los diferentes medios de comunicación; continuó con preguntas estructuradas dirigidas a los hábitos y actitudes —que aunque puedan parecer dirigidas tienen como propósito focalizar la atención de los informantes en temas a los que no hubieran respondido por su propia iniciativa (Merton et al., 1956/1998)— y concluyó con preguntas no estructuradas sobre los significados de cuerpo, salud y enfermedad asociados a la masculinidad.

El muestreo utilizado en esta fase de la investigación fue de bola de nieve. El número sugerido de participantes en un estudio fenomenológico es entre 6 y 25 (Mason, 2010). En total se entrevistaron a 11 hombres cuyas edades variaban de los 26 a los 54 años, de los cuales 6 eran de nivel socioeconómico D y 5 del C+; 3 reportaron haber estudiado hasta la preparatoria, 2 parte de la licenciatura, 1 carrera técnica, 4 terminaron la



licenciatura y 1 contaba con estudios de maestría. Respecto a su estado civil 4 manifestaron ser solteros, 6 casados y 1 divorciado. Aunque algunos de los participantes fueron recomendados por otros informantes de su misma comunidad, existe variedad en sus ocupaciones y edades.

La segunda fase de esta investigación consistió en una encuesta conducida en persona a hombres trabajadores en empresas pequeñas y medianas, para generalizar y cuantificar los temas emergentes en las entrevistas focalizadas. La muestra fue representativa de la población de hombres trabajadores en Saltillo de nivel socioeconómico C y D+.

La estrategia de muestreo fue por tipo de conglomerados geográficos. Este tipo de muestra permite que todos los miembros de una zona puedan ser aleatoriamente seleccionados, además de que este procedimiento simplifica y reduce los costos en la recolección de datos cuando no se tiene una lista de referencia de toda la población y existe una dispersión extrema de los informantes (Balnaves y Caputi, 2001). La unidad principal del conglomerado eran 40 áreas geoestadísticas básicas (AGEB). Tomando en cuenta su densidad poblacional cada una tuvo una mayor probabilidad de ser seleccionada aleatoriamente. En la segunda unidad se eligieron las pequeñas y medianas empresas ubicadas en las calles de mayor tránsito vehicular del AGEB. Como última unidad se invitó a participar a un trabajador de cada empresa seleccionada. En total se aplicaron 10 encuestas por AGEB para alcanzar una muestra de 400 informantes con un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza de ± 5 .

El cuestionario constó de 45 preguntas que integraban dos escalas de Likert y una de diferencial semántico de Osgood. Las afirmaciones provienen de escalas para evaluar la conciencia de salud, elaboradas previamente por varios autores y revisadas por Hong en 2009. La primera escala evaluó actitudes y comportamientos relacionados con el autocuidado; la segunda, la identificación con opiniones relacionadas con la percepción de la masculinidad en relación al cuidado de la salud; y la tercera, las percepciones y significados del sistema de salud contruidos a partir de la información obtenida en los



medios de comunicación. La encuesta fue aplicada entre el 15 de octubre y el 20 de noviembre de 2012.

Para clasificar a los participantes de acuerdo a los niveles socioeconómicos de la AMAI se utilizaron dos variables demográficas. En primer lugar, la de ingreso mensual, en la cual 75% de los participantes señaló tener un ingreso menor de \$11,999, 22% en el rango de los \$12,000 a los \$21,999, y solamente 3% ganaba entre \$22,000 y \$31,999 mensuales. En segundo lugar, la variable de nivel máximo de estudios, en la cual 2% indicó no tener estudios más allá de la primaria, 14% concluyó la secundaria, 30% tenía estudios de preparatoria, 25% cursó alguna carrera técnica y 29% licenciatura; ninguno de los encuestados contaba con estudios de posgrado. Como resultado, 66% de los encuestados se encontraba en el nivel socioeconómico D+ y el 34% restante en el nivel C.

Por su edad todos los participantes pertenecían a la población económicamente activa. En este sentido, 29% de los participantes tenía entre 15 y 25 años, 39% entre 26 y 34 años, 12% entre 35 y 43, 14% entre 44 y 52, el 5% entre 53 y 61 y el 1% era de más de 62 años. Respecto al estado civil de los participantes 43% eran solteros, 37% casados, 7% divorciados, 2% viudos y 11% vivían en unión libre.

Resultados

Ahora abordaremos las percepciones que tienen los hombres saltillenses sobre el sistema de salud como recursos autoritativos que determinan sus prácticas de autocuidado. La suma de las respuestas convertida en porcentajes constituyó la escala de significados del sistema de salud ($\alpha=.76$), en la que el 100% equivale a una percepción positiva del sistema de salud. En esta escala la media obtenida fue de 45($DS= 10$, $N=400$), esto quiere decir que los informantes tienden a tener connotaciones negativas del sistema de salud en general.

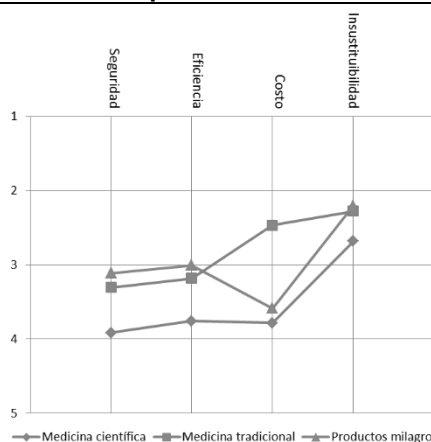
La Figura 1 muestra las valoraciones de los encuestados respecto a los diferentes tipos de medicina. La medicina científica fue considerada como más segura con una media de 3.9, después la tradicional ($M=3.3$) y por último los productos milagro ($M=3.1$). También



se encuentra esta diferencia en cuanto a la eficiencia de la medicina científica ($M=3.8$), luego la tradicional ($M=3.2$) y luego los productos milagro ($M=3$). La diferencia más grande se encontró en la percepción del costo: la medicina tradicional es percibida como más barata ($M=2.5$) luego los productos milagro ($M=3.6$) y la medicina científica como la más cara ($M=3.8$). Los tres tipos de medicina tuvieron connotaciones más cercanas a la sustituibilidad; los productos milagro en mayor medida ($M=2.2$), luego la medicina tradicional ($M=2.3$) y por último la medicina científica.

La primera idea que llegaba a la mente de los entrevistados cuando se les preguntaba sobre los tipos de medicina que conocían, eran marcas de medicamentos de uso común, como la Aspirina, Pepto Bismol, Desenfriol, etc., o sales químicas como el paracetamol. Otros, en cambio, no dijeron nombres de marcas, pero mencionaron medicamentos científicos utilizados para tratar enfermedades como diabetes e hipertensión. Los hombres entrevistados relacionan los tratamientos para la salud con prescripciones médicas; la connotación que provoca la palabra medicina en los participantes está relacionada con el paradigma biomédico, está basada en su experiencia como consumidores de medicina científica o por los padecimientos de sus familiares cercanos.

Figura 1: Significados asociados a los tipos de medicina



N= 400

Fuente: Elaboración propia



Los dos entrevistados —Ernesto, coeditor de 29 años y Octavio, empleado en un periódico, de 54 años— que mostraron un nivel de conciencia de la salud más elevado fueron capaces de establecer una clasificación general de los diferentes tipos de medicina: su respuesta a la pregunta qué tipos de medicina conoce dijeron alopática, homeopática y tradicional u oriental.

Los adjetivos con los que los entrevistados definieron a la medicina científica son: necesaria, cara, buena, maravillosa *“si se sigue al pie de la letra”* (Julio, diseñador de 47 años) e innovadora. Respecto a la medicina alopática, que se vende sin receta médica, consideran que es necesario probarla para conocer si es realmente efectiva. El atributo de eficiencia no lo asocian directamente con este tipo de productos, pues la competencia basada en la publicidad de una marca y otra les ocasiona incredulidad; en palabras de Diego (vendedor de 28 años): *“tienes que probarlas todas para ver cuál funciona, no porque tengan la mejor publicidad significa que sean buenas”*.

En la encuesta, la medicina científica fue mejor evaluada en el par semántico eficiencia – ineficiencia, considerando que este adjetivo se le asigna a los productos que logran el efecto deseado utilizando el mínimo de recursos y con el mínimo de efectos secundarios. En la entrevista también se evidenció la confianza en la eficiencia de la medicina científica, que aunque es cara, las personas *“buscan alternativas”* entre los diferentes tipos de farmacias *“las que llaman similares, de ahorro, de lo que tú quieras, la gente busca economizar”* (Rogelio, entrenador de Tae Kwon Do de 51 años). Sin embargo, algunos participantes no confiaban en los medicamentos genéricos, pues consideraban que *“no tienen el nivel de sustancia activa necesario para curar”* (Hugo, diseñador gráfico de 45 años).

Otra de las preguntas de la entrevista consistía en evaluar la percepción de la medicina científica que les habían proporcionado alguna vez en el IMSS. En este aspecto las opiniones de los participantes estaban polarizadas; mientras que quienes tenían una opinión positiva de la institución comentaron que son efectivos y de buena calidad; por



ejemplo, Gilberto (empleado, 35 años) mencionó: *“para quienes usan los servicios del IMSS, les han ayudado; por ejemplo a mi madre cuando estuvo internada [...] todo lo que le dieron le funcionó como si hubiera venido del mejor laboratorio, la sustancia activa es la misma”*; en cambio, quienes tenían una imagen negativa del IMSS, como Armando (vendedor de 26 años) opinaban *“recetan lo mismo”,* y que *“a veces llega alguien y no le dan los medicamentos necesarios”*.

La medicina científica es concebida como más segura que los otros dos tipos de medicina, pues esta idea está matizada por la experiencia en el uso de medicamentos de cada participante. Las opiniones negativas sobre la medicina científica son ocasionadas por la representación que hacen los medios de comunicación de aspectos que no pueden ser mediados por la experiencia directa de las personas, por ejemplo la idea de que los medicamentos son necesarios y seguros, pero los laboratorios que los fabrican *“hacen más daño, curan una parte, pero ‘friegan’ otra; es más grave lo que hacen los laboratorios y los corporativos médicos”* (Gilberto).

La medicina tradicional fue descrita con las siguientes ideas: sus efectos no son generalizables a toda la población, no les parece que sea *“algo muy eficiente”* (Diego) *“al final de cuentas todo el mundo cae con el médico, así que ni la homeopatía, ni la acupuntura son la panacea”* (Octavio); y es de fácil acceso, *“últimamente se ha utilizado mucho, porque el acceso es más fácil y gracias a la difusión que tiene hay acceso a medicamentos y terapias tradicionales”* (Armando).

A pesar de las connotaciones de ineffectividad, los participantes dijeron utilizar la medicina tradicional porque no hay que esperar para recibir el tratamiento; no representa gastos mayores; como es administrada en el ámbito privado y por recomendaciones de familiares, confían en la experiencia de quienes dan el remedio (abuelas y madres principalmente); en el caso de la quiropráctica y la homeopatía, confían en la especialización del terapeuta. En general los participantes mencionaron, aunque no dieron casos específicos, que en los medios masivos se dice que la medicina



tradicional es inefectiva, pero su experiencia personal les dice lo contrario y por eso continúan usándola.

Entre los tipos de terapias y remedios tradicionales que han utilizado por recomendación de familiares o amigos como complementaria a los tratamientos médicos están: los tés caseros para aliviar dolencias menores como gripes y problemas de indigestión; los participantes destacaron que siempre son preparados por la madre o la abuela con alguna receta tradicional de plantas de la región; también los han usado como técnicas preventivas antes de desarrollar una enfermedad más fuerte; la medicina homeopática la usan para problemas respiratorios; y la quiropráctica y masajes para dolores de espalda ocasionados por el estrés laboral.

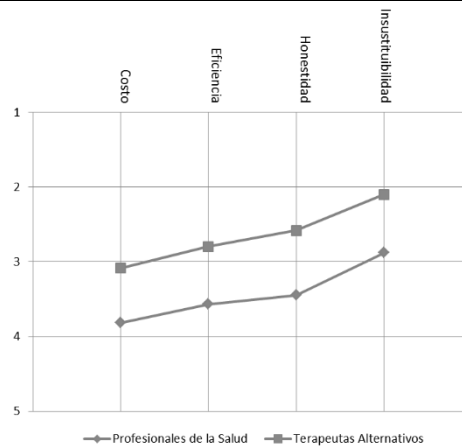
De los tres tipos de medicina, los productos milagro fueron los evaluados con significados negativos. Entre los adjetivos que los entrevistados atribuyen, a partir de la información de los medios de comunicación, que incluye también las campañas de publicidad, están: productos innecesarios, *“todos los nutrientes los encuentras en la comida”* (Diego); productos chatarra *“que no curan, y si estás enfermo de algo te atrasan más”* (Octavio); productos de baja calidad que por eso son baratos.

Aunque mencionaron que este tipo de productos son responsabilidad de quien los usa y *“si se venden sin receta médica, no pueden causar ningún daño en el organismo”* (Ernesto, empleado en supermercado de 29 años), creen que es necesaria más regulación de la publicidad de los productos frontera por parte de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) porque podrían contener ingredientes peligrosos, como opinó otro participante:

“Yo siento que deberían estar más controlados, porque sí hay medicamentos, por ejemplo para adelgazar, que te dicen que tiene una cosa y realmente no la tienen. No sé mucho, yo he oído casos de que tienen efedrina.” (Fernando, almacenista de 30 años)

El segundo grupo evaluado en la encuesta es el de las connotaciones asociadas a los profesionales de la salud y terapeutas alternativos. Los informantes asociaron más connotaciones positivas a los profesionales de la salud que a los terapeutas alternativos. Los médicos y enfermeras eran percibidos como más eficientes $M=3.6$ contra una $M=$ de 2.8, y más honestos $M=3.4$ contra una $M=2.6$; sin embargo, eran considerados como más costosos $M=3.8$ y ambos eran considerados como sustituibles $M=2.9$ y $M=2.1$ (Figura 2).

Figura 2: Significados asociados a los proveedores de salud



N= 400

Fuente: Elaboración propia

Las narrativas de los hombres entrevistados revelaron dos formas de construir los significados asociados a los proveedores de salud: por una parte la que surge de las representaciones en los medios de comunicación, y por otra la que surge de la experiencia personal, directa o compartida, mediante la comunicación interpersonal con personas cercanas.

Los significados contruidos con base en las representaciones mediáticas están relacionados con la artificialidad de la imagen. Octavio explicaba “los médicos y enfermeras que aparecen en los medios de comunicación pues son figuras para que se



vean bonitos y atentos”; *“es gente preparada, pero en realidad, lo que tú ves en la vida real, en cualquier clínica, es muy diferente”* agregó Rogelio; y para Ignacio *“se ven muy serviciales”*. A los médicos que aparecen en anuncios recomendando productos los perciben como *“falsos, inefectivos y que solo buscan promocionarse”* (Hugo, 45).

Aunque mediante estas representaciones, ya sea de los anuncios del IMSS y la Secretaría de Salud, o de productos farmacéuticos en los que aparecen médicos o profesionales en enfermería, tratan de generar una opinión positiva basándose en las cualidades de experiencia, amabilidad y buena apariencia, los hombres entrevistados no consideran que les afecte en su forma de percibir a los proveedores de salud en la vida real: *“porque al médico que te conoce y que te atiende, le tienes confianza”* (Octavio), además consideran que la retroalimentación que puede proporcionar el médico es más importante que su imagen.

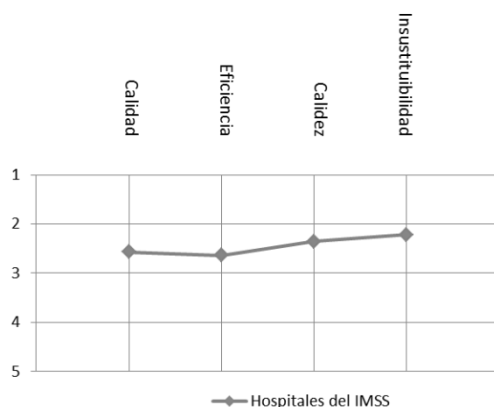
“De los que me atienden, a los que veo en televisión, son casos completamente distintos; en los medios el médico solamente da ciertas recomendaciones, pero sin que tú puedas hacer preguntas acerca del tema”. (Ernesto, 29 años)

Los significados construidos a partir del trato directo, o de las referencias que les hacen familiares y amigos a los entrevistados, tienden a las connotaciones positivas en torno a la confiabilidad, a la experiencia, el seguimiento de procedimientos clínicos y al ejercicio de la medicina por vocación, no por intereses económicos; pero van acompañadas de comentarios que enfatizan la prisa en los intercambios entre médicos y pacientes y a la falta de especialistas.

En la Figura 3 se muestra que los hospitales del IMSS locales eran percibidos por los informantes como sustituibles ($M=2.2$), fríos ($M=2.4$), ineficientes ($M=2.6$) y de baja calidad ($M=2.6$). Igual que en el caso de los proveedores de salud, los significados en torno a los hospitales locales fueron construidos basándose en los mensajes difundidos en los medios de comunicación y en las experiencias personales y opiniones compartidas con familiares y amistades.



Figura 3: Significados asociados a los hospitales locales del IMSS



N= 400

Fuente: Elaboración propia

Los entrevistados encontraron una disparidad entre la imagen presentada en los anuncios televisivos del IMSS, en donde se muestra a los hospitales como edificios modernos y bien equipados, y los centros hospitalarios del mundo real, que son los que ellos frecuentan. Mencionaron que existen hospitales de primera para “gente de primera” y para los demás, lo que toque. También se quejaron de la falta de personal que “no es suficiente para la demanda de derechohabientes” (Diego y Rogelio) y de igual manera del desabasto de medicamentos (Fernando).

Entre las opiniones positivas que expresaron sobre los hospitales locales, están las siguientes: que cuentan con personal con experiencia que atiende bien a pesar de las limitaciones del tiempo, y que los resultados de salud de las personas que se atienden ahí son buenos.

“Hicieron un buen servicio, fue desesperante que es tanta la gente que tienen que estuvimos esperando y esperando. El problema es la espera, ya no me quejo del trabajo que hicieron, mi mamá está bien, quedó bien, con movimiento. Saben su rollo, saben hacerlo muy bien, ya tienen mucha experiencia.” (Gilberto, 35 años)



Conclusiones

Con relación a los significados del sistema de salud, para los encuestados, la medicina científica tiene connotaciones más positivas que los otros tipos, pues es percibida como más segura, eficiente e insustituible. El único defecto que le encuentran es el alto costo de los medicamentos, lo que obliga a los hombres de la clase trabajadora a sustituir tratamientos convencionales por remedios tradicionales, que, aunque no les atribuyen un nivel de efectividad alto, los consideran económicos. Esto aparenta ser indicio de una preferencia por un modelo biomédico en la atención de la salud, generada a partir de información mediática, que también se evidenció en el hecho de que los informantes tienen una opinión más favorable de los médicos y enfermeras que de los terapeutas alternativos.

Mechanic (2005) argumenta que las noticias de salud, al hablar de las instituciones sanitarias, tienen un enfoque centrado en las denuncias de errores médicos y la falta de empatía de los administradores, en el rechazo a prestar servicios de salud a ciertas personas, o en las ineficiencias administrativas de las organizaciones de salud; de esa manera, los medios de comunicación han contribuido a la reducción de la confianza de los usuarios. Los temas más complejos, como las estrategias de administración, la legislación de salud y las evaluaciones al sistema de salud tienen menos cobertura, pues son de menos interés público.

En las series de tema médico, los hospitales son representados de manera idealista, casi glamurosa, con medicamentos y máquinas siempre disponibles para todo el mundo sin importar el costo; con un equipo de médicos de todas las especialidades siempre presentes; y en los que otros proveedores de salud como enfermeras, paramédicos, terapeutas alternativos y cuidadores no son necesarios. En esas representaciones también se minimiza el impacto de factores sociales, políticos o económicos en el funcionamiento de las organizaciones de salud y el acceso de los pacientes a los servicios médicos (Desde 1993 lo señalaba Signorielli y podríamos afirmar que no ha habido mucho cambio en dichas representaciones).





La representación de las enfermedades en las noticias, series y películas difiere de la forma en que las experimenta la población en general. Por ejemplo Signorielli (1993) señala que "casi nadie muere de muerte natural en la televisión" (1993, p. 6), las enfermedades comunes raramente son representadas, y lo mismo ocurre con los riesgos del medio ambiente y los ocupacionales. Las prácticas de salud de los personajes son poco realistas: son delgados a pesar de que comen alimentos poco saludables, tienen varias parejas sexuales, pero no sufren enfermedades de transmisión sexual, y beben cantidades excesivas de alcohol (Seale, 2002).

Los medicamentos alopáticos son representados como la solución rápida a todos los problemas de salud simples, complejos, individuales o públicos, tanto en los programas de ficción y las películas como en la publicidad, minimizando la importancia de otras estrategias de autocuidado, como la medicina preventiva y las terapias alternativas; sin embargo, también se presentan como peligrosos si son usados por médicos negligentes. Por otro lado, los científicos y las farmacéuticas que desarrollan los medicamentos, son a menudo criticadas en los medios de comunicación; son representados con frecuencia como villanos movidos por intereses económicos (Astudillo y Mendinueta, 2007; Wagner-Egger et al., 2011).

Como influencia estructural, la industria de la salud y las representaciones que se han construido en torno a ella en los medios de comunicación, han logrado implantar en la sociedad las ideas de que cualquier malestar tiene una solución farmacológica, y que todo defecto físico puede ser mejorado, corregido o disimulado con la intervención de la medicina científica y sus tecnologías. Como uno de los primeros teóricos sociales en comentar sobre este fenómeno del predominio del paradigma biomédico, Irving Zola (1972) utilizó el término "medicalización" como el proceso " en que la medicina asigna las etiquetas 'sano' y 'enfermo' a una parte cada vez más grande de la existencia humana" (p. 487).

A pesar de que cada vez se transmite en los medios una mayor diversidad de temas de autocuidado, prevalece el uso de definiciones biomédicas que basan los estados de



salud y enfermedad únicamente en la fisiología y excluyen otros puntos de vista como el de la medicina tradicional o el biopsicosocial. Para Ordóñez y Saiz (2011). En los medios de comunicación prolifera una infinidad de mensajes vinculados a medicamentos y tratamientos aparentemente milagrosos que sin mayores explicaciones sobre las repercusiones de su uso, las verdaderas causas de la enfermedad que pretende atacar, o los estilos de vida que se pueden cambiar para tener una mejor salud “instalan el consumo de productos, a partir del mecanismo de generar ilusiones y falsas expectativas” (p. 102).

Aunque en ciertas prácticas preventivas, no curativas, se mantiene el uso de remedios tradicionales administrados por las mujeres mayores de la familia, según esta investigación podría decirse que la heteroglosia del autocuidado es mantenida por las mujeres. Dado el nivel socioeconómico analizado cabía el supuesto que habría una preferencia de la medicina tradicional sobre la medicina científica, sin embargo otros factores socioculturales e históricos hacen que el paradigma biomédico sea más aceptado y tenga connotaciones más positivas como eficiencia, modernidad y seguridad.

La apropiación de la narrativa de la medicalización de la salud se presenta en las asociaciones entre autocuidado y consulta médica, y no con hábitos individuales e integración de estilos de vida saludables en las comunidades y la asociación entre el concepto "medicina" con productos farmacológicos.

Este tipo de perspectiva biomédica y medicalizante libera de responsabilidad a los individuos en sus prácticas de salud y en el cuidado de la salud de otros miembros de su familia, genera dependencia estructural en el sector salud (hospitales y seguridad social) como responsable del mantenimiento del bienestar de la población, y origina una visión simplista del fenómeno de la salud que resta importancia a los factores sociales, económicos, políticos y ecológicos.





Referencias

- Astudillo Alarcón, W. y Mendinueta Aguirre, C. (2007). The Cinema in the Teaching of Medicine: Palliative Care and Bioethics. *Journal of Medicine and Movies*, 3(1), 32-41.
- Balnaves, M. y Caputi, P. (2001). *Introduction to Quantitative Research Methods. An Investigative Approach*. Londres: Sage Publications.
- Berry, D. (2007). *Health Communication. Theory and practice*. New York: Open University Press.
- Corbetta, P. (2003). *Social Research. Theory, Methods and Techniques*. Londres: Sage Publications.
- European Commission. (2013, Julio 12). Borderline products. Recuperado de nd Consumers: <http://ec.europa.eu/consumers/sectors/cosmetics/cosmetic-products/borderline-products/>
- Garcés Villegas, N.A. (2007). *Normalización de productos milagro* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*. Berkeley: University of California Press.
- Hong, H. (2009). Scale Development for Measuring Health Consciousness: Re-conceptualization. En K.Yamamura (Ed.). *12th International Public Relations Research Conference* (pp. 212-233). Coral Gables, FL: University of Miami.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011 a). *Censo de Población y Vivienda 2010. Consulta interactiva de datos*. Recuperado el 10 de Abril de 2011, de http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=27770



- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011 b). *Sistema para la consulta de indicadores estratégicos, Infolaboral*. Recuperado el 10 de Abril de 2011, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/enoe/infoenoe/default.aspx>
- Ley General de Salud. Última Reforma DOF 04-06-2014. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- López Romo, H. (2009). *Los niveles socioeconómicos y la distribución del gasto*. México, D.F.: AMAI. Recuperado de: <http://www.amai.org/NSE/NivelSocioeconomicoAMAI.pdf>
- Mason, M. (2010). Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 11(3), Art. 8.
- Mechanic, D. (2005). The Media, Public Perceptions & Health, and Health Policy. *Houston Journal of Health Law & Policy*, 5, 187–211.
- Merton, R., Fiske, M. y Kendall, P. (1956/1998)]. Propósitos y criterios de la entrevista focalizada. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales* (1), 215–227.
- Ordóñez, M.A. y Saiz, L. (2011). Medios de comunicación y salud. Construir una democracia saludable. *Voces*, 2(7), 98–103.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005*. Ginebra: WHO.
- Parrott, R. (1996). Advocate or adversary?: The self-reflexive roles of media messages for health. *Critical Studies in Mass Communication*, 13(3), 266–278.
- Seale, C. (2002). *Media and Health*. Londres: Sage.
- Signorielli, N. (1993). *Mass media images and impact on health*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Thomas, R. (2006). *Health Communication*. New York: Springer.



Wagner-Egger, P., Bangerter, A., Gilles, I., Green, E., Rigaud, D., Krings, F., Staerklé, C. y Clémence, A. (2011). Lay perceptions of collectives at the outbreak of the H1N1 epidemic: heroes, villains and victims. *Public Understanding of Science*, 20(4), 461–476.

World Health Organization. (2005, Noviembre 9). What is a health system?

Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/28/en/index.html>

Zola, I.K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20(4), 487–509.