

**LA FORMACIÓN CIUDADANA A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE  
COMUNICACIÓN. LA TELEVISIÓN COLOMBIANA Y SU APOORTE A LAS  
CIUDADANÍAS EN SALUD**

**ALEJANDRO AGUDELO CALLE**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES**

**DIRECTOR: DARÍO BLANCO ARBOLEDA**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
MEDELLÍN**

**JULIO DE 2016**



## TABLA DE CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| TABLA DE CONTENIDO .....   | 3  |
| AGRADECIMIENTOS .....  | 9  |
| RESUMEN .....  | 11 |
| INTRODUCCIÓN.....  | 13 |
| 1. Presentación .....  | 13 |
| 2. La educación y la televisión en el origen de esta tesis.....  | 20 |
| 3. Los estudios sobre los medios .....   | 23 |
| 4. Breves apuntes sobre las ciudadanías de salud.....  | 25 |
| 5. Enfoque metodológico-conceptual.....  | 28 |
| 5.1. Supuestos de la tesis.....  | 32 |
| 5.2. Dimensiones globales y parciales del fenómeno.....  | 36 |
| 5.2.1. El mensaje televisivo.....  | 36 |
| Proceso de selección de los programas de televisión en salud y su análisis .....                                   | 37 |
| Selección de los canales colombianos con contenidos en salud .....   | 37 |
| Selección de los programas de salud .....  | 38 |
| Programas seleccionados.....   | 39 |
| Proceso de selección de un capítulo de cada programa para ver con las televidentes en la fase final de campo ..... | 41 |
| El estudio de los mensajes televisivos de salud a través del análisis textual .....                                | 42 |
| 5.2.2. Los productores y el proceso de producción de los contenidos televisivos.....                               | 45 |
| 5.2.3. Los televidentes-ciudadanos y sus procesos de recepción-apropiación en salud.....                           | 47 |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 5.3.   | Descripción del proceso metodológico.....                            | 49 |
| 5.3.1. | Las mujeres como público objetivo del proyecto .....                 | 49 |
| 5.3.2. | Proceso de selección de la muestra.....                              | 50 |
|        | Momento 1 .....  | 51 |
|        | Momento 2: etapa de profundidad .....                                | 54 |
| 5.4.   | Consideraciones éticas.....  | 57 |
| 6.     | La formación de ciudadanías en salud a través de la televisión ..... | 57 |
| 7.     | Descripción de los capítulos.....                                    | 58 |

## CAPÍTULO 1

### LA SALUD EN LA TELEVISIÓN COLOMBIANA: LA EXCLUSIVIDAD DEL ENFOQUE BIOMÉDICO ..... 64

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 1.     | Comunicación y salud: un campo de estudio .....   | 65 |
| 1.1.   | La comunicación: avances del modelo informacional al modelo relacional .....              | 68 |
| 1.2.   | Salud en el medio “omnipresente” que es la televisión. ....                               | 71 |
| 1.3.   | Géneros y formatos televisivos para tratar la salud .....                                 | 75 |
| 2.     | La presencia de la salud en la televisión colombiana (en los canales seleccionados) ..... | 79 |
| 2.1.   | Programas colombianos de los canales que no entraron en la muestra.....                   | 79 |
| 2.2.   | Programas en los canales seleccionados que no están en la muestra .....                   | 80 |
| 2.2.1. | Canal privado nacional Caracol.....   | 80 |
| 2.2.2. | Canal privado nacional RCN .....  | 82 |
| 2.2.3. | Canal departamental público Teleantioquia.....  | 83 |
| 2.2.4. | Canal local-municipal público Telemedellín .....  | 84 |
| 2.2.5. | Canal local-municipal privado Televid .....   | 84 |
| 3.     | Estructura y nociones en el mensaje en salud (en los programas seleccionados) .....       | 87 |
| 3.1.   | Descripción de la estructura narrativa de los programas de salud seleccionados.....       | 88 |
| 3.1.1. | Los Buenos Años .....   | 89 |
|        | Descripción Técnica .....   | 90 |
|        | Actores y roles.....  | 92 |
|        | Relaciones entre los actores .....  | 94 |
|        | Lenguaje de los actores.....  | 95 |
|        | Apertura de los episodios .....   | 97 |
|        | Apoyos audiovisuales y pedagógicos .....  | 98 |

|   |     |
|---|-----|
| Cierre de los episodios .....   | 100 |
| 3.1.2. Medellín Ciudad Saludable .....  | 102 |
| Descripción técnica .....   | 103 |
| Actores y roles.....  | 107 |
| Relaciones entre los actores .....  | 110 |
| El lenguaje de los actores.....   | 112 |
| Apertura de los episodios .....   | 115 |
| Apoyos audiovisuales y pedagógicos .....  | 116 |
| Cierre de los episodios .....   | 117 |
| 3.1.3. Sección de salud de Noticias Caracol .....   | 118 |
| Descripción técnica .....   | 119 |
| Actores y roles.....  | 120 |
| Relaciones entre los actores .....  | 122 |
| Lenguaje de los actores.....  | 123 |
| Apertura de los episodios .....   | 125 |
| Apoyos audiovisuales y pedagógicos .....  | 126 |
| Cierre de los episodios .....   | 127 |
| 3.1.4. Sección de salud de Noticias RCN .....   | 128 |
| Descripción técnica .....   | 129 |
| Actores y roles.....  | 131 |
| Relaciones entre los actores .....  | 134 |
| Lenguaje de los actores.....  | 134 |
| Apertura de los episodios .....   | 136 |
| Apoyos audiovisuales y pedagógicos .....  | 137 |
| Cierre de los episodios .....   | 138 |
| 3.2. Tendencias en las estructuras narrativas.....  | 139 |
| 3.2.1. Los presentadores entre expertos y legos. Relaciones y roles complementarios .....   | 139 |
| 3.2.2. Lenguaje coloquial y lenguaje experto: en juego la validez de la información .....   | 142 |
| 3.2.3. Llamar la atención para abrir los episodios .....                                    | 144 |
| 3.2.4. Apoyos audiovisuales y pedagógicos para facilitar la recepción-apropiación-acción .. | 145 |
| 3.2.5. La moralejas para cerrar los episodios.....  | 148 |

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 3.2.6. | Otras tendencias en los programas de salud .....   | 148 |
| 4.     | Nociones de salud en los programas televisivos analizados: temas, enfoques y destinatarios ... | 151 |
| 4.1.   | Medellín Ciudad Saludable .....  | 156 |
| 4.2.   | Los Buenos Años .....  | 159 |
| 4.3.   | Sección de salud Noticias Caracol .....  | 162 |
| 4.4.   | Sección de salud Noticiero RCN .....   | 166 |
| 5.     | Estrategias de legitimación y credibilidad de los mensajes de salud .....                      | 169 |
| 6.     | Tensiones en el mensaje de salud: lo comercial, lo educativo y el entretenimiento .....        | 174 |
| 6.1.   | Relación entre mercado y salud en los programas televisivos .....                              | 175 |
| 6.2.   | Las publicidades en los magazines televisivos regionales .....                                 | 180 |
| 6.3.   | La televisión pública y la mediatización de la oferta social gubernamental.....                | 183 |

CAPÍTULO 2 LA PRODUCCIÓN DEL MENSAJE TELEVISIVO: ENTRE LAS AGENDAS DEL CANAL Y LAS INTENCIONALIDADES DE LOS PRODUCTORES .....

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 190    |  |     |
| 1.     | Agendas e intereses en el origen de las agendas televisivas en el campo de la salud .....                      | 194 |
| 1.1.   | La salud se convierte en temática televisiva: su potencial económico, educativo y para el entretenimiento..... | 194 |
| 1.2.   | La selección de la agenda temática en salud .....  | 199 |
|        | Los procesos de selección de la agenda temática .....  | 201 |
| 1.2.1. | La incidencia de las televidentes en la agenda temática .....  | 206 |
| 1.2.2. | El rol de la medición del impacto en la construcción de la agenda temática.....                                | 208 |
| 1.3.   | Razones de la permanencia del programa en el tiempo .....  | 210 |
| 2.     | La producción del mensaje en salud.....  | 212 |
| 2.1.   | Noción de salud en los productores .....   | 212 |
| 2.2.   | La mujeres “amas de casa” como target de los programa de salud.....  | 214 |
| 2.3.   | Selección de los temas para los programas .....  | 217 |
| 2.4.   | Fuentes utilizadas en la producción de los contenidos en salud .....   | 226 |
| 2.5.   | Estrategias comunicativas.....   | 228 |
| 3.     | Experiencias e intencionalidades de los productores.....   | 235 |
| 3.1.   | Experiencias de los productores en el origen de su interés en los temas de salud.....                          | 235 |
| 3.2.   | Los productores y su relación con la televisión y con los programas de salud.....                              | 237 |
| 3.3.   | Lo que pretenden los productores con los programas de salud .....  | 238 |

|  |   |     |
|--|---|-----|
| 3.4.   | Las restricciones que enfrentan los productores.....  | 241 |
| 3.5.   | El programa ideal según los productores .....   | 242 |
| CAPÍTULO 3 LA RECEPCIÓN-APROPIACIÓN DE LOS CONTENIDOS TELEVISIVOS DE SALUD ..... |   | 248 |
| 1.   | Teorías de la audiencia .....   | 248 |
| 1.1.   | Teoría de los efectos .....   | 249 |
| 1.2.   | Teoría de los Usos y las Gratificaciones .....  | 251 |
| 1.3.   | Teoría de la recepción crítica .....  | 253 |
| 1.4.   | Teoría de la Audiencia Activa .....   | 254 |
| 1.5.   | Teoría de las mediaciones sociales .....  | 255 |
| 2.   | La recepción televisiva .....   | 257 |
| 3.   | la cotidianidad televisiva de las mujeres: caracterización e interacción con los programas de salud .....             | 260 |
| 3.1.   | Rutinas diarias de las mujeres.....   | 260 |
| 3.2.   | Las televidentes y su relación con la televisión .....  | 261 |
| 3.3.   | Las televidentes y su relación con los programas televisivos de salud.....  | 264 |
| 3.4.   | Nociones de salud de las televidentes .....   | 269 |
| 3.4.1.   | ¿Qué las motiva a estar saludable? .....  | 271 |
| 3.4.2.   | Fuentes de salud a partir de donde construyeron su noción de salud.....   | 273 |
| 4.   | Apropiación de los contenidos televisivos.....  | 274 |
| 4.1.   | Contenidos televisivos de los cuatro programas visionados por las televidentes.....                                   | 277 |
|  | Programa: Los buenos años. Tema: La hernia del núcleo pulposo.....  | 278 |
|  | Programa: el ABC de la salud, Noticias RCN. Tema: El uso del aceite de cocina .....                                   | 281 |
|  | Programa: sección de salud Noticias Caracol. Tema: navidad no es sinónimo de excesos y campaña sobre la pobreza ..... | 283 |
|  | Programa: Medellín ciudad saludable. Tema: el acceso a los servicios de salud en Belén. ....                          | 285 |
| 4.2.   | Factores que posibilitan la recepción desde las televidentes.....   | 292 |
| 4.3.   | Factores que posibilitan la recepción en salud desde la producción .....  | 297 |
| 4.4.   | De la recepción a las modalidades de apropiación de los mensajes de salud.....  | 302 |
| 4.4.1.   | Generación de intereses por adquirir o acumular conocimientos .....   | 303 |
| 4.4.2.   | Aumento o adquisición de conocimientos.....   | 303 |
| 4.4.3.   | Divulgación de los conocimientos adquiridos.....  | 305 |

|  |  |     |     |
|--|--|-----|-----|
| 4.4.4.   | Ampliación de conocimientos a partir de otros medios y personas.....   | 305 |     |
| 4.4.5.   | Adquisición o modificación de comportamientos .....  | 306 |     |
| <br>   |  |     |     |
| CAPÍTULO 4   |  |     |     |
| EL APOORTE DE LA TELEVISIÓN COLOMBIANA A LA FORMACIÓN CIUDADANA EN SALUD ..... |  |     | 310 |
| 1.   | El proceso comunicativo televisivo en salud: una síntesis de la producción, emisión de los mensajes y recepción..... | 311 |     |
| 2.   | Aportes de la televisión colombiana a las representaciones sobre la salud de las televidentes .                      | 323 |     |
| 2.1.   | La noción de salud en disputa.....   | 333 |     |
| 2.2.   | La noción de salud de los productores versus la que se concreta en los contenidos televisivos.....                   | 335 |     |
| 2.3.   | La noción de salud de las televidentes versus la promovida por la televisión .....                                   | 339 |     |
| 3.   | Aportes de la televisión a la construcción de la dimensión política de la salud.....                                 | 345 |     |
| 3.1.   | La salud como tema de interés público pero desprovisto políticamente.....  | 346 |     |
| 3.2.   | Ciudadanías en plural.....   | 351 |     |
| 3.3.   | Proceso comunicativo de la televisión y la formación de ciudadanías en salud .....                                   | 356 |     |
| 3.4.   | La televisión aporta en la faceta individual de la ciudadanía pero no en la institucional ....                       | 364 |     |
| 4.   | A modo de cierre.....  | 366 |     |
| <br>   |  |     |     |
| BIBLIOGRAFÍA.....  |  |     | 371 |



## AGRADECIMIENTOS

A Claudia Puerta Silva por todo el apoyo académico, motivacional y personal que tuvo desde mi formación en la maestría en Antropología hasta la culminación de este proceso de doctorado. Sin duda, sin su apoyo este camino hubiera sido (casi) intransitable: estuve en las mejores manos. Mi profesión de investigador y de docente se lo debo a ella.

A mi mamá y a mi abuela, las que le dan sentido a mi vida.

A mis asesores de tesis: Robert Dover (en la primera etapa del proceso) y a Darío Blanco por sus aportes y siempre buena y oportuna disposición.

A Natalia Urrea Arroyave por su acompañamiento constante y disciplinado. Fui afortunado de contar con su apoyo académico y laboral.

Al programa de investigación bilateral Ecos-Nord (Código V14H01) denominado “Citoyennetés plurielles, participation politique et genre”, el cual fue otorgado por la convocatoria Colciencias Colombia-Francia en 2013 con una duración de dos años.

Al Parque de la Vida, en especial a Edilson Bustamante, Greta Romero, Kelly Manosalva y Andrea Echeverri, por permitirme combinar el trabajo con el estudio y apoyarme en todo momento en este proceso formativo. Me hicieron la vida más fácil que una beca (que no tuve).

Al Grupo Recursos Estratégicos, Región y Dinámicas Socioambientales RERDSA del Instituto de Estudios Regionales y a su estrategia de Sostenibilidad del CODI por su apoyo económico. Mi formación académica e investigativa ha sido favorecida por este equipo de trabajo. Esta tesis se benefició de los avances en la línea de investigación de Bienestar y Desarrollo Sociocultural y nutrió la agenda del grupo sobre participación y configuración de ciudadanías.



## RESUMEN

Este estudio propone elementos descriptivos y explicativos que permiten comprender el proceso comunicativo televisivo y sus derivaciones en la formación ciudadana en salud. El proceso comunicativo da cuenta de la interacción entre actores que se relacionan, construyendo y deconstruyendo mensajes de formas diferenciales y particulares. Es un proceso en el cual se posibilita la configuración de sentidos en torno a la salud, de modo que quienes están del lado de la emisión promueven ciertos mensajes, mientras que quienes están al frente de la pantalla reciben, resignifican, apropian y transforman en acción dichos mensajes a partir de sus propios contextos, experiencias y conocimientos sobre la salud. De una manera no secuencial, más bien discontinua en el tiempo y en el espacio, los participantes del proceso comunicativo se influyen mutua y constantemente.

Para exponer y comprender el proceso comunicativo se abordan sus componentes: el mensaje, la emisión y la recepción-apropiación-acción, considerando que la televisión es el medio que posibilita la interacción. El mayor reto fue evidenciar la contribución de la televisión como medio a la formación ciudadana y, específicamente, de la emisión (producción de mensajes televisivos en salud), prestando especial atención a la apropiación y transformación de mensajes en acciones políticas.

El objetivo general de la tesis fue entender el proceso comunicativo televisivo para la formación ciudadana en salud, abordando la producción de contenidos y mensajes audiovisuales y centrándose en la recepción y la traducción en prácticas ciudadanas, con el fin de precisar el papel de este medio masivo en la configuración de ciudadanías en salud.

Los objetivos específicos fueron: establecer, mediante un análisis textual de medios, las tendencias, los formatos, los discursos, las audiencias, los horarios, de la programación relacionada con el ámbito de la salud, con el fin de conocer la importancia y la naturaleza del tratamiento del tema. A partir de este análisis, se buscó distinguir los conceptos y las prácticas relacionadas con la salud transmitidos audiovisualmente. El trabajo partió del estudio de dos programas de televisión del ámbito regional y dos secciones de salud de los noticieros de los canales privados.

Otro de los objetivos específicos fue determinar las formas de producción de los mensajes televisivos en salud, haciendo un énfasis en las intencionalidades o efectos deseados. También, identificar las formas de recepción-apropiación y los usos de los contenidos televisivos por parte de los televidentes-ciudadanos con el propósito de entender la apropiación de lógicas y prácticas constituyentes de ciudadanías en salud. Finalmente, se buscó analizar el proceso comunicativo en torno a la salud en la televisión, con el fin de reconocer su potencial como formador de ciudadanías en salud.

El análisis realizado evidencia el potencial de la televisión para la educación en salud y para la formación de ciudadanos, aunque en la actualidad su aporte es mínimo en este último aspecto con relación a la dimensión política de la ciudadanía. Siendo la televisión un medio privilegiado y masivo para la producción y circulación de representaciones sociales, al no abordar la dimensión política de la salud, está contribuyendo a una formación parcial de la ciudadanía. Aporta algunos elementos para el conocimiento y prevención de las enfermedades y promueve estilos de vida saludables (con un énfasis en el aspecto estético de la salud); no obstante, favorece la idea de que la salud es parte de la dimensión privada e individual de la vida social, concentrándose en responsabilizar a los individuos de su salud. En consecuencia, no favorece el debate público y político, pues contribuye a la invisibilización de la dimensión colectiva, económica, política y sociocultural de la salud de los ciudadanos.

## INTRODUCCIÓN

### 1. PRESENTACIÓN

Los medios de comunicación han determinado la vida cotidiana en las sociedades contemporáneas. Desde su inserción y desarrollo, estos han transformado radicalmente las formas en que se producen y se intercambian sentidos, actividad central en las relaciones humanas. La relación entre medios y sociedad es tan estrecha en la actualidad que hay autores que la vienen planteando en términos de dependencia (Ball-Rokeach & DeFleur, 1976). Otros, como Martín Barbero (Martín Barbero, 2002), afirman que habitamos en un ecosistema comunicativo que, al igual que el ecosistema biológico, establece un escenario vital de interacciones, en este caso interacciones sociales caracterizadas por estar conformadas por seres que se alimentan de lo simbólico.

Precisamente es aquí donde reside en gran medida la importancia y el poder de los medios de comunicación: en su capacidad natural de producir y reproducir símbolos y representaciones de la realidad social (Castells, 2009). En este sentido se han convertido en las fuentes desde donde se configuran buena parte de las significaciones en las dimensiones políticas, económicas y culturales. Desde sus mensajes, como diría Rincón, pasan las representaciones más significativas de la sociedad que habitamos y los símbolos más comunes sobre sí mismos y nuestros colectivos (O. Rincón, García, & Zuluaga Trujillo, 2008).

Sin duda uno de los temas más representados en los mass media es la salud. La salud, desde la perspectiva que se le mire, es un tema de interés general y una de las preocupaciones históricas en todas las sociedades, pues constituye un valor social y cultural permanente. Actualmente la salud, como lo afirma Obregón (Rafaél Obregón Gálvez, 2010) ha venido

convirtiéndose en un tema central para los gobiernos, los organismos internacionales de promoción y prevención de la salud, las instituciones prestadoras del servicio de salud, los medios de comunicación y, en general, para ciudadanos y el sector empresarial.

Ahora bien, los medios de comunicación, en especial, han sido unos abanderados de este tema. La relación entre estos y la salud data desde mediados del siglo XX, cuando se produjo un cambio de concepción sobre la definición de salud. La salud, desde la mirada biomédica, fue entendida por mucho tiempo como ausencia de enfermedad. Solo a partir de mediados del siglo pasado se empieza a entender como un estado que abarca, no solo lo físico, sino también lo psíquico y social, es decir, la salud se entiende desde una perspectiva bio-psico-social. Esta nueva concepción tuvo gran impacto en las formas de entender la salud pública.

Uno de los principales promotores de este cambio de concepción fue el Ministro de Salud y Bienestar de Canadá, Marc Lalonde. En 1974, Lalonde presentó un informe, producto de una investigación, llamado *A New Perspective on the Health of Canadians*, en el que sentenció que el sistema sanitario no podía garantizar la salud de los ciudadanos por sí solo, razón por la cual criticaba la política de salud de la época que invertía la mayoría del presupuesto en este rubro. Según Lalonde, existían otros determinantes con mayor efecto en la salud pública que el sistema sanitario, ellos son: medio ambiente, estilos de vida y biología humana. En el informe se le dio, incluso, unos porcentajes que mostraban la importancia de cada uno de estos determinantes (19%, 43%, 27% respectivamente). Al sistema sanitario le dio solo un 11%.

Una década después de la socialización de este informe, y como producto de él, se realizó la primera conferencia mundial sobre promoción de la salud en Ottawa, Canadá. El resultado del encuentro fue un documento llamado la Carta de Ottawa, en el que se plasmó la definición de promoción de la salud: “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud, para que la mejoren” (UIPES, 2003)<sup>1</sup>. A partir de

---

<sup>1</sup> Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES): La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Informe para la Comisión Europea elaborado por la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Parte Uno: Documento base. Versión española traducida, adaptada y editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, 2003.

esta noción se construyeron 5 grandes estrategias que proponían, entre otras cosas formar, informar, educar y desarrollar habilidades y competencias en individuos y comunidades para permitir un mayor control sobre las condiciones de la salud y la calidad de la vida.

En este contexto, los medios de comunicación se convirtieron en un aliado fundamental para materializar las estrategias acordadas en la Carta de Ottawa, pues se reconocía su capacidad de cobertura y como herramienta potente para transmitir información de salud. Según Obregón (Rafael Obregón Gálvez, 2010), los medios juegan un rol fundamental en la definición de agendas públicas sobre salud, en la prestación de servicios de salud de mejor calidad, en la promoción de comportamientos saludables y en la facilitación de procesos que conduzcan al ejercicio de los derechos ciudadanos en salud.

Desde entonces, la salud se ha venido consolidando como tema en los diferentes medios de comunicación los cuales se han convertido, según diversos estudios que serán abordados a lo largo de esta tesis, como una de las principales fuentes de información de salud, casi a la par de la familia, y muy por encima de otras fuentes tradicionales y modernas como el personal de servicios de salud, matronas, médicos alternativos, entre otros.

Un subcampo del conocimiento, como lo llama Obregón, que ha venido reflexionando, formulando y aplicando estrategias en torno a la relación salud y medios es, precisamente, la comunicación para la salud. Según Beltrán, este subcampo puede ser definido desde su sentido general o ideal, desde el proceso social y desde el ejercicio profesional. En la primera, la comunicación para la salud “consiste de la aplicación, planificada y sistemática, de instrumentos de comunicación social al logro de comportamientos de la población compatibles con sus necesidades de bienestar y con las finalidades de servicio expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública” (Beltrán Salmón, 1998, p. 19).

En la segunda, la comunicación para la salud se entiende como “... el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, tanto tradicionales como modernos como herramientas de apoyo al fomento de comportamientos colectivos funcionales al logro de los objetivos de los servicios de salud pública” (Beltrán Salmón, 1998, p. 19). Y en la

tercera, la comunicación para la salud es el uso de los diferentes medios de comunicación – masivos, tradicionales, alternativos, digitales, etc.– como instrumentos de apoyo para alcanzar los objetivos propuestos en materia de salud individual y colectiva.

Este contexto de la comunicación para la salud favorece el auge que tiene el tema de la salud en los medios, concebidos como sus instrumentos. Uno de esos instrumentos, y sobre el cual se enfocará esta tesis, es la televisión. Este medio de comunicación ha venido jugando un papel central en el proceso informativo en salud y ha sido señalada como una herramienta vital en la educación en salud de los ciudadanos (Kubey & Csikszentmihalyi, 1990; Singhal & Rogers, 1999). Se ha establecido, por ejemplo, que los programas televisivos en salud, incluyendo las campañas, han logrado concientizar sobre los problemas de salud, inducir el cambio de actitudes y conductas y promover la búsqueda de información (Rideout, 2008). La relación entre la televisión y la salud ha sido abordada por los estudios de comunicación sobre la salud: promoción de la salud (Parra & Oliva, 2004); mensajes de salud en la televisión pública (Comfer, 2007) y la salud pública (Rafael Obregón Gálvez, Vega Casanova, & Lafaurie Molina, 2003).

En Colombia, la televisión es un medio de comunicación ampliamente utilizado. De hecho, la Autoridad Nacional de Televisión (Antes Comisión Nacional de Televisión) asevera que este medio es el más usado: el “85,3% de los hogares tienen televisión a color: el 92,2% en el área urbana (en 2005 era de 90,9%) y en el 61,7% en el área rural” (Comisión Nacional de Televisión CNTV, 2010)<sup>2</sup>.

La televisión colombiana ha venido abordando el tema de la salud desde las últimas tres décadas del siglo XX y, en la última década, la presencia de este tipo de contenido ha aumentado. Este aumento ha tenido mayor intensidad en la última década y se ha reflejado en el incremento diversos géneros y formatos televisivos. Telenovelas, talk show, magazines y secciones de salud en los noticieros han sido preponderantes. Los programas de salud han estado presentes tanto en canales públicos como privados, nacionales y regionales.

---

<sup>2</sup> En vista de que esta Comisión Nacional de Televisión se está liquidando, la fuente oficial más reciente sobre este tipo de datos proviene del 2010.



Por otro lado, hay estudios que indican que la salud es uno de los temas más demandados por las audiencias televisivas (Bonilla & Cadavid Bringe, 2004a); ello va en sintonía con la necesidad de información que tienen los ciudadanos sobre temas de salud en los diversos ámbitos: estilos de vida saludable, alimentación, espacios públicos para realizar prácticas saludables, prevención de la enfermedad, información sobre el sistema de salud, deberes y derechos en salud, entre otros. Lo anterior porque las sociedades de hoy requieren conocimientos útiles para propiciar actitudes encaminadas a provocar, como lo afirma Beltrán, prácticas favorables al cuidado de la salud individual y colectiva (Beltrán Salmón, 1998).

Ahora bien, en el contexto de múltiples fenómenos que afectan la salud pública en Colombia, como el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad –sobre todo en los últimos años–, el abuso de bebidas alcohólicas, el sedentarismo, el tabaquismo, los hábitos alimenticios poco saludables, el aumento de enfermedades cardiovasculares y el aumento de enfermedades crónicas<sup>3</sup>, por mencionar solo algunos, se requiere de personas informadas sobre estos temas que les permita tomar decisiones saludables.

A lo anterior se le suma la crisis actual del sistema de salud colombiano, crisis que se evidencia, entre otras cosas, en la utilización en la última década por parte de los usuarios-ciudadanos de mecanismos constitucionales de protección de derechos fundamentales para hacer valer sus derechos en salud. Incluso, como afirman algunos estudios, entre ellos los de la Personería de Medellín, la Acción de Tutela –uno de aquellos mecanismos– se ha convertido en la actualidad en un “prerrequisito de trámite” para acceder a los servicios de salud (Personería & Universidad de Antioquia, 2011). En la actualidad, podría decirse que el sistema de salud ejerce múltiples violencias sobre los ciudadanos colombianos (Puerta Silva & Agudelo Calle, 2016), de lo cual, uno de los indicadores más contundentes es la instauración cada hora al día de una Acción de Tutela para proteger y restaurar el derecho a la salud (Personería de Bogotá, 2008).

---

<sup>3</sup> Algunas cifras que preocupan. ElTiempo.com, tomando como fuente ENSIN 2010 - Estudio Nacional de Psicoactivos 2008 - OMS - Instituto Nacional de Cancerología - Corporación Nuevos Rumbos. Disponible en <http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARCHIVO/ARCHIVO-10372225-0.pdf> (consultado el 15 de mayo de 2013).

Así pues, en este escenario de aumento de la incidencia de enfermedades prevenibles y de violencias del sistema, la información sobre las diferentes dimensiones de la salud (la individual, la política, la económica, etc.) resulta central para el proceso de formación ciudadana. Por tal razón, es necesario comprender cómo la televisión informa, representa y promueve la salud desde sus múltiples y variados formatos y géneros y cuándo los mensajes televisivos, a partir de la recepción-apropiación, se transforman en acciones favorables para la salud y, eventualmente, en acciones políticas.

Al respecto, la literatura especializada ha mostrado que la relación salud y televisión, como objeto de estudio, ha sido analizada desde diferentes frentes, en especial desde los análisis de discurso y de contenidos. Este trabajo busca ir más allá y analizar no solo el mensaje televisivo en salud, sino también comprender la producción –incluidos los productores de dichos mensajes– y la recepción-apropiación-acción por parte de la audiencia.

La audiencia en la que se enfocó esta tesis fue la mujer televidente de programas expuestos en horarios de la mañana, medio día y tarde. La elección de esta población se basó en investigaciones previas desarrolladas<sup>4</sup> y asesoradas<sup>5</sup> por quien escribe. En ellas se identificó que los programas televisivos en salud estaban dirigidos y enfocados hacia las mujeres. Esta información fue confirmada por los productores de algunos de los programas que se seleccionaron para analizar. Igualmente la literatura especializada mostró la relación histórica entre mujeres y salud que existe en las sociedades occidentales, que es reforzada a su vez por el direccionamiento que le dan los canales y productores a los programas en salud. Más adelante en esta introducción se amplía esta elección metodológica.

Así las cosas, el presente estudio propone elementos para comprender el proceso comunicativo televisivo y sus posibles derivaciones en la formación ciudadana en salud. Para

---

<sup>4</sup> Las investigaciones se mencionarán en la siguiente sección: La educación y la televisión en el origen de esta tesis.

<sup>5</sup> Trabajo de grado finalizado de Alexis Hernández Salazar titulado: La salud en la televisión: representaciones sobre la salud, la enfermedad y el oficio médico en la sección de salud de noticias caracol. Una lectura desde la antropología. Programa de Antropología, Universidad de Antioquia, 2015. Trabajo de grado en antropología en curso de Natalia Urrea sobre Mujer y recepción televisiva en salud de la misma Universidad.

ello, primero aborda los mensajes televisivos sobre salud, mediante un análisis textual de medios, una identificación de las tendencias en formatos y géneros, estructuras narrativas, temáticas, enfoques, entre otros, con el fin de develar las nociones de salud emitidas por los programas seleccionados. Segundo, se concentra en la producción de contenidos y mensajes audiovisuales sobre salud, mediante entrevistas a profundidad a productores y presentadores, logrando establecer los intereses y agendas que determinan los enfoques, las fuentes desde las cuales se construyen los contenidos, las condiciones de los canales y las intencionalidades que tienen productores y presentadores y las tensiones que estos viven por las condiciones y presiones de los canales y las lógicas televisivas.

Y tercero, se centra en el proceso de recepción, para lo cual se hicieron series de entrevistas a profundidad con televidentes. A partir de este conjunto de testimonios y narrativas de las televidentes fue posible detallar el proceso que va desde la recepción, pasando por la apropiación y resignificación de contenidos, hasta la eventual traducción en acciones tendientes al cuidado o recuperación de la salud o en acciones o ejercicios ciudadanos. Se identificó en la historia de vida de las mujeres los aspectos o factores que posibilitaban o limitaban el interés y la comprensión de los contenidos televisivos, así como aquellos factores en su experiencia que definían marcos interpretativos para apropiar dichos contenidos. También, desde su punto de vista, fue posible establecer qué factores de la producción de los programas favorecían la recepción de los mensajes por parte de las televidentes.

Finalmente, pero tal vez uno de los retos metodológicos más complejos de esta tesis, fue comprender cuáles mensajes tenían un potencial de aplicación en la vida cotidiana de las televidentes y, de ser así, cómo y cuándo ellas lo traducían en acciones, ya sea para el cuidado o recuperación de la salud, la transformación de comportamientos, la ampliación y transmisión de los mismos, o para, centro de interés de esta tesis, accionar políticamente, revelando el aporte de la televisión a su formación ciudadana.

En resumen, esta tesis busca aportar a la comprensión de los procesos comunicativos que tienen como medio, la televisión, medio central en la vida contemporánea, y verificar su rol no solo para la educación en salud, sino para la formación ciudadana.

## 2. LA EDUCACIÓN Y LA TELEVISIÓN EN EL ORIGEN DE ESTA TESIS

La presente tesis es el resultado de la línea de investigación en formación ciudadana y medios que he venido desarrollando hace 11 años aproximadamente. Durante mi formación como comunicador social, comencé a interesarme por la relación entre televisión, educación y ciudadanos. La universidad donde realicé el pregrado tenía un énfasis: comunicación-educación. Este enfoque puso mi mirada sobre el papel de los medios como formadores de ciudadanos.

El medio de comunicación que mayor impacto tenía en este ámbito era –y sigue siendo– la televisión. Autores como Jesús Martín Barbero y Guillermo Orozco, muy cercanos a mi formación profesional, así lo confirmaban. Por ello mi trabajo de grado se tituló: “Una propuesta de educación en televisión”. Recuerdo que nuestra pregunta inicial con la que comenzamos con mi compañero de este proceso de investigación fue: ¿Qué cambios tiene que hacer la televisión para ser más cercana al interés público y menos al interés comercial? Efectivamente, y de acuerdo con los debates sobre comunicación-educación de la época, la respuesta no solo estaba en los medios sino en las audiencias. Por ello decidimos, mejor, enfocarnos en la alfabetización televisiva, pues ver televisión, así como leer un libro, requiere de unas competencias de decodificación y de interpretación. Un televidente crítico puede cambiar las formas de hacer televisión, concluimos. De este modo, el trabajo de grado tuvo como uno de sus propósitos centrales educar en televisión a través de una serie de talleres que podrían ser utilizados por cualquier profesor para trabajar con sus estudiantes.

Quise continuar con este tema durante mi maestría en Antropología, pero no fue posible porque ninguno de los asesores que tenía el programa contaba con la experticia o el interés. Los medios no eran objeto de estudio en las investigaciones de antropología de la época. Por ello, decidí poner mi mirada en otro tema: la salud, en el marco de un proyecto financiado por el Comité de Investigación para el Desarrollo de la Investigación CODI, de la Universidad de Antioquia, y titulado: “El fortalecimiento de la participación social en salud mediante TIC y otras estrategias educativas”, e inicié una nueva línea en formación ciudadana: la participación en salud.

Esta nueva línea de investigación hace parte del esfuerzo del grupo Recursos Estratégicos, Región y Dinámicas Socioambientales Rerdsa, adscrito al Instituto de Estudios Regionales Iner, de la Universidad de Antioquia, en su línea de trabajo Bienestar y Desarrollo sociocultural. En alianza con otros grupos y conformando equipos multidisciplinares ha trabajado en los últimos años desde la antropología, la comunicación social y la ciencia política y, más recientemente, se han hecho alianzas con investigadores de la Facultad de Medicina y Salud Pública, y con la Universidad de Los Andes y la Universidad de Ciudad del Cabo, en Sudáfrica.

Durante este proyecto confirmé que la comunicación, como diría Kaplún (2001), no es un mero instrumento mediático y tecnológico, sino, ante todo, una herramienta pedagógica. Desde entonces vengo combinando los campos de la comunicación, vista como lo hace Kaplún, y la salud, que desembocó en otra investigación titulada “La televisión y su aporte a la construcción de ciudadanías en salud”, también financiada por el CODI.

El estudio tuvo como objetivo principal, identificar el aporte de la televisión a la información y formación en salud, mediante un análisis de medios complementado por un acercamiento etnográfico a la recepción de los contenidos por parte de televidentes de Medellín, con el fin de precisar el papel de este medio masivo de comunicación en la construcción de ciudadanías en salud.

La investigación, de carácter cualitativo y exploratorio, pretendió aportar algunas pistas a la identificación del rol que la televisión juega hoy en la configuración de ciudadanías en salud: 1. los contenidos en salud que ofrece la televisión colombiana; 2. los formatos y lenguajes con mayor apreciación por parte de los televidentes; y 3. las mediaciones que condicionan la recepción y apropiación de dichos contenidos, que puedan servir a la configuración de ciudadanías en salud.

Allí se pudo evidenciar que en los últimos años han aumentado los programas de salud en Colombia, tanto en los canales nacionales como en los locales y regionales, públicos y privados. Este aumento se debe, entre otras cosas, al interés por parte de algunos productores

de brindar herramientas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a los televidentes. Esto ocurre tanto en los canales públicos como en los privados.

En la investigación se pudo avanzar en la identificación de los canales y los formatos televisivos que han tratado el tema de la salud en Colombia. Se avanzó en la comprensión del lenguaje audiovisual, así como en el análisis de los contenidos televisivos. También, hubo un acercamiento a las formas de producción en salud, así como de los intereses que mueven a los productores. Finalmente, hubo un avance, aunque en menor medida, en las lógicas de recepción de los contenidos en salud. En este sentido, se identificaron algunos factores que intervienen en la interpretación de los contenidos audiovisuales<sup>6</sup>.

Si bien se lograron unos resultados exploratorios que dan cuenta de la relación entre productores y televidentes-ciudadanos en torno al contenido televisivo de la salud, la investigación mencionada permitió entender que este fenómeno debía abordarse, no analizándose cada dimensión por aparte (producción, contenidos/formatos televisivos y recepción), sino como un proceso de comunicación en el que los productores y televidentes ciudadanos interactúan activamente a través del contenido televisivo.

La presente tesis busca entonces ahondar en dicho proceso comunicativo, haciendo un énfasis especial en los procesos de recepción, es decir, en la forma cómo los televidentes están interpretando el mensaje audiovisual, para poder determinar si la interpretación se está traduciendo –o no– en prácticas ciudadanas en salud. La tesis da continuidad a la línea en mención, y continúa en la comprensión de los procesos de formación ciudadana, sobre todo en el complejo campo de la salud. También profundiza el fenómeno de la producción y recepción de los contenidos televisivos en salud, poco estudiado en Colombia, pero tan necesario su aporte a la apropiación de prácticas favorables al cuidado de la salud individual y colectiva y acciones ciudadanas que incidan en el desempeño del sistema de salud y transformen las políticas públicas existentes.

---

<sup>6</sup> De esta investigación se retomaron algunos testimonios para el presente estudio. Esto se ampliará en la sección metodológica.

### 3. LOS ESTUDIOS SOBRE LOS MEDIOS

Hay muchas razones para estudiar los medios de comunicación y las formas en que los ciudadanos interactúan con ellos. Como se mencionó al inicio, los medios son fundamentales para mantener el orden que se ha establecido en la sociedad contemporánea. Dice Isaiah Berlin, citado por Silverstone (Silverstone, 2004), que debemos estudiarlos como parte general de la “textura de la experiencia”. Esta expresión, en palabras de Silverstone, “alude a la naturaleza fundada de la vida en el mundo, a los aspectos de la experiencia que damos por sentado y que deben sobrevivir si pretendemos vivir juntos y comunicarnos unos con otros...” (Silverstone, 2004).

Hoy los medios de comunicación son parte de la textura general de la experiencia, razón por la cual su estudio permite comprender las formas en que estos participan en la vida social y cultural a través de sus diversas representaciones de la realidad. Representaciones que, como indica Rincón (O. Rincón et al., 2008), dejaron de registrar la realidad para pasar a producirla, crearla. Su estudio, entonces, permite develar sus intereses y las formas en que modelan la vida cotidiana de sus audiencias.

La televisión, en este sentido, debe ser estudiada debido a que es el medio más presente en las vidas e imaginarios de los ciudadanos contemporáneos. Si bien el estudio de la televisión se ha sofisticado teóricamente en las últimas décadas como lo señala Abu-Lughod, “son etnográficamente débiles, ya que se preocupan poco por dar sentido a las vidas y preocupaciones de la gente que consume los medios de comunicación” (Abu-Lughod, 2006). Esta tesis pretende aportar a este vacío desde el análisis, no solo de los textos televisivos, sino también de quienes los producen y de quienes los reciben y apropian.

Como ya se ha dicho, entre los temas que aborda la televisión, la salud ha venido ocupando un espacio importante. La salud engloba y atañe a todas y cada una de las actividades ciudadanas. Un ciudadano informado sobre las opciones de salud individual y colectiva será un ciudadano que demandará servicios médicos de calidad, espacios saludables para su uso, promoverá políticas saludables, utilizará los servicios de manera más eficiente,

sabr  controlar la salud propia y la de sus  rculos cercanos. En suma, ejercerá una ciudadanía en salud.

Es en este sentido que el estudio de los medios masivos, principalmente la televisión con contenidos en salud, es pertinente para comprender el proceso comunicativo producido por y en la interacción entre quienes producen los contenidos televisivos en salud y quienes los reciben, teniendo como escenario los mensajes televisivos. Principalmente, dado el contexto colombiano de morbilidad relacionada con el ambiente y los estilos de vida, agravado por el desempeño deficiente del sistema de salud en lo que concierne la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y las violencias que ejerce sobre los ciudadanos en cuanto a la atención y la calidad de los servicios.

Ahora bien, con respecto a los productores, como se abordará en el segundo capítulo, no se encontraron estudios en los que se ocuparan de comprender el proceso de producción de los mensajes de salud en televisión. Los productores, como agentes constructores de contenido, no son analizados, incluso, en otros estudios de televisión. Se analiza el mensaje o el contenido mediático pero, como se verá en dicho capítulo, muy poco sobre quienes lo producen.

Por otro lado, con referencia a la recepción de los contenidos de salud, como se verá más con más detalle en el capítulo tres, muchos de estos estudios son de carácter cuantitativo y no permiten entender cómo la audiencia se apropia y usa la información para mantener o mejorar sus condiciones de salud o la de sus grupos cercanos.

En esta introducción no se expondr  el estado del arte de la literatura revisada para su elaboración, pues en cada capítulo se da cuenta del panorama existente y del aporte que esta tesis hace a este campo de estudio. Se reitera el abordaje integral que esta tesis hace de todo el proceso comunicativo a diferencia de la mayor parte de estudios, complementando diferentes estrategias metodológicas propias de la comunicación y la antropología.

En esta tesis se argumenta que no es posible identificar ni explicar la incidencia de la televisión en la apropiación y resignificación de representaciones sobre salud, ni demostrar su



participación en la formación ciudadana, sin entender el proceso comunicativo en el que ella es medio. De modo que no es posible hablar de la producción y reproducción de sentidos, así como tampoco es posible hablar de las dinámicas políticas que son propiciadas y de los ejercicios ciudadanos derivados de las interacciones comunicativas entre los actores involucrados, sin abordar todas las dimensiones del proceso comunicativo televisivo. Siendo la salud un tema público por excelencia, que compete a actores institucionales como a ciudadanos del común y que involucra conocimientos expertos y “legos” en la configuración de las representaciones que sobre ella se ciernen, así como la responsabilidad que asumen los actores al abordar un tema de la esfera pública, siendo así, la salud es estratégica para la sociedad, comenzando en primer lugar por el Estado y siguiendo con los ciudadanos mismos, el sector empresarial, organizaciones no gubernamentales y los mismos medios de comunicación.

Aunque el proceso comunicativo televisivo en salud de por sí ya se caracteriza por su naturaleza política –se disputan representaciones, se convierte en un campo hegemónico sobre ellas, no participan de la misma manera todos los actores, etc.–, en esta tesis interesa especialmente comprender cómo aporta la televisión al campo de la salud, pero sobre todo cuándo ella contribuye a la formación ciudadana. Esto implica entender el proceso mediante el cual la audiencia se apropia de los contenidos de salud y los traduce en acciones políticas.

#### **4. BREVES APUNTES SOBRE LAS CIUDADANÍAS DE SALUD**

En el marco de la línea de investigación y de proyectos conjuntos y colaboraciones, se ha concluido que la participación en salud es concebida desde la legislación como parte del ejercicio ciudadano: es un derecho al mismo tiempo que un deber. Se supone que debería ser apropiada por los ciudadanos en todas sus interacciones con el sistema de salud a través de los múltiples espacios y mecanismos establecidos institucionalmente. Desde este punto de vista, la participación es promovida por las instituciones y en la mayoría de los casos se sitúa en un nivel bajo de incidencia, especialmente el de la información y eventualmente el de la consulta o recolección de información. Pocas veces mencionan modalidades de participación en el ámbito de la planeación. En la literatura se estableció que estar afiliado a un régimen de aseguramiento y hacer uso de los servicios son de por sí formas de participación en el sistema (Delgado

Gallego, Vásquez Navarrete, Zapata Bermúdez, & García, 2005; Delgado Gallego & Vásquez Navarrete, 2006)<sup>7</sup>.

Sin embargo, la participación en salud concebida y ejercida por las personas es en general situacional o coyuntural. Los detonantes de la participación en salud no tienen que ver con una apropiación de la idea de ciudadanía, sino más bien con situaciones dramáticas y por ello tienen una dimensión emocional importante. La apropiación de la idea de participación institucional se revela en el uso de la palabra “derecho” en las argumentaciones que hacen los usuarios en el momento de ejercer acciones consideradas como participación. Pero, se trata de una apropiación parcial que se utiliza como argumento legible para las instituciones y no encuentra resonancia con la motivación situacional y emocional de dicha acción de participación. Adicionalmente, dado que el detonante tiene que ver con una situación dramática (algún tipo de negación del servicio, por ejemplo), la modalidad de participación más activada es adversarial (Acción de Tutela, Derecho de Petición, queja). Desde estos hallazgos se podría decir, por un lado, que desde las instituciones y sus funcionarios no hay un reconocimiento de modalidades cotidianas de participación (aquellas no institucionalizadas) y, por otro lado, que los ciudadanos asumen la participación como acciones concretas que los involucran momentáneamente en procesos de información, consulta y defensa de sus derechos.

Así, la motivación para la participación se centra en la aplicación de la norma por parte de las instituciones y en los esfuerzos que éstas hagan para promover entre sus usuarios la utilización de los espacios y mecanismos de participación disponibles. Por su parte, el ejercicio de la participación entendida como derecho y como deber, como acción continua de los usuarios en diferentes ámbitos de las políticas públicas y del desempeño del sistema de salud, depende en gran medida del poco o mucho conocimiento que tengan los usuarios de los

---

<sup>7</sup> Este y algunos de los siguientes párrafos provienen del proyecto “La televisión y su aporte a la construcción de ciudadanía en salud”, financiado por el Comité para el Desarrollo de la Investigación CODI 2012 y liderado por el autor de esta tesis. Los párrafos están editados con base en los intereses actuales y los otros miembros del equipo de investigación estuvieron de acuerdo en que sirvieran al propósito de esta tesis en tanto lo continúa. Contó con la participación de Claudia Puerta Silva, Alexander Hernández Marín, Yesenia Gómez Jaramillo, Alexis Hernández y Marilly Rendón.

mecanismos y espacios de participación institucionales, de las capacidades que tengan para hacer uso de dichos mecanismos y de los espacios de participación, y del tipo de situación/evento que detone la necesidad de participación (Dover & Puerta Silva, 2008); en resumen, de la comprensión de la salud como un asunto público que requiere participación de todos los actores.

De modo que es necesario trascender la concepción limitada de la participación como la implicación de las personas en espacios y mecanismos institucionales aparentemente democráticos y efectivos. En anteriores investigaciones se abogó por que las políticas públicas fortalecieran la prevención y la promoción de la salud, retomando una visión más amplia de la participación, al incluir los comportamientos y los actos cotidianos que inciden en la salud individual y colectiva, así como el accionar político en múltiples modalidades (Puerta Silva & Agudelo Calle, 2012). Sin embargo, en la actualidad con la medicalización del sistema de salud y la carencia de educación política, la mayoría de las personas no tienen los recursos informativos ni comunicativos ni burocráticos suficientes para configurar una cultura política alrededor de sus derechos en salud, ni para concebir que la corresponsabilidad y los comportamientos saludables son parte de una ciudadanía en salud. Por ciudadanías en salud se comprenderá, de manera preliminar, las movilizaciones, acciones y prácticas, tanto colectivas como individuales, que son guiadas por unas lógicas y motivaciones particulares en el campo complejo de la salud y que configuran su dimensión política. Se les aborda en plural, pues son varias las modalidades de acción política y varios los niveles de formación ciudadana. Esta noción de ciudadanías en salud se vio ampliada por los resultados de esta tesis como se presenta en el cuarto capítulo.

En este orden de ideas, es necesario entender los procesos de formación ciudadana en un país como Colombia por su historia particular en este ámbito, en especial en la contemporaneidad y en zonas urbanas. La historia de la ciudadanía en Colombia ha sido incipiente y reciente, ello porque, entre otras cosas, no pasó por un Estado de bienestar, el cual implica unos ciudadanos formados en la lógica de los derechos al tiempo que en la lógica de un Estado que facilita o resuelve los problemas básicos de los ciudadanos.

En cambio los ciudadanos han configurado una relación con el Estado plena de intermediados y basada en lógicas de tipo clientelistas (Celedón & Noé, 2000; Delgado Gallego et al., 2005; Dover & Puerta Silva, 2008; Echeverri, 2008; Molina & Ramírez, 2013; Vargas J & Molina M, 2009). La apertura democrática y todas las reformas posteriores, particularmente del sistema de salud, generan un espacio relacional sin precedentes entre el Estado y los ciudadanos (Agudelo Calle, 2009a).

Es posible clasificar la participación y los ejercicios ciudadanos en tres perspectivas: 1. Todos los mecanismos institucionalizados de participación relacionados con la participación de todos los usuarios en comités, juntas de hospitales, comités territoriales, defensoría del usuario fueron enunciados en el artículo 1 de la Ley 10 de 1990 y el artículo 154 de la Ley 100 de 1993 y fueron reglamentados por el Decreto-ley 1298 de 1994, el Decreto 1757 de 1994 y, más recientemente en la Ley 1751 del 16 de febrero del 2015. 2. Una modalidad adversarial (acciones de protección y restitución de derechos) que tiene su origen en las barreras en el acceso a los servicios y la mala calidad de ellos, lo que se ha llamado violencias del sistema de salud (Puerta Silva & Agudelo Calle, 2016). 3. La comprensión de que el ejercicio ciudadano de participación se observa también en la vida cotidiana cuando los sujetos contribuyen con sus acciones a mantenerse sanos, contribuyendo así a la sociedad (Porter, 2011; Puerta Silva & Agudelo Calle, 2012). Dada esta formación reciente e incipiente en el campo de la salud, se justifica conocer entre las fuentes posibles de formación ciudadana, cómo es el aporte de la televisión, tal y como se ha justificado antes.

## **5. ENFOQUE METODOLÓGICO-CONCEPTUAL**

La presente tesis se ubica en la escuela y el paradigma interpretativo, pues se parte de que la realidad social es “construida” a través de los significados que le otorgan los actores sociales. Se centra, además, en la subjetividad en tanto procesos de significación que permiten la comprensión de los “fenómenos”; y enfatiza los métodos de construcción, reconstrucción y elaboración de significados desde la perspectiva de los propios interlocutores (Krause, 1995). Este enfoque metodológico es pertinente para dar cuenta del proceso de producción y recepción televisiva de los televidentes-ciudadanos como resultado de un proceso

comunicativo iniciado a partir de los programas de salud colombiano a través de sus productores.

En la actualidad, los medios de comunicación, en especial la televisión, han tenido un rol central en la construcción de identidades, lógicas y prácticas sociales. Las ciudadanías en salud hacen parte de este fenómeno. Por ello, para comprender el aporte de este medio audiovisual a la formación de ciudadanías en salud y las maneras en que los televidentes-ciudadanos interactúan y reciben-apropian tales contenidos, se hizo uso de técnicas propias de la comunicación social y de la antropología.

En este sentido, se asumió el llamado de Singhal y Rogers hacia el pluralismo metodológico (Tufte, 2007), utilizando dos métodos para analizar los aportes de la televisión a la formación ciudadana en salud: 1. el análisis textual y 2. la etnografía de audiencias. El enfoque asumido aquí fue de tipo cualitativo e interpretativo, retomando partes de las propuestas analíticas y metodológicas de Guillermo Orozco y Lila Abu-Lughod, quienes han desarrollado una forma integral para acercarse al objeto de estudio en cuestión.

Orozco recuerda que la pregunta predominante en los primeros años de investigación sobre la relación televisión-audiencias fue: ¿Qué hace la TV con su audiencia? Dice el autor que “esta pregunta, formulada dentro del modelo de Efectos de los Medios, ha buscado precisamente indagar acerca de los efectos de la TV, tanto para potenciar los positivos (por ejemplo, área de tecnología educativa), como para desenmascarar su impacto negativo (investigación crítica)” (Orozco Gómez, 1996). Este tipo de modelo se enfocaba en solo uno de los elementos del proceso comunicativo, en este caso los contenidos televisivos.

Una segunda manera de comprender esta relación se fue al otro extremo. El protagonista del proceso comunicativo ya no sería el emisor –la televisión–, sino el receptor –la audiencia–. La pregunta central que iba a direccionar las investigaciones fue: ¿Qué hace la audiencia con la TV? A este tipo de enfoques se le conoce como pertenecientes a la teoría de los Usos y las Gratificaciones, la cual busca entender por qué las personas usan los medios y cómo construyen sentido. Los medios, aquí, se acomodan al gusto del televidente, satisfaciendo

sus necesidades. La versión latinoamericana de esta corriente estuvo a cargo, principalmente, de Martín-Barbero (1986-87) y González (1987), quienes la nombraron como el Uso Social de los medios. No obstante, como lo señala Orozco, ambas representan dos caras de la misma moneda (1996).

Una tercera forma de comprender el fenómeno surge en los 80 y se mantiene hasta el momento, aunque, como señala el autor, con diferentes matices. La pregunta central ya no apunta a darle protagonismo a alguno de los involucrados en el proceso comunicativo o a entenderlos por separado, sino a comprenderlos de una manera más integral: ¿Cómo se realiza la interacción entre TV y audiencia? Se entiende entonces que la relación TV-audiencia es interactiva y hace parte de un proceso: el proceso comunicativo. Esta corriente es llamada por Orozco como el Enfoque Integral de la Audiencia. “El Enfoque Integral de la Audiencia (Jensen, 1987; Orozco, 1991), que recoge aspectos de modelos anteriores, pero también de otras corrientes teóricas como la de los Estudios Culturales y la del Análisis de Textos, es la perspectiva dentro de la cual se ha desarrollado un tipo de investigación cualitativa que trata de explorar el proceso de la televidencia y desde ahí entender y relacionar sus distintos enfoques” (Orozco Gómez, 1996, p.78).

Este “Enfoque Integral” para comprender la relación comunicativa entre TV y audiencia también es mencionado por la antropóloga Lila Abu-Lughod, quien afirma que la etnografía no la ha abordado de manera contundente. Pareciera existir un “rechazo etnográfico”, una “resistencia a estudiar la televisión” (Abu-Lughod, 2006). Al contrario, se ha concentrado en concebir al ser humano contemporáneo como consumidor en el contexto de la economía globalizante del capitalismo, entonces, consumidor de bienes y servicios. Pero la etnografía se encuentra hoy con el reto de trascender sus tradicionales “objetos de estudio”, universos poblacionales limitados territorial o culturalmente. Ahora bien, según Silverstone (1994),

Una investigación sobre la audiencia debería ser una investigación no sobre un conjunto de individuos preconstituidos o de grupos sociales rígidos definidos, sino sobre un conjunto de prácticas y discursos cotidianos dentro de los cuales se sitúe el complejo acto de ver televisión y a través de los cuales este mismo acto complejo se constituye (citado en Abu Lughod, 2006, p. 122).

En este orden de ideas, la etnografía fue muy útil para “comprender el significado de la televisión como un elemento omnipresente en las vidas e imaginarios de la gente del mundo contemporáneo” (Abu Lughod, 2006, p. 121). Omnipresente en la medida en que no solo es la casa, el lugar donde se interactúa con la pantalla, sino también en otros espacios como bares, universidades, bancos, centros comerciales y demás espacios públicos y privados.

La pertinencia de la propuesta de esta antropóloga para esta tesis es que va más allá de la comprensión de los complejos procesos de recepción –procesos de televidencia, para utilizar los términos de Orozco– y afirma que es necesario entender, además, la “vida social de la televisión”, esto es “los nodos que se interrelacionan en ella”. Los nodos a los que ella hace referencia involucran tanto los mensajes televisivos y su recepción, así como los procesos de producción de los mensajes audiovisuales y la lógica política, económica, cultural y social de quienes producen esos mensajes.

Es necesario aclarar que la etnografía, en este estudio, ha sido asumida como enfoque, más no como técnica exclusiva de generación de datos, en el sentido expresado por Guber: “...como enfoque la etnografía es una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros (entendidos como «actores», «agentes» o «sujetos sociales»” (Guber, 2001). Así las cosas, en tanto enfoque, la etnografía permite entender prácticas y discursos desde el punto de vista de productores y televidentes (proceso comunicativo), pero también permite abordar los niveles y modos de apropiación de los contenidos televisivos, así como los factores que intervienen en la recepción de los mensajes de salud. El enfoque etnográfico será operacionalizado por medio de entrevistas y observación a televidentes y productores.

Visto así, más que técnicas específicas de generación de datos, o como práctica exclusiva de investigación, la etnografía como uno de los enfoques, permitió tener un acercamiento mayor al fenómeno desde la mirada de los directamente implicados: productores y televidentes, así como de sus contextos socioculturales.

Abreviando, se tomaron los enfoques propuestos por el comunicólogo Guillermo Orozco y la antropóloga Lila Abu-Lughod. De Orozco se asumió la postura según la cual la pregunta que más se acerca al fenómeno de la recepción televisiva es ¿Cómo se realiza la interacción entre TV y audiencia? De esta manera, se evitó darle peso o protagonismo a alguno de los elementos que hacen parte del proceso de comunicación y se entendió, sobre todo, dicho proceso como una interacción. De Abu-Lughod se retomó su propuesta de entender dicha interacción a partir de la comprensión de la “vida social de la televisión”, en la que hay otros “nodos” que deben ser incluidos para comprender el fenómeno de manera más integral y se complementó este enfoque etnográfico para abordar no solo la vida social de la televisión, sino el proceso de configuración de estilos de vida y de prácticas ciudadanas en el campo de la salud en el marco del proceso comunicativo de la televisión.

### **5.1. Supuestos de la tesis**

La tesis partió de cuatro supuestos: 1. la televisión tiene potencial educativo en salud, 2. el televidente es activo, es agente y significa y apropia los contenidos televisivos, 3. los productores tienen unas intencionalidades –y a la vez restricciones– económicas, ideológicas y pedagógicas y 4. la configuración de estilos de vida y prácticas ciudadanas en el campo de la salud se nutre entre otros medios de información y formación de contenidos televisivos.

Con respecto al primero, como ya se mencionó, la televisión se puede considerar como una herramienta con potencial para la formación ciudadana. Los resultados de la investigación “La televisión y su aporte a la formación de ciudadanías en salud” (Agudelo Calle et al., 2012) muestran que los programas con contenidos de salud de la televisión colombiana sí aportan, sobre todo en los ámbitos de la prevención de la enfermedad y definiciones enciclopédicas de estas. Lo anterior no significó desconocer la producción televisiva que tiene como finalidad la venta de productos o lo que se puede denominar como contenidos comerciales sobre salud.

Igualmente se partió de que quien está al frente de la pantalla no es un sujeto pasivo que acepta los mensajes audiovisuales sin ningún filtro. Esto queda claro en la definición que Orozco hace de los televidente: “los televidentes, entendidos como sujetos socioculturales,



históricamente situados y condicionados de múltiples maneras” (Orozco Gómez, 1996). Así pues, el televidente, como lo afirma el autor, “no nace, se hace”, y se hace a través de su relación con el medio televisivo y con su medio sociocultural. De la condición sociocultural del televidente (estrato, escolaridad, edad, género...) y, se añade en esta tesis, de sus experiencias, dependerá que este acepte, modifique o rechace la intencionalidad del mensaje.

Para comprender la televidencia, como nombra Orozco al proceso complejo de la recepción televisiva, no es suficiente observar y analizar el momento de interacción de los contenidos televisivos, también se debe incluir en el proceso de la televidencia el antes y el después. Se tuvieron presentes, además las expectativas educativas de los televidentes. Dice Fuenzalida al respecto, que la audiencia tiene expectativas educativas cuando ve televisión. Estas son diferentes en cada televidente y “cambian con las edades, herencia y memoria cultural disponibles, accesibilidad a bienes culturales, balance entre ocio y trabajo, encierro en el hogar, etc. Están, en fin, íntimamente imbricadas con los estados del ánimo de los habitantes del hogar” (2005, p. 26). En suma, partir de que el televidente es activo, requiere reconocer la implicación de todos los procesos acontecidos antes, durante y después de la interacción comunicativa que se da entre televidente y televisión en la formación de ciudadanos en salud.

Finalmente, para acercarse al fenómeno de la recepción fue vital indagar por quienes construyen el texto audiovisual, pues son ellos (productores, presentadores, directores) quienes, a partir de unos intereses económicos, políticos, pedagógicos, entre otros, y con restricciones, construyen unos mensajes particulares. Comprender tales intereses permitió aclarar los procesos comunicativos de aquella “vida social de la televisión”. O en palabras de Abu-Lughod:

... necesitamos hacer etnografías de la producción de medios. Los programas televisivos son producidos no sólo por especialistas de un estatus social diferente del de los espectadores sino también por profesionales de clase social diferentes (frecuentemente urbanos en vez de rurales, con identidades y lazos sociales nacionales y a veces transnacionales) que trabajan dentro de estructuras de poder y organizaciones que están ligadas a intereses nacionales y comerciales y que están haciendo el trabajo para las empresas de televisión. Para una verdadera descripción densa necesitamos encontrar la forma de interrelacionar estos diversos nodos de la “vida social de la televisión” (Abu-Lughod, 2006, p.123).

Se preguntó aquí sobre qué tipo de representación de la salud se está reproduciendo y promoviendo desde la producción y qué tipo de estilos o comportamientos está promocionando e influenciando. Esto en el marco de los múltiples intereses que mueven a quienes producen los contenidos en salud, sobre todo los intereses económicos, que son los que sostienen los programas televisivos. Se partió de considerar que la televisión es una empresa que busca mantenerse y sobresalir en el mercado, y desde allí construye sus mensajes.

Por otra parte, los enfoques teóricos que se utilizaron en esta tesis (los cuales se desarrollarán en cada capítulo) fueron: la comunicación entendida como un proceso interactivo. Si bien la relación televisión-televidente ha sido comprendida, sobre todo en los primeros estudios como una relación asimétrica y unidireccional, el uso y deconstrucción de los contenidos audiovisuales por parte de la audiencia ha mostrado que existe una interacción, interacción que no pasa necesariamente por la retroalimentación. Es decir, ya no es posible afirmar que para que haya comunicación debe haber una relación recíproca entre emisor y receptor de un mensaje. La comunicación, entonces, se entiende ahora como una interacción en la cual ambos actores del proceso comunicativo construyen y deconstruyen el mensaje de formas diferenciales y particulares, y no necesariamente en temporalidades secuenciales.

Visto así, otro enfoque que va en línea con el anterior marco analítico es entender la recepción televisiva como el proceso de configuración de sentidos, de tal modo que quienes están al frente de la pantalla son actores activos y participativos del proceso comunicativo. Esta forma de comprender los procesos de recepción está basada en autores latinoamericanos cuyo anclaje teórico-conceptual proviene de la corriente de los estudios culturales.

La antropología, como enfoque, permitió involucrar la idea de “la vida social de la televisión”, entendiendo que el proceso televisivo en salud no se agota en una mera interacción, sino que hace parte de un entramado social y cultural más amplio que determina, en gran medida, las formas cómo se producen y se intercambian los sentidos, en este caso, los sentidos en torno a la salud. Tanto quien produce los contenidos como quienes lo reciben hacen parte de unos entramados culturales que enmarcan los conocimientos sobre salud de

formas particulares. Así pues, entender la relación televisión-televidentes es entender la vida social de la televisión.

Una de las discusiones más interesantes que se llevó a cabo para esta tesis se centra en la noción de mediaciones, concepto central en el análisis de la recepción desde Latinoamérica. Entendida como el lugar desde donde se le otorga sentido a la comunicación, las mediaciones permitieron visibilizar la complejidad del fenómeno de la recepción. Si bien aquí se tuvo en cuenta dicha noción, no se aplicó como ha sido propuesto por Martín Barbero, Orozco y otros. Se complementó con la idea de que al interior de dichas instancias o marcos de interpretación, existen factores diferenciadores al interior de las mediaciones, o por fuera de ellas, que posibilitan o limitan la recepción.

En efecto, se encontró que dichos factores provienen tanto de las mediaciones propias de la recepción, pero también son del campo de la producción. En el primer caso, son factores diferenciadores de la teleaudiencia que comparte instancias de sentido como la edad, el género, la escolaridad, la religión, el entramado cultural, etc.

De este modo se indagó por las experiencias y trayectorias de las televidentes alrededor de la salud –y particularmente con el sistema de salud–, sus historias televisivas –o “la vida social de la televisión” con respecto a cada mujer–, su cercanía y comprensión de prácticas políticas como la participación, la movilización social, etc. y, entre otras, eventos experienciales que las interesaron o acercaron a la preocupación por conocer sobre su salud y la de sus seres más cercanos. En este último punto, se ilustra de manera contundente la relación que se pudo establecer cualitativamente entre el hecho de ser madre y su preocupación por la salud de su o sus hijos/as, o aquella entre la vivencia de un evento de salud por ella misma o por alguien cercano.

En el segundo caso, como será mejor desarrollado en los capítulos 3 y 4, hay factores relacionados con el formato y el género de los programas, los lenguajes y recursos didácticos, las características del o de la presentadora, etc. que atraen, facilitan, apelan al interés de las mujeres televidentes.

De modo que dichos factores permiten confirmar lo que varios autores ya han esbozado: no solo por la agencia propia de la teleaudiencia hay una interacción televisiva y, en esa medida, una producción e intercambio de sentidos diferenciado. Esta teleaudiencia diferenciada es en su origen definida por estos factores diferenciadores al interior de las mediaciones que, a su vez, se conectan con factores de la producción televisiva, cuya imbricación particular propicia o deriva en recepciones diferenciadas. Fue posible incluso, identificar en cada caso cuáles de estos factores tenían más peso que otros al momento de la recepción y en el momento de la traducción a acciones. Este análisis es expuesto a partir de la comprensión de las modalidades y factores de apropiación en el capítulo 4.

## **5.2. Dimensiones globales y parciales del fenómeno**

La dimensión global del presente fenómeno apunta a entender el proceso comunicativo televisivo en temas ligados a la salud, abordando la producción de contenidos y mensajes audiovisuales y centrándose en la recepción, la apropiación y la traducción de dichos contenidos y mensajes en prácticas ciudadanas, con el fin de precisar el papel de este medio masivo de comunicación en la formación de ciudadanías en salud.

A continuación se desglosará tal dimensión global en dimensiones parciales, es decir, se analizará cada una de las dimensiones por separado –la televidencia o recepción, la emisión de contenidos televisivos y la producción de televisión– para luego comprender sus conexiones, esto es, el proceso comunicativo. También se describirá la relación que existe entre las dimensiones parciales con los objetivos específicos del proyecto, las técnicas utilizadas y los interlocutores que hicieron parte de la muestra.

### **5.2.1. El mensaje televisivo**

Las preguntas de este estudio se pretenden abordar desde tres perspectivas o mejor desde tres dimensiones del fenómeno: 1. Los contenidos y mensajes a través de los programas de televisión colombianos con contenido en salud. 2. La producción y sus actores: productores, presentadores y directores de los programas de televisión con contenidos en salud. 3. La recepción y sus actores: mujeres televidentes de dichos programas en Medellín.

## **Proceso de selección de los programas de televisión en salud y su análisis**

Con el propósito de establecer las tendencias, los formatos, los discursos, las audiencias, los horarios de la programación relacionada con el ámbito de la salud en la televisión colombiana, se inició un proceso de cinco pasos para determinar los canales y los programas que entrarían en la muestra.

- Selección de los canales colombianos con contenidos en salud
- Selección de los programas de salud
- Grabación de los programas
- Proceso de selección de un capítulo de cada programa para ver con las televidentes en la fase final de campo
- Análisis de los programas televisivos

### ***Selección de los canales colombianos con contenidos en salud***

En Colombia hay cinco canales nacionales, dos de ellos son privados (RCN y Caracol) y tres estatales (Señal Colombia, Señal Institucional y Canal Uno). Igualmente existe un abanico bastante diverso de canales regionales entre públicos, privados y comunitarios. En Antioquia, por ejemplo, hay seis canales, cinco de ellos con sede en Medellín. Ante este panorama tan amplio, los criterios para seleccionar los canales que entraron en la muestra fueron los siguientes: que fueran programas colombianos, que trataran temas de salud, que fueran emitidos por canales públicos y privados, nacionales y regionales-locales. Así mismo, se tuvieron en cuenta dos factores más: Rating y canales mencionados por interlocutores en investigaciones anteriores desarrolladas por el autor de la tesis.

Según un estudio de la Comisión Nacional de Televisión de 2010, en Medellín la audiencia de canales se distribuye de acuerdo a su porcentaje así: mayor audiencia Canal RCN, seguido de cerca por el Canal Caracol; en tercer lugar se encuentra TeleAntioquia, en sexto

lugar, después de dos canales de TV cerrada (internacional), se sitúa TeleMedellín y, por último, en el lugar 15, Señal Colombia (Comisión Nacional de Televisión CNTV, 2010).

En sintonía con este estudio, la mayoría de los interlocutores indagados en dos investigaciones desarrolladas por el grupo Rerdsa del Instituto de Estudios Regionales de la Universidad de Antioquia –de las cuales hice parte–, así lo confirmaron<sup>8</sup>. Al preguntárseles sobre los canales por los cuales se enteran sobre temas de salud, respondieron con los ya mencionados. Solo el canal Televid, que no aparece en la lista de la Comisión Nacional de Televisión –ahora llamado Autoridad Nacional de Televisión–, fue señalado en repetidas ocasiones, razón por la cual se decidió incluirlo.

Se seleccionaron, finalmente, cinco canales de televisión nacional, de acuerdo a los criterios mencionados, y se escogió uno de sus programas. A continuación, los que entraron a la muestra:

- Canales nacionales privados: RCN y Canal Caracol
- Canal departamental público: Teleantioquia
- Canal local-municipal público: Telemedellín
- Canal local-municipal privado: Televid

Es de aclarar que, en un principio, se optó por incluir también al canal nacional público Señal Colombia, sin embargo, debido a que al momento de realizar la selección de los programas este no contaba con contenidos de salud en su parrilla, decidió excluirse.

### ***Selección de los programas de salud***

Una vez seleccionados los canales, se continuó con la elección de los programas. Estos programas debían cumplir básicamente dos criterios: 1. que fueran diversos en cuanto a géneros y/o formatos televisivos y 2. que fuera el programa con mayor contenido en salud del canal. Para comprender mejor la oferta televisiva en salud de los canales, se diseñó una ficha

---

<sup>8</sup> El título de las investigaciones fueron: Fortalecimiento de la participación social en el Régimen Subsidiado de salud mediante TIC y otras estrategias educativas (mayo 2008 – agosto 2010) y La televisión y su aporte a la construcción de ciudadanías en salud (febrero – septiembre 2012).

que permitió caracterizarlos. Los ítems tenidos en cuenta fueron: título del programa, año de primera emisión, canal, días de emisión (frecuencia), horario, duración, creador, productor (es), presentador, reparto, lema, formato (noticiero, telenovela, talk show, magazín, etc.), público objetivo, temas, breve descripción del programas, premios, sitio Web, rating. Una vez analizadas estas características se determinó los programas que entraron en la muestra.

### ***Programas seleccionados***

Los programas que cumplieron con los criterios enunciados más arriba, fueron:

- La sección de salud del noticiero Noticias Caracol (emisiones de la mañana y el medio día)
- El ABC de la salud, sección de salud del noticiero RCN (emisiones del medio día)
- Los Buenos Años, del canal Televid
- Medellín Ciudad Saludable, del canal Telemedellín

Grosso modo, pues se hablará con mayor detenimiento de estos programas más adelante, se escogieron las dos secciones de salud de los noticieros del medio día –y algunos de la emisión de la mañana– de los canales públicos privados. Las dos secciones de salud tienen una duración cada una de 2 minutos aproximadamente, y son transmitidas toda la semana. Noticias Caracol utiliza una médica para presentar la sección, mientras que RCN usa las presentadoras para realizar una introducción al tema, que es desarrollado como una nota o VTR. Ambos espacios llevan varios años al aire.

El programa “Los Buenos Años” es un magazine que se ha venido consolidando a través de los años en la población adulta mayor. Está dedicado a tratar temas enfocados en las enfermedades óseas y musculares desde sus definiciones, tratamientos, cuidados y formas de prevenirlas. Se transmite, en diferido, tres días a la semana. Es presentado por un fisioterapeuta.

“Medellín ciudad saludable” es un magazine patrocinado por la Secretaría de Salud de Medellín y es transmitido en vivo de lunes a viernes a las 11AM. La presentación está a cargo de una médica y un presentador. El programa es financiado por la Secretaría de Salud. Por ser un

programa en vivo la participación del público es su razón de ser, pues tienen como función simular un consultorio audiovisual, en palabras de sus realizadores.

Una vez se seleccionaron los canales y los programas, se grabaron, con comerciales incluidos, durante 2 meses. La fecha de las grabaciones fueron: desde noviembre 14 de 2013 hasta enero 17 de 2014. En total se grabaron 104 programas; 12 de Los Buenos Años, 23 de Las Tres Gracias, 19 de Medellín Ciudad Saludable, 25 de la sección de salud del noticiero Noticias Caracol (emisiones de la mañana, 13, y el medio día, 12), y 24 de El ABC de la salud, sección de salud del noticiero RCN (emisiones de la mañana, 10, y del medio día, 15).

En el caso de las secciones de salud de los noticieros, se grabaron también todas las otras secciones, esto con el fin de comprender la relación entre el tema de salud con el de política, economía, deportes y entretenimiento. Se entendió entonces que la salud hace parte de un discurso más amplio que supera la sección misma.

Es de aclarar que los programas Medellín Ciudad Saludable y Los Buenos Años salieron del aire temporalmente las dos últimas semanas de diciembre de 2013 y la primera semana de enero de 2014 por vacaciones. Por esta razón, la muestra de estos programas fue menor a comparación con las secciones de salud de los noticieros privados nacionales RCN y Caracol<sup>9</sup>.

Se decidió grabar primero los programas, y no verlos en tiempo real con las televidentes, para poderlos analizar y entender mejor sus discursos; de esta forma se identificaron los datos importantes para usarlos en el diseño de los instrumentos que se aplicaron a las interlocutoras.

---

<sup>9</sup> Los programas serán referenciados mediante el siguiente orden: nombre del programa, día, mes y año de la emisión. Ejemplo: (Medellín Ciudad Saludable, 20 de diciembre de 2014). Solo las emisiones del programa Los Bueno Años no incluirá el día y el mes exacto de la emisión. Esto debido a un error que se tuvo a la hora se registrar e inventariar las emisiones. Se grabaron los programas pero se perdió el material donde estaba el día y el mes de la emisión. Razón por la cual se referenciará así: (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).



***Proceso de selección de un capítulo de cada programa para ver con las televidentes en la fase final de campo***

Después de haber sido analizados todos los capítulos de los programas que se grabaron, se seleccionaron cuatro de ellos para verlos con las televidentes. Los criterios que se tuvieron en cuenta fueron los siguientes:

- Diversos en cuanto a sus formatos.
- Diversos temáticamente.
- Que hubiesen capítulos en los que se desarrollara una sola temática y capítulos en los que se desarrollara más de una temática.
- Que las temáticas fueran de interés variado para las televidentes, es decir, que fueran de un interés alto para algunas y de interés bajo para otras<sup>10</sup>.
- Que el desarrollo de los temas fuera variado en cuanto a profundidad, es decir, temas con alto, medio y bajo nivel de profundidad.
- Que hubiese temas con las que las televidentes estuvieran de acuerdo y temas con las que no estuvieran de acuerdo<sup>11</sup>.
- Que el lenguaje utilizado para explicar las temáticas fuera técnico y/o más cercano a las televidentes.
- Variados en cuanto al uso de recursos didácticos como videos, imágenes, multimedia, etc.
- Que el concepto de salud se abordara desde varias perspectivas: desde la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la participación, el consumo, la estética, el sistema de salud, etc.

Los temas tratados en estos programas fueron:

- Medellín ciudad saludable: “El acceso los servicios de salud en Belén”
- Los Buenos Años: “La hernia del núcleo pulposo”
- Sección de salud de Noticias Caracol. “Cómo tener una novena saludable”

---

<sup>10</sup> Esto era conocido porque ya se habían realizado las entrevistas con las televidentes que tenían como propósito conocer su historia de vida televisiva y su relación con la salud.

<sup>11</sup> Ver pie de página anterior.

- El ABC de la salud, sección de salud del noticiero RCN: Usos correctos del aceite de cocina

La ampliación y el análisis de estos programas se verá en los primeros tres capítulos. Se decidió sacar de la muestra, para esta segunda fase, al programa Las Tres Gracias por considerarse que sus mensajes, en el periodo de grabación, contenían cada vez menos secciones de salud, y cuando las tenía, se promovían productos estéticos asociados a la salud. En suma, los temas de salud disminuyeron al punto de tener poco material para el análisis.

### **El estudio de los mensajes televisivos de salud a través del análisis textual**

El tipo de análisis que se le realizó a los programas fue el “análisis textual”. El análisis textual es una herramienta cualitativa que permite comprender los contenidos televisivos desde su sentido global. Reconoce los contenidos como textos audiovisuales que movilizan configuraciones mucho más complejas, construyen mundos propiamente dichos, que tienden a amalgamar las diferentes indicaciones ofrecidas y a abarcar toda la realidad representada.

Como bien lo expresan Casetti y Di Chio, “el análisis textual desplaza su atención hacia los elementos concretos del texto y hacia los modos en que dicho texto se construye, a la vez que extiende su atención al modo de interpretar su significado en un sentido global, de valorizar, los temas de los que se habla y las forma de enunciación de su propio discurso” (Casetti & di Chio, 1999). A diferencia del análisis de contenido, instrumento muy utilizado desde la primera mitad del siglo XX para analizar los contenidos audiovisuales, y cuyo objetivo es cuantificar las veces que aparecen personajes, conceptos y discursos de manera separada, el análisis textual intenta comprender las relaciones que existen entre todos los elementos significativos que participan en los programas.

El instrumento que se utiliza para la recopilación de la información televisiva es llamado “esquema de lectura”, el cual fue utilizado y ajustado a las necesidades del estudio “La televisión y su aporte a la construcción de ciudadanías en salud” (Agudelo Calle et al., 2012). Es de advertir que el instrumento tuvo varios reajustes a partir de los intereses de la presente tesis. En este sentido, se podría decir que el hecho de que esta herramienta ya haya sido usada

por el investigador antes, se convirtió en una ventaja, y a la vez en un avance, para cumplir los objetivos propuestos.

En el esquema de lectura se vierten los posibles “nudos textuales” –o el lugar donde se pondrá la mirada– que se tomó en el análisis en consideración. Hacen parte de dichos nudos cinco elementos centrales:

1. Sujetos e interacciones: aquí se identifican y caracterizan cada uno de los sujetos que participan en el programa, se describe la participación de dichos sujetos en el tiempo y en el espacio, las diferentes relaciones que se dan entre los diversos sujetos (autoritaria, incluyente; jerárquica, igualitaria, experta, inexperta, etc.), se identifican y caracterizan las interacciones comunicativas que se dan entre los sujetos en el programa (paternal, complicidad, horizontal, vertical, grosero, amable, de colegas, formal, informal, confianza, desconfianza, breves, duraderas, profundas, ligeras, etc.) y se describe la función (rol) de los sujetos en el desarrollo del programa (presentador, audiencia, colaborador, ayudante, experto, testigo, paciente, etc.). Es importante aquí identificar quienes son los y las que hablan de salud y cuáles son sus estrategias discursivas.

2. Textos verbales y no verbales: se describen la importancia del texto verbal en el programa (entiéndase texto verbal como el lenguaje oral y escrito), la función que desempeña dicho texto verbal en el programa, el estilo del lenguaje utilizado por los interlocutores del programa (técnico, coloquial, amigable, regañón, irónico, etc.) a la vez que el léxico utilizado por los presentadores para exponer sus ideas y se analiza el grado de profundidad en el desarrollo de las temáticas tratadas. Tiene presente también el nivel de metatextualidad para tener una mirada más holística del texto.

3. Estructuras argumentativa, narrativa y descriptiva: aquí se responde la pregunta ¿Cómo se estructura el programa? Y se describen, en orden, cada una de las partes o secciones del programa. –También se identifica el propósito de cada parte o segmento (promover, prohibir, sugerir, confrontar, reprender, estimular-reconocer, vender, etc.).

Igualmente, se identifica la estructura predominante en el programa (argumentativa, narrativa o descriptiva) y se analiza la relación entre los diferentes segmentos del programa. Por último se observa la relación entre el programa de salud y otros programas dentro del mismo canal, pues se tiene claro que la salud es un discurso en el marco de un meta discurso que lo componen todos los programas del canal.

4. Puesta en escena: se describen las características espaciales del lugar o lugares en los que se desarrolla el programa, se describe el papel que desempeñan los textos y gráficos en la presentación de los contenidos, se identifican los efectos sonoros del programa y se describe su función (pistas musicales, canciones, ritmos, etc.) y se identifican los planos más empleados en el programa y en qué momentos específicos se utilizan (plano detalle, primer plano, plano medio, plano americano, plano general, etc.). La puesta en escena es relevante en la medida que relaciona la salud con diversos espacios.

5. Discursos sobre la salud: se evidencian las formas de entender la salud a partir de cuatro variables: conceptos de salud, estilos de vida saludable, información sobre el sistema de salud, derechos y deberes y temas que movilicen acciones políticas. También se observa si los mensajes tienen intencionalidades de tipo informativo, preventivo, educativo, comercial, entre otras. Se tiene muy presente la relación que existe entre los programas de salud y los comerciales que aparecen durante la emisión, pues es de vital importancia comprender el papel que juega la lógica comercial con relación a la salud, por ello se describen los productos y servicios que se publicitan dentro del programa y en los cortes comerciales.

Los anteriores nudos textuales permitieron poner el foco igualmente en el lenguaje utilizado por los actores, las formas en que se introducen y se justifican los temas a tratar en cada episodio, los apoyos audiovisuales que usan los productores para hacer más comprensibles los mensajes y las maneras en que son concluidos los episodios.

Finalmente se construyó una matriz de sistematización de contenidos temáticos que tuvo el objetivo de identificar todos los temas tratados en todos los programas de la muestra. La matriz permitió también conocer la relación entre el contenido/tema, quién o quiénes lo

comunican, la intencionalidad de quien lo comunica, el estilo cómo se transmite y a quién va dirigido.

### **5.2.2. Los productores y el proceso de producción de los contenidos televisivos**

Otro de los objetivos de la tesis fue determinar las formas de producción de los mensajes televisivos en salud, así como sus intencionalidades o efectos deseados por parte de los productores. Estas intencionalidades de los productores fueron contrastadas con las formas en la que las televidentes las receptionan.

En el estudio realizado por Abu-Lughod se observan las reacciones de los televidentes ante la televisión, y concluye que los espectadores pueden interpretar el texto audiovisual de una forma contraria a las intencionalidades de los productores del programa.

Por ejemplo, los egipcios que viven fuera de las zonas urbanas donde están afincados los productores de seriales, no consideran que entre los valores tradicionales de la clase media urbana y las nuevas identidades islámicas de signo integrista exista la contradicción intrínseca que muestran los productores. Al contrario, los habitantes de las zonas rurales ven “dos aspectos de una identidad nacional urbana” que difieren de la “identidad regional local de los aldeanos” (Abu-Lughod, 2006, p. 123).

Partiendo de la anterior observación, y luego de haber elegido los programas y canales, se procedió a contactar a quienes hicieron parte del proceso de producción de los contenidos televisivos (periodistas, realizadores, presentadores, directores y encargados de la definición de la parrilla de programación principalmente)<sup>12</sup> para conocer, entre otras cosas, cuál es el interés de los medios por el tema de salud, cómo lo entienden, a quién va dirigido –Interlocutor ideal– que están formando/informando y cuáles son las dinámicas internas respecto al tema. Ello permitió establecer con mayor precisión las categorías a evaluar con la teleaudiencia.

---

<sup>12</sup> En adelante se hablará de equipo de producción o productores para referirse a quienes construyen los mensajes de salud.

Así pues, se diferenciaron a los productores públicos de los productores privados, ya que se entiende que su pertenencia determina en gran medida las intencionalidades ideológicas, comerciales-económicas y pedagógicas de los mensajes audiovisuales.

Es importante resaltar que se incluyeron, además de los testimonios de los productores de los programas de salud seleccionados, las voces de los productores de los programas *Doctor S.O.S.* (del canal nacional privado RCN) y *Red vital* (del canal público departamental Teleantioquia). De este modo se aprovechó el campo realizado en investigaciones anteriores<sup>13</sup> para tener una lectura más amplia de la producción de contenidos de salud, dimensión poco explorada en la literatura especializada como se verá más adelante. Vale aclarar que se le dio interpretaciones a estos datos en la línea de los objetivos planteados en la tesis.

La técnica principal de generación de datos que se usó para entender la dimensión de la producción de contenidos televisivos en salud fue la entrevista abierta y a profundidad. A través de esta se pudo indagar sobre las formas de entender la salud, la lógica de producción, los discursos y las intencionalidades; además de conocer los factores que determinan la construcción de los mensajes de salud, la elección de formatos, las fuentes, etcétera.

Si bien en un principio se propuso incorporar otras técnicas como la observación de la grabación de los programas y un grupo focal, no fue posible hacerlo. Los tiempos y las ocupaciones de los productores, así como el desplazamiento a los lugares de grabación y de encuentro (los canales nacionales privados tienen sus sedes en Bogotá) impidieron un desarrollo adicional de las actividades. Estas mismas razones fueron un obstáculo para programar segundos y terceros encuentros, aunque hubo excepciones. Es de destacar la buena disposición de aquellos para aportar al desarrollo de la investigación.

Finalmente, fue intencional analizar primero los programas de salud y después entrevistar a los productores/presentadores de estos antes de iniciar el proceso de campo con las televidentes. Lo anterior debido a que, antes de aplicar los instrumentos a las televidentes y discutir sobre los programas, era necesario conocer y analizar los discursos del

---

<sup>13</sup> La televisión y su aporte a la construcción de ciudadanía en salud, anteriormente mencionado.

mensaje/programa y los procesos de producción e ideologías del mismo. Esto permitió afinar mejor las técnicas que se utilizarían con los interlocutores.

Las preguntas que se pretendió responder con las entrevistas a los productores fueron: ¿Por qué es importante el tema de salud para ellos? ¿Cuál es la noción de salud desde donde se está produciendo los contenidos? ¿Cuáles son las estrategias comunicativas y audiovisuales que se utilizan a la hora de abordar el tema de la salud? ¿Cuáles son los discursos que se plantean en torno a la salud? ¿Cuáles son los intereses (económicos, pedagógicos, políticos, sociales) de los productores con respecto a la producción de estos programas? ¿Cuáles son los efectos que los productores quieren producir en los televidentes? ¿A qué tipos de televidentes van dirigidos los mensajes? ¿Qué tipos de ciudadanos están formando? ¿Quiénes son (oficio, género, edad, escolaridad, pensamiento político...) los productores de los programas? ¿Quiénes participan del proceso de producción de los programas y cuál es el aporte que hacen? ¿Cómo se da la relación entre contenidos y publicidad?

### **5.2.3. Los televidentes-ciudadanos y sus procesos de recepción-apropiación en salud**

Ver televisión es un acto complejo, como ya se ha afirmado, que no se limita solamente en el momento del visionado, ni tampoco al acto, como lo afirma Lazo, de codificación y descodificación del mensaje. Son muchos y variados los factores que influyen en la interpretación final del texto televisivo. Algunos de esos factores son: “el ‘background’ con el que cuenta el sujeto, su grado de competencia comunicativa, el conocimiento de códigos, modos de operar y maneras de interpretar y profundizar en los mensajes (Lazo Zaragoza, 2008).

La televidencia, para usar los términos de Orozco (1996), es un proceso que integra un antes, un durante y un después. El proceso inicia “... con toda la fuente de experiencias que tiene almacenadas el sujeto y continúa con las que sumará tras la impregnación del mensaje mirado, mediante las dinámicas de mediación con las que comparte el significado del mensaje” (Lazo Zaragoza, 2008, p. 45). Es un proceso comunicativo que debe observarse como una interacción mucho más dilatada en el tiempo en el que interviene el contexto de vida del

televidente, sus conocimientos previos, sus patrones, sus repertorios, sus actitudes, sus opiniones y sus valores.

Todo ese 'background' del receptor repercutirá en su forma y grado de lectura del mensaje o nivel de actividad. Del mismo modo, una vez que ha mirado un determinado contenido comienzan los procesos de negociación del significado en todos los contextos en los que se interrelaciona (Lazo Zaragoza, 2008).

En el caso de la recepción televisiva de contenidos de salud, el "background" tiene unas particularidades, como la noción de salud que se tiene, las prácticas para estar saludables, las estrategias individuales de curación, la experiencia con la atención médica, la *health literacy*, entre otras, que intervienen en las formas de apropiarse de los mensajes y traducirlos a prácticas saludables.

Teniendo presente el anterior panorama, "el texto no entrega al destinatario un sentido definido y realizado, sino que le facilita una propuesta para que la interprete. El significado del texto nace, pues, de la confrontación entre dicho texto y su destinatario; una confrontación que desemboca en una negociación de sentido propiamente dicha" (Lazo Zaragoza, 2008, p. 37).

Además de los anteriores factores de la recepción televisiva, también se tuvieron en cuenta las expectativas educativas que tienen los televidentes cuando están viendo este tipo de contenidos. Tales expectativas, como lo menciona Fuenzalida, "cambian con las edades, herencia y memoria cultural disponibles, accesibilidad a bienes culturales, balance entre ocio y trabajo, encierro en el hogar, etc. Están, en fin, íntimamente imbricadas con los estado del ánimo de los habitantes del hogar" (Fuenzalida, 2005, p. 67). Tales expectativas variaron dependiendo del canal en el que se está emitiendo el programa. Es así que se diferenció la relación entre canales públicos, canales privados y las expectativas educativas de las televidentes.

Para observar y tratar de comprender todo este proceso se hizo uso de las siguientes técnicas de generación de la información: entrevistas a profundidad y observación. Con las entrevistas a profundidad se tuvo acceso a la historia de vida de los televidentes y a identificar



sus diferentes mediaciones y factores, además de dar cuenta de las expresiones o modalidades de apropiación de los contenidos en salud. Se realizaron varias series de entrevistas que serán mencionadas con más detalle más adelante.

### **5.3. Descripción del proceso metodológico**

Con esta sección se pretende exponer la justificación de la población, los criterios de selección de las televidentes de la primera y de la segunda etapa de la muestra, los instrumentos aplicados y los objetivos de estos y la descripción de los momentos y las etapas de la investigación.

#### **5.3.1. Las mujeres como público objetivo del proyecto**

La elección de las mujeres como las principales interlocutoras del estudio corresponde a varios criterios. El primero, y más importante, tiene que ver con que los productores de los programas de salud seleccionados diseñan los contenidos, con especial énfasis, para ellas. Los productores señalaron, en entrevistas previas, que las mujeres, especialmente las denominadas “amas de casa”, son las personas que más contenidos en salud demandan, especialmente por el rol que juegan en las familias de cuidadoras y replicadoras de los mensajes.

Así mismo lo señala Obregón quien afirma que algunos programas televisivos “están repletos de información sobre un sinnúmero de temas de salud, particularmente aquellos que afectan a mujeres o tienen un componente atractivo y sensacionalista que atraiga buenos ratings” (Citado en Del Valle Rojas, 2003, p. 6).

Las “amas de casa”, según los productores, son aquellas mujeres con hijos que tienen el papel de ocuparse de la salud de su familia y de su grupo cercano: preparan los alimentos que se van a consumir, buscan información cuando requieren solucionar problemas de salud propia o de su familia, realizan los trámites que exige el sistema de salud para transitar por este, etc., en suma, se ocupan del bienestar familiar.

En concordancia con lo anterior, muchas de las temáticas que se desarrollan en estos programas están relacionadas con las mujeres. En un estudio realizado a la sección de salud del

noticiero Noticias Caracol, se pudo constatar que los mensajes iban dirigidos principalmente para ellas. Enfermedades, temas que apuntan a la prevención de la enfermedad y promover ciertos estilos de vida saludables entre otros, van dirigidos hacia las mujeres amas de casa (Hernández Salazar, 2015).

La hora en que se emiten los programas de salud también es otro indicativo que muestra la relación estrecha entre programas con este tipo de contenidos y las mujeres. Por lo general, los programas de salud son emitidos al medio día y por las tardes, con un acento especial en las dos últimas. A esa hora un público importante, sin desconocer otros, son ellas, según los programadores televisivos indagados.

Ello coincide con la afirmación de algunas televidentes contactadas previamente al desarrollo del estudio:

*El mejor horario para ver esos programas es en la tarde, después de la una o dos, que uno ya hizo todas las cosas de la mañana. Es que en la mañana hay que hacer muchas cosas: que el desayuno, que la lonchera, que el almuerzo, que arregle la casa, que despache los niños. Entonces en la tarde es más fácil porque ya salió uno del todo el “bum” de por la mañana. Uno sí tiene que hacer cosas en la tarde, pero igual hay más tiempo y uno le puede poner más atención a lo que dicen (Yudy Salomonsa, 38 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio-bajo).*

### **5.3.2. Proceso de selección de la muestra**

Antes de describir el proceso de selección de la muestra, es importante hacer dos anotaciones:

1. el estudio no buscó poner su foco en la representatividad, sino en avanzar en profundidad. Y
2. el número de interlocutoras total estuvo determinado, además de la saturación de la información, por las limitaciones de tiempo y de recursos económicos. La entrevista a profundidad, técnica que se usó para acercarse al fenómeno de la recepción televisiva en salud, requiere mayor tiempo en su realización, transcripción y análisis, en este sentido, se optó por una muestra que se pudiera manejar con los recursos mencionados.

Dicho esto, el proceso de la selección de la muestra tuvo dos momentos: uno de exploración y otro de profundidad.

### ***Momento 1***

En el momento de exploración se pretendió identificar un primer grupo de televidentes con niveles de relación diversa con los programas seleccionados, es decir, un grupo de televidentes que fueran seguidoras regulares de los programas; otro que fueran televidentes ocasionales; y un último grupo que nunca hubieran visto los programas, o grupo control. La idea era, entre otras cosas, contrastar en el proceso de análisis el nivel de relación con los programas con el nivel de apropiación de los mensajes.

El grupo control resultó necesario en la medida en que se requería evidenciar cómo las mujeres que no veían programas de televisión salud, en especial los seleccionados, resolvían sus dudas en temas de salud. ¿A través de que otras fuentes (medios de comunicación diferentes a la televisión u otras personas) se informan sobre temas relacionados con la salud las mujeres que no ven dichos programas? Era la pregunta que se pretendía resolver.

En total fueron 30 las mujeres que participaron en este primer momento. Además de la relación de ellas con los programas escogidos, se tuvo en cuenta que fueran diversas en cuanto a mediaciones. Las mediaciones, entendidas preliminarmente como el espacio de las interacciones y negociaciones de sentido (Lopez & Et. Al., 2000) fue una noción determinante en la comprensión de los procesos de recepción. Se asumió que cada televidente está atravesada por una serie de mediaciones (como: edad, escolaridad y estrato socioeconómico, instituciones a las que pertenece, etc.) que afectan la interpretación de los contenidos audiovisuales. Pero además, se reconocieron factores diferenciadores. Aunque no se podría decir que se llegó al punto de identificar factores de la personalidad que diferenciaron el proceso de recepción-apropiación-acción, sí se logró identificar la disposición de las mujeres televidentes, fundamentada en hechos o características de sus trayectorias y experiencias de vida –para conectarse, interesarse, retener, multiplicar, traducir en acciones, etc. –, evidenciando la complejidad, la variedad y diferencialidad en este proceso.

Gracias a la investigación “La televisión y su aporte a la construcción de ciudadanías en salud” (Agudelo Calle et al., 2012), se logró tener un primer grupo de interlocutoras. Otro grupo

salió de una lista de televidentes que nos suministraron los mismos productores de los programas regionales analizados. Cada televidente que llama a estos programas para participar queda registrada en una base de datos, la cual fue compartida al estudio. Otras televidentes fueron convocadas a través de las redes sociales personales del investigador, especialmente de Facebook. También fueron abordadas en gimnasios y espacios deportivos similares. El proceso de abordaje en estos espacios se facilitó debido a que ya había unos acercamientos previos entre el investigador y las mujeres que los frecuentaban.

Las últimas interlocutoras se escogieron de redes cercanas (vecinas y conocidas) tanto del investigador principal como de estudiantes, investigadores y asesores que apoyaron el proceso de esta investigación y de las otras realizadas con anterioridad. Esto fue de gran ayuda para lograr los objetivos del proyecto, ya que la información previa de ellas (hábitos, rituales, estilos de vida, creencias, etc.) se pudo contrastar con la información que suministraron en las entrevistas, ganando en objetividad y veracidad.

Si bien hubo una lista amplia de posibilidades para incorporar a la investigación participantes, al momento de concretar tal participación surgieron varios inconvenientes. Muchas de las televidentes de la lista de los productores se negaron hacer parte de proceso por desconfianza. Las diferentes modalidades de estafa vía telefónica que se vienen presentando en Medellín, pusieron en un estado de prevención a las televidentes a pesar de que estábamos recomendados por los mismos productores.

Otro gran obstáculo fue el poco tiempo con que contaban ellas. Las ocupaciones domésticas, el cuidado de los hijos y los nietos, los compromisos con la pareja, entre otras, impidieron concretar las citas para las entrevistas. Al final, 30 de ellas aceptaron participar del estudio.

Las preguntas que se les hizo a estas 30 mujeres estaban enfocadas en conocer, por una parte, los conceptos de salud, los hábitos de vida saludable, los conocimientos sobre el sistema de salud colombiano y las acciones políticas en torno al mejoramiento del sistema que tenían las televidentes; y, por otra parte, conocer la relación que habían tenido las televidentes con la televisión, haciendo énfasis en los programas de salud que ellas ven.

A esta segunda parte se le llamó “historia de vida televisiva”, es decir, se indagó por el papel que ha tenido este medio audiovisual en la vida de las televidentes. Así pues, se les preguntó por los géneros y formatos televisivos de su preferencia, las temas que les interesa, los días, las horas y los lugares de la casa donde ven televisión, los rituales antes, durante y después de ver los programas, las razones que las motivan a interactuar con este medio. También, se les interrogó por los mensajes televisivos que han puesto en práctica o que han compartido con otros o que rechaza o que más recuerda. Fue importante también conocer qué otros medios de información usan, esto para determinar el papel de la televisión en relación con otros medios y las formas en que se complementan. En suma, se buscó identificar y caracterizar las formas de relacionarse las televidentes con la televisión.

Posteriormente, se les preguntó por los programas de salud que ven o habían visto –o no– sin restringirlas a los programas nacionales. Fue central entonces saber si les gustaban este tipo de contenidos y por qué, qué programas de salud recordaban (presentes o pasados), el nivel de confianza en la información transmitida o de los presentadores. Igualmente, se les indagó por los mensajes en salud que han puesto en práctica o que han compartido con otros o que rechaza o que más recuerda, incluso, si había ampliado la información a través de otras fuentes. Por último, fue necesario saber hasta dónde iba el concepto de salud que recibían de la televisión.

Para cerrar esta parte del proceso, se les hizo las mismas preguntas del párrafo anterior, pero esta vez aplicadas a los cuatro programas que entraron en la muestra<sup>14</sup>. Como se ve, la intención fue discutir sobre la televisión desde lo más general a lo particular: los programas de salud de la televisión nacional y regional. De esta manera, no se direccionó a la televidente hacia los programas de salud, sino que se le planteó el panorama más amplio para identificar en qué momento aparecían los contenidos de salud. En este sentido, hay que aclarar que las preguntas sobre la forma en que entendían la salud, y sus estrategias para mantenerla, se realizaron después de hablar sobre la televisión.

---

<sup>14</sup> Los Buenos Años, Medellín Ciudad Saludable y las secciones de salud de los noticieros privados nacionales RCN y Caracol.

La historia de vida televisiva y las nociones personales de salud permitieron, de igual modo, identificar algunas de las mediaciones y factores que disponían a las televidentes en la interacción con los contenidos. Estos datos sirvieron más adelante –en la etapa de análisis– para descifrar, o mejor, para tener un acercamiento importante a las lógicas de interpretación de los mensajes.

### ***Momento 2: etapa de profundidad***

En esta etapa se eligieron 10 televidentes de las 30 que se entrevistaron inicialmente. Una vez más, el número de la muestra no tuvo que ver con criterios de representatividad sino con avanzar en términos de profundidad y lograr eventualmente la saturación en los datos.

Estas 10 mujeres fueron elegidas a partir de la variedad de elementos como edad, escolaridad, estrato, tipo de afiliación al sistema de salud, relación con los programas seleccionados, experiencia y conocimiento de enfermedades, número de personas a cargo y estilo de vida. Estos elementos permitieron hacer análisis diferenciales, es decir, se contrastaron las respuestas e interpretaciones de las televidentes sobre los programas a partir de las mediaciones y factores. También se tuvo presente que ellas fueran interlocutoras con buenas habilidades comunicativas y tuvieran, sobre todo, la disponibilidad para continuar en el proceso. Así pues, elementos que se tuvieron presentes para seleccionar estas 10 televidentes fueron:

- Edad: Se diferenciaron las televidentes con base en la edad. Las edades de las televidentes se clasificaron por décadas, es decir, unas tenían veinte, otras treinta, otras cuarenta, otras cincuenta y, finalmente, otras sesenta.
- Escolaridad: La escolaridad osciló entre quienes no tuvieron ningún tipo de educación, las que solo hicieron primaria, las que llegaron hasta secundaria, las bachilleres y las que realizaron una carrera técnica. Ninguna fue profesional<sup>15</sup>.
- Estrato: Las televidentes pertenecían a los estratos bajo y medio.
- Tipo de afiliación al sistema de salud: Unas están afiliadas en el régimen subsidiado de salud y las otras al régimen contributivo.

---

<sup>15</sup> En este punto es importante recordar que debían seleccionarse mujeres que permanecieran en casa en las franjas horarias en las que se emiten los programas analizados.

- Experiencia y conocimiento de enfermedades: Se distinguió a las mujeres que tenían cierta experiencia y conocimiento de la enfermedad propia o la de algún familiar cercano de las que no contaban con tal información.
- Número de personas a cargo: En vista de que todas las mujeres entrevistadas tenían personas a cargo (hijos, esposo y otros parientes) fue necesario diferenciar si el número y el tipo de personas a cargo tenía algún tipo de variación en las formas de apropiación de los contenidos.
- Relación con los programas seleccionados: Se diferenció a las mujeres que eran televidentes regulares de los programas que se vieron con ellas, de las que tenían una relación más ocasional o nula.
- Estilos de vida: se distinguió a las mujeres que realizan actividad física regular de las que no.

Luego de haber seleccionado a las 10 televidentes para esta etapa, se programó con ellas tres encuentros que se dieron en sus propias casas, a excepción de una que expresó sentirse mejor si veía los programas en otro espacio “para poderse concentrar mejor”, pues en su casa recibía visitas de su familia constantemente.

En el primer y el segundo encuentro la dinámica fue igual y tuvo tres fases. En la primera se les indagó por los conceptos y temas que se desarrollaron en los programas que verían posteriormente, esto con el fin de determinar los conocimientos previos.

En la segunda fase se vieron dos programas, los cuales fueron agrupados a partir de su duración: los de mayor duración con los de menor duración, así: Medellín Ciudad Saludable y el ABC de la Salud del Noticiero RCN; y Los Buenos Años y la sección de salud de Noticias Caracol. Los programas de Medellín Ciudad Saludable y Los Buenos Años se vieron completos, con comerciales incluidos. En cambio las secciones de salud de los noticieros nacionales privados se vieron sin incluir comerciales y el resto de las secciones, pues en esos episodios particularmente no hubo relación entre los comerciales y las demás secciones con la sección de salud. Esto debido a que en una prueba piloto que se hizo con un par de televidentes, se pudo constatar que las demás secciones del noticiero las distraían del contenido específico de salud. Por ello se decidió solo ver las secciones de salud. Durante esta fase se tomó atenta nota a expresiones,

comentarios u otras formas de interacción que realizaban las televidentes mientras observaban los programas.

Y en la tercera fase se les indagó, de nuevo, por los conceptos y temas desarrollados en los programas. Esta fase estuvo dividida en dos: en la primera parte se les preguntó por sus percepciones generales de los programas sin hacer énfasis en alguno de ellos. Aquí ellas mencionaron cuál de los programas les gustó más y dieron sus razones; hablaron de lo que le quitarían o agregarían a estos, de sus percepciones sobre los presentadores y demás actores que intervinieron; expresaron, en sus propias palabras, de qué trató lo que vieron y cuáles recursos didácticos, como animaciones y gráficos, les sirvió más para comprender el mensaje. El punto de esta primera parte fue identificar cuál de los dos programas vistos mencionaban más de manera libre. Ya en la segunda parte se les hizo preguntas específicas de cada programa. El primer y segundo encuentro se realizó en un lapso de dos semanas: un encuentro por semana.

Ya en el último encuentro, realizado tres semanas después, se discutió sobre todos los programas vistos en los encuentros anteriores, ello con el propósito de comprender los niveles de recordación, asimilación y apropiación (comprensión y resignificación) de los contenidos televisivos. Este encuentro fue importante en la medida en que permitió comprender la relación entre el visionado de los programas y la apropiación de información, su conversión en comportamientos saludables, su inclusión en estilos de vida y su contribución a su ciudadanía.

En suma, fueron cuatro entrevistas a profundidad las realizadas a estas 10 televidentes. Fue muy esencial la información que se tenía previa de todas ellas para realizar el proceso de categorización y análisis de los datos, pues es claro que la historia de vida televisiva no es suficiente para comprender completamente ni las mediaciones ni los factores que intervienen y afectan la recepción televisiva en salud.

Las preguntas directrices que permitieron acercarse al proceso de la recepción fueron: ¿Qué entienden las televidentes de los programas de salud? ¿Qué temas les interesa y por qué? ¿Cómo interpretan las televidentes los contenidos de salud? ¿Cómo se da en proceso de recepción en las televidentes? ¿Cuáles son los criterios de las televidentes para seleccionar los programas con contenidos en salud? ¿Cuáles son los rituales de las televidentes a la hora de ver



los programas de salud? ¿Coinciden o no las interpretaciones de las televidentes con las intencionalidades de los productores? ¿Cuáles son las medicaciones de tipo sociocultural, los factores mediadores individuales y desde la producción desde donde las televidentes interpretan los mensajes? ¿Cómo se apropian las televidentes, si es que lo hacen, de los contenidos de salud y cómo se traducen en acciones? ¿Cuándo estas acciones derivan en prácticas ciudadanas en salud?

#### **5.4. Consideraciones éticas**

Esta tesis es un estudio no-médico/o de laboratorio y la única intervención que se tuvo con personas y comunidades fue durante la aplicación de las técnicas cualitativas: entrevistas y observación. Se siguieron los lineamientos éticos de la Asociación Americana de Antropología en su Código de Ética aprobado en Febrero de 2009.

En términos generales, se siguieron los siguientes principios éticos: inocuidad de la observación y optimización del beneficio para los participantes en el estudio. Las mujeres y los productores fueron informados sobre los objetivos del estudio, el carácter voluntario de su participación y su derecho a rehusarse a participar o retirarse del mismo, decisión que fue aceptada y respetada. Ninguna información suministrada por ellos fue utilizada en contra de su voluntad o sin su autorización. No se expuso a las interlocutoras a situaciones que atentaran contra su honor, su intimidad, su integridad o sus valores. Los resultados de la tesis no fueron utilizados para discriminar, señalar o menoscabar a las personas, instituciones participantes o a los investigadores. Si bien el código de ética habla de proteger el anonimato y el derecho a la intimidad de todos los participantes, ellos autorizaron usar sus nombres y datos personales en el desarrollo de la escritura.

### **6. LA FORMACIÓN DE CIUDADANÍAS EN SALUD A TRAVÉS DE LA TELEVISIÓN**

El último objetivo específico pretendió analizar el aporte de la televisión a la dimensión política de la salud. Se concentraron los esfuerzos en visibilizar cuándo lo hacía explícitamente y cuándo los mensajes televisivos podrían tener un potencial político que nutriera la formación ciudadana de las televidentes. Por eso fue importante evidenciar qué tanta información emitían

sobre el sistema de salud y sobre lógicas y prácticas ciudadanas en salud (particularmente derechos y deberes y acciones políticas) y cuándo la información transmitida tenía algún potencial político.

Es en este punto donde se articuló el proceso comunicativo televisivo en salud desde sus tres dimensiones: 1. la producción-emisión, 2. el mensaje mismo y 3. la recepción-apropiación-acción, el cual había sido analizado de manera distintiva en los primeros tres capítulos. Para analizar el proceso completo, se construyó un instrumento que permitió entender la correlación entre las tres dimensiones y su relación con la formación ciudadana en salud a partir de la interacción con los contenidos televisivos colombianos.

## **7. DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS**

En el primer capítulo se establecerá cómo la salud es abordada en la televisión colombiana. Para ello se desarrollan tres secciones. En la primera se reflexiona, a partir de la literatura especializada, sobre la relación entre comunicación, televisión y salud. Luego se identifican los canales colombianos que abordan la salud (públicos, privados; nacionales; regionales), los géneros y formatos televisivos más utilizados y la estructura narrativa de estos programas, es decir, los elementos de forma y de fondo que componen el mensaje televisivo: actores, roles y lenguajes; apoyos audiovisuales y pedagógico y orden narrativo (apertura, desarrollo y cierre de los episodios).

En la segunda sección se determina la noción, las representaciones y los discursos que sobre la salud se promueven a través de los contenidos televisivos. Esto por medio de la identificación de los temas tratados en los episodios analizados. Las temáticas se analizan a partir de cuatro enfoques predominantes: abordajes a la salud, información sobre hábitos y estilos de vida saludables, información sobre el sistema de salud, derechos y deberes ciudadanos y temas que promovieran movilizaciones políticas o la participación en el sistema de salud. Así mismo, se tiene en cuenta el destinatario de las temáticas de salud y su noción individual y colectiva. Y en la sección tres se habla de la relación entre mercado y salud en el marco de los programas televisivos.

En el segundo capítulo se determinan las formas de producción de los mensajes televisivos en salud, haciendo énfasis en las intencionalidades o efectos deseados. Para cumplir tal propósito se identifica el origen del mensaje, es decir, las nociones de salud de productores, sus intereses y motivaciones, así como las tendencias mediáticas mundiales en las que está enmarcada la transmisión del mensaje. También se identifica el proceso de construcción del objeto comunicativo (mensaje de salud), esto es, las temáticas, las fuentes, las estrategias de validación –legitimidad y credibilidad–, y las condiciones de la producción.

En el tercer capítulo se busca identificar las formas de recepción-apropiación y los usos de los contenidos televisivos por parte de las televidentes-ciudadanos con el propósito de entender la apropiación de conocimientos, que tengan potencial para configurar prácticas ciudadanas en salud. Para lograrlo, se caracterizan las televidentes que participaron del estudio a partir de dimensiones demográficas, rutinas diarias, relación con la televisión y los programas de salud, nociones de salud, fuentes desde donde construyeron dicha noción y las motivaciones en torno a mantenerse saludables e informadas sobre las opciones de salud, además de sus prácticas ciudadanas.

De igual modo, y a partir de la literatura especializada, se avanza en la comprensión del proceso de recepción televisiva, con énfasis en la salud. Lo anterior da luces para superar la recepción y sus niveles hasta llegar a la comprensión como son entendidas por Guillermo Orozco y otros, e indagar por la apropiación y la transformación en acción ciudadana en salud de la información o del conocimiento ganado. Luego se determinarán los factores que favorecen la apropiación de contenidos y el aumento de conocimiento desde la teleaudiencia y la producción. Finalmente, se establecen las modalidades y expresiones de apropiación de los contenidos en salud por parte de las televidentes.

Y en el cuarto capítulo conclusivo se realiza una síntesis de los resultados centrales de la tesis y se analiza el proceso comunicativo en torno a la salud en la televisión, esto es la producción-emisión, el mensaje mismo y la recepción-apropiación-acción, lo anterior con el fin de reconocer su potencial como formador de ciudadanías en salud. Para lograrlo, se reconoció el aporte de la televisión colombiana a la formación ciudadana en salud desde dos dimensiones:

la individual y la colectiva-política. Finalmente se realiza una discusión sobre la noción de ciudadanías en salud y se evidencia cómo las televidentes configuran dichas ciudadanías partir de los aportes adquiridos a través de la televisión.

\*\*\*

Esta tesis aporta principalmente en los siguientes aspectos: 1. abordar integralmente el proceso comunicativo televisivo alrededor de la salud; 2. cuestionar este proceso de interacción y producción de sentidos desde el punto de vista de las televidentes a la luz de su traducción en posturas y acciones ciudadanas; 3. contribuir con evidencia sobre la participación de los medios, particularmente de la televisión, uno de los más influyentes, en la formación ciudadana de la población colombiana. Aunque el caso se centró en mujeres televidentes, es posible aseverar que la televisión nacional y regional, aunque tiene potencial educativo, no está atendiendo la dimensión política de la salud, y en este sentido, está aportando a la formación de las televidentes solo en una dimensión de su relación con la salud –aquella vinculada con el cuidado–, esto es a una sola dimensión de la ciudadanía; 4. reconocer las mediaciones y factores diferenciadores que intervienen en la apropiación y resignificación de los contenidos televisivos por parte de las televidentes, y que ya han sido estudiados y referenciados, pero identificar la preponderancia de la experiencia con el sistema de salud como uno de los marcos interpretativos que más influyen en el proceso comunicativo, del lado de la recepción. Aunque, por otro lado, su ausencia del lado de la producción indica la connivencia de los medios, no solo colombianos, con invisibilizar las causas estructurales que están en la base de las desigualdades sociales y en las deficiencias de los Estados para enfrentarlas y para garantizar los derechos fundamentales de sus ciudadanos.

Esta tesis, entonces, contribuye a la identificación de estrategias informativas y formativas televisivas que puedan coadyuvar a las capacidades y habilidades de los ciudadanos para mejorar o mantener su salud individual y la de su entorno más cercano, pero también para participar activamente de las dinámicas políticas alrededor de la salud, como son el desempeño del sistema, las movilizaciones para su transformación, etc.

Ofrece un método para comprender el impacto de los mensajes de salud en las televidentes, a partir de la complementación de técnicas que permiten abordar la producción de contenidos televisivos en salud y su recepción, así como para evaluar la potencia de lo que ofrece la televisión para la formación ciudadana en salud.

Queda claro con esta tesis el potencial de la televisión para la educación en salud y para la formación de ciudadanos, aunque se evidencia su aporte mínimo en este último aspecto con relación a la dimensión política de la ciudadanía. Con lo evidenciado por esta tesis es posible redireccionar la producción de programas con contenidos en salud que puedan ser significados y apropiados en acciones en los múltiples ejercicios ciudadanos ante los cuales nos encontramos.

Si la televisión es un escenario privilegiado y masivo de la representación social, y si la salud es una de representaciones más importantes en la actualidad por su valor histórico y social, es necesario seguir profundizando en entender las implicaciones del proceso comunicativo, pero sobre todo aportar a la producción de contenidos que tengan mayor incidencia en la formación ciudadana. A los productores, particularmente, esta investigación les ayudaría a entender las lógicas y prácticas de sus interlocutores en cuanto al proceso de recepción, de esta manera podrían ajustar los recursos comunicativos (lenguaje audiovisual, temas, formatos televisivos, etc.) para llegar de una forma más apropiada al televidente<sup>16</sup>.

La televisión, al no abordar la dimensión política de la salud, está contribuyendo a una formación parcial de la ciudadanía. No expone los aspectos estructurales al origen del aumento de enfermedades en Colombia o al origen de tantas muertes por falta de acceso y atención en los servicios de salud. En este sentido, no muestran las implicaciones de la participación de terceros privados en el sistema de salud colombiano ni promueve debates públicos sobre todos estos asuntos. En cambio, favorece la idea de que la salud es una dimensión de la vida del ámbito de lo privado o de lo individual, concentrándose en responsabilizar a los individuos por

---

<sup>16</sup> Es importante señalar que los resultados parciales de esta tesis han contribuido al diseño y ejecución del programa televisivo “Saludando” emitido por los canales públicos TeleMedellín, TeleAntioquia y Canal U.

su salud; así, contribuye a una despreocupación del individuo frente al contexto, invisibilizando el ámbito del debate público pues no posiciona el tema en el escenario público que la televisión domina en buena parte. De modo que se podría decir que contribuye parcialmente a la corresponsabilidad ciudadana, fortaleciendo la delegación en los ciudadanos de la obligación de responder por su salud, mientras que omite el otro lado del contrato social: las obligaciones y las responsabilidades del Estado y de sus delegados en el estado de salud de la sociedad colombiana.



## **CAPÍTULO 1**

### **LA SALUD EN LA TELEVISIÓN COLOMBIANA: LA EXCLUSIVIDAD DEL ENFOQUE BIOMÉDICO**

Los medios de comunicación se han convertido en el nuevo escenario público desde donde se desarrolla la vida política en la actualidad (Silverstone, 2007). Existe una dependencia cada vez mayor hacia estos para informarse sobre lo que pasa en la vida cotidiana. En este sentido, los medios cumplen un papel central en la sociedad debido a que son generadores de nuevas formas de relaciones sociales, nuevas formas de interacción y conocimiento social (Thompson, 1998).

En el campo de la salud, los medios tienen gran impacto tanto en la salud individual como colectiva, pues son vitales al momento de sugerir y modificar creencias y conductas (Feo Acevedo & Feo Istúriz, 2013). La salud es, desde la perspectiva de los medios, un bien público que debe abordarse con la mayor responsabilidad debido a que los ciudadanos toman de allí la información necesaria para incorporarla a sus vidas (Del Valle Rojas, 2003).

En Colombia, como ya se mencionó, en los últimos años ha habido más presencia de temas de salud en los medios nacionales y regionales (Gómez Supelano, 2011). A esto se le suma la tendencia creciente de demanda de las audiencias en temas de salud. En el estudio *¿Qué es noticia? Agendas, periodistas y ciudadanos* (Bonilla & Cadavid Bringe, 2004a), el 26% de los encuestados manifestó su interés por ver información de salud en los medios, cuando estos solo destinaban el 5% de sus espacios al tema.

La televisión, debido a su capacidad de llegar a amplias audiencias, es uno de los medios con mayor impacto a la hora de abordar temas de salud. En Colombia, el aumento de



programas dedicados a tocar de manera exclusiva este tema ha sido significativo. El presente capítulo tiene como propósito entender cómo es abordada la salud en algunos programas de canales nacionales y regionales, públicos y privados en Colombia.

Para cumplir con tal fin, se reflexionará, primero, sobre la comunicación para la salud como el marco de estudio donde se ubica la relación entre televisión y salud. Luego se describirán algunos estudios que han indagado por las formas como es tratada la salud en la televisión para desembocar en las formas como la salud se ha presenciado en la televisión colombiana. Posteriormente, se describirán y se analizarán cuatro programas televisivos colombianos, mediante un análisis textual que pone su foco en la estructura narrativa, es decir, en los actores que participan en estos programas, las formas como interactúan entre ellos, sus lenguajes, sus discursos y las estrategias audiovisuales para transmitir los mensajes de salud.

Se analizarán, además, las nociones de salud que tienen cada uno de los programas desde sus temáticas, enfoques y destinatarios de los mensajes. Finalmente se indagará por la relación salud-mercado. Lo anterior con el propósito de evidenciar los diversos intereses e intencionalidades que originan los programas de salud. De este modo se analizará la primera dimensión del proceso comunicativo televisivo en salud: el mensaje televisivo en salud.

## **1. COMUNICACIÓN Y SALUD: UN CAMPO DE ESTUDIO**

La relación entre televisión y salud se enmarca en el campo teórico: comunicación y salud, el cual ha venido ganando fuerza en las últimas décadas. El tema de la salud ha sido central para las distintas instituciones sociales como gobiernos y ministerios, instituciones prestadoras de servicios de salud y, en general, para individuos y comunidades (Beltrán Salmón, 1998) quienes han tenido que idearse estrategias para mejorar las condiciones de salud de los ciudadanos. Estas condiciones, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (2007, Citado en Beltrán Salmón, 2008), se han complicado en varios países de América Latina como lo afirma Obregón debido, entre otras cosas, al “inicio temprano de relaciones sexuales y el creciente número de embarazos entre adolescentes, la vulnerabilidad de adolescentes y jóvenes a enfermedades de transmisión sexual, la violencia contra la mujer y basada en género, el

resurgimiento de enfermedades como la fiebre de dengue, el crecimiento paradójico de los índices de obesidad y desnutrición y fenómenos como la violencia asociada al surgimiento de pandillas juveniles” (Rafael Obregón Gálvez, 2010, p. 13).

Al anterior panorama se le suma la propuesta promovida después de la Declaración de Alma-Ata en 1978 llamada: *“Salud para Todos en el año 2000”*. Dicha propuesta tenía entre sus objetivos globales que todo el mundo estaría adecuadamente nutrido, las personas de cada país tendrían fácil acceso al menos a la atención esencial y a las facilidades de interconsulta en el primer nivel asistencial, todas las personas estarían activamente implicadas en su autocuidado y en el cuidado de su familia de acuerdo con una estrategia de salud comunitaria, y los medicamentos esenciales estarían al alcance de todo el mundo.

Con base en este marco (mejoramiento de las condiciones de salud de los ciudadanos y el derecho global a la salud), surge la necesidad de diseñar estrategias, como bien lo menciona Obregón (Rafael Obregón Gálvez, 2010), que apunten a

- 1) promover la salud a partir de un enfoque de derechos que reconozca en los individuos y comunidades no solo ‘recipientes’ o beneficiarios de acciones de salud pública, sino también agentes generadores de salud y promotores de procesos de cambio que pueden mejorar la salud individual y colectiva, y 2) la necesidad de informar y empoderar a individuos y colectivos sobre la importancia de ejercer sus derechos en salud (Organización Panamericana de la Salud, 2002 Citada en Obregón 2010, pp.13-14).

Es justamente en el presente contexto que la comunicación, entendida preliminarmente como el proceso mediante el cual se producen y se intercambian sentidos en el marco de la salud que tendrían un impacto positivo en lo individual y colectivo, juega un papel preponderante, pues a partir de esta se materializan los verbos “promover”, “informar” y “empoderar” concernientes al tema de la salud (Obregón, 2010).

La comunicación en salud, a pesar de ser un sub-campo de estudios relativamente reciente desde lo práctico y lo académico se ha venido consolidando gracias a su multidisciplinariedad (Obregón, 2010). Desde lo práctico, continúa el autor, su génesis se remonta a los programas de desarrollo internacional consignados en documentos como la Declaración de Alma-Ata (1978), la carta de Ottawa (1986) y la Declaración de Jakarta (1997).

Desde lo académico, "... se 'formaliza' como área de estudio en 1975 al crearse la división de comunicación en salud en la reunión anual de la International Communication Association" (Crousse-Quinn, 2004, citado por Obregón, 2010, p.15). Después de este evento, se consolida a través de revistas académicas, la creación de centros de enseñanza e investigación en comunicación para la prevención y el surgimiento de varios programas de formación superior.

Dice Obregón que Gary Kreps, investigador reconocido en esta área, identificó cuatro grandes enfoques en cuanto a la investigación y la práctica de la comunicación para salud, estos son: 1. La prestación de servicios de la salud (interacción comunicativa que tiene lugar en los centros de prestación de servicios en salud); 2. La comunicación de la promoción y prevención en salud (estrategias comunicativas que se utilizan para persuadir a públicos claves en temas sensibles de salud); 3. Comunicación y riesgo (demandas derivadas de los riesgos en salud - epidemias potenciales, enfermedades transmisibles, desastres, exposición a sustancias peligrosas, contaminación de alimentos, agua o aire- y preparación de los públicos para situaciones de riesgos y de crisis); y 4. E-salud (uso de las TIC para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y su promoción).

Señala Obregón que los anteriores enfoques propuestos por Kreps ven la comunicación como un medio para dar información y no como un proceso bidireccional en el que participan productores y públicos o como una instancia facilitadora o catalizadora de procesos de reflexión y cambio (Obregón, 2010). A diferencia de este enfoque unidireccional, en América Latina, continúa el autor, muchos de los trabajos realizados en comunicación en salud se han hecho desde la perspectiva comunicación para el desarrollo y el cambio social. Desde esta última perspectiva, que se acoge para este análisis, se comprende la comunicación como un proceso dialógico que facilita y promueve la participación de los distintos grupos sociales en mejora de sus condiciones de salud como lo afirman Beltrán (Beltrán, Beltrán Salmón, & Beltrán, 2010), Pereira (2003) y Mosquera (2002).

### **1.1. La comunicación: avances del modelo informacional al modelo relacional**

La comunicación es un concepto que no tiene una sola definición, al contrario, si algo lo caracteriza es su polisemia y las contradicciones entre sus múltiples acepciones. Así mismo lo afirma Fuentes (2001), quien afirma que la “comunicación puede llegar a significar muchas cosas distintas y a veces contradictorias” (Citado en Rizo, 2012, p.21). Por ello, la comunicación puede significar para algunos la información que reciben de los medios masivos de comunicación; para otros es el intercambio de mensajes entre personas; algunos afirman que la comunicación son los mismos aparatos tecnológicos que usan diariamente como el televisor, el teléfono o la Internet; y otros mencionan que es cualquier actividad en determinado lugar, como una empresa, un barrio, una universidad.

Si bien la comunicación como fenómeno social existe inherentemente al ser humano, las palabras “comunicación” y “comunicar” son muy recientes. La primera vez que se escuchó hablar de ellas es en la segunda mitad del siglo XIV, en la lengua francesa. No obstante, este término deriva del latín *communicare*, que significa “compartir algo, poner en común”. Al comienzo, entonces, comunicar significaba “participar en comunidad”. En este sentido, las personas, al comunicarse, conviven, participan de las acciones colectivas.

La comunicación ha tenido varias formas de definirse, las cuales se podrían agrupar en dos grandes líneas de significación: la comunicación como “participar en” e interacción y como transmisión de información. La comunicación como interacción excluye, en un primer momento, a los diferentes medios de información y se enfoca en la comunicación cara-cara, donde la presencialidad y la temporalidad eran fundamentales. La comunicación se entendía, en principio, como una especie de comunión: compartir con Dios y con “nuestra” comunidad. Comunicación, en la época medieval, “expresaba una acción casi ritual efectuada entre miembros de una misma comunidad, era una afirmación de valores comunes que manifestaba la pertenencia y la circulación dentro de un mismo círculo” (Tropez, 2000, p. 110). Por ello, quien no pertenecía a dicho círculo, como el forastero, era de alguna manera excluido del círculo por no compartir los mismos códigos generadores del sentido común.

La segunda surgió con la aparición de los medios de información masivos: prensa, cine, radio y televisión a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. En vista de que estos medios no permitían a la audiencia responder a sus mensajes, se empezó a entender la comunicación con la transmisión de información. De igual modo lo argumenta Tropez:

Recordemos que unas de las características fundamentales de estos medios era su unidireccionalidad y “masividad”, esto es, el medio transmitía una información que era recibida por sus usuarios (en masa), los cuales no tenían la posibilidad de responder, es decir, de interactuar. En suma, la unidireccionalidad y masividad de los medios hizo que los primeros investigadores de la comunicación la entendieran como la transmisión de mensajes (2000, p. 143).

Esta forma de entender la comunicación –como transmisión– sigue muy vigente hoy día, incluso en los estudiantes de comunicación (Rizo García, 2012). Es más, se podría decir que la definición de comunicación más recurrente sea la de transmitir información o datos de una persona a otra o de un medio de comunicación a una audiencia. En este sentido, se habla de un emisor que transfiere un mensaje a un receptor, tal como lo definió Shannon y Weaver: la comunicación es transmisión de información, es un proceso lineal (Citado en John Fiske, 1984).

Finalmente, con la aparición de Internet y de los nuevos medios digitales, la comunicación vuelve a entenderse como participar en, poner en común, o mejor, como interactuar, pero con la diferencia de que ésta ya no se produce entre miembros de una misma comunidad sino entre usuarios de dichos medios que pertenecen a múltiples comunidades. Algunas características de esta nueva forma de entender la comunicación son: “La respuesta [entre los usuarios] no es unívoca y no se da en el mismo tiempo y en el mismo espacio. Incluso, el interlocutor no es uno, sino varios y pueden estar en distintos lugares al mismo tiempo e interactuando con muchos que no conocen, pero que empezó a conocer a través de un simple CLIC” (Sánchez Zuluaga, Botero Montoya, & Giraldo Dávila, 2012, p. 46).

En este orden de ideas, es claro que las múltiples formas de definirse la comunicación estuvieron relacionadas con los avances en las telecomunicaciones. Fue a partir de la interacción de los sujetos y sociedades con los medios masivos de comunicación (prensa, radio, televisión) y, más adelante, con los medios digitales (internet), cuando empieza a cambiar las formas no solo de comunicarse sino de entenderse la comunicación.

Actualmente, la comunicación se entiende como un proceso, proceso de producción e intercambio de sentidos. Esta forma de definirla permite no restringir el acto comunicativo solo a partir de los medios que se utilizan para la interacción (medios masivos, digitales o comunicación interpersonal), sino comprenderla como un proceso que se da en cualquier ámbito humano o como un fenómeno social que está presente en las relaciones humanas.

Ahora bien, en el campo de la comunicación y salud, Díaz y Uranga (2011) plantea que la comunicación ha sido comprendida desde dos modelos: el informacional y el relacional. El modelo informacional, llamado también modelo instrumental, entiende la comunicación como la transmisión de mensajes, específicamente a través de los medios de información como la radio, la prensa, la internet y la televisión. Estos mensajes, por sí solos, tienen el poder, casi mágico, de cambiar las formas de entender la realidad, pues se da por hecho que quien recibe la información comparte los mismos códigos de quien los emite, minimizando la posibilidad de incompreensión de los mensajes o malentendidos.

El modelo relacional, en cambio, ve la comunicación como un fenómeno mucho más complejo y la reconoce como “una dimensión fundamental de los proyectos de cambio social que incorpora un diagnóstico certero de los diferentes actores que participan en el proceso, reconociendo las características, necesidades y motivaciones de los destinatarios y buscando establecer nexos a partir de los condicionantes culturales y sociales que constituyen su marco de interpretación de la realidad” (Díaz, 2012). La comunicación se caracteriza por no ser unidireccional, por partir desde el destinatario de los mensajes y no desde quien los produce, entiende que la cultura es un condicionante esencial a la hora de codificar los mensajes y visibiliza otros actores diferentes a los medios de información.

Es importante señalar que si bien la reflexión sobre la relación televisión y salud debería ubicarse en el modelo relacional, debido a que se debería partir de las necesidades informativas de salud de los televidentes, la realidad, como se verá más adelante, es que prevalece el modelo informacional. En este modelo los interlocutores del mensaje no tienen participación ni injerencia en la producción de los mismos, incluso sus conocimientos, además de no estar

incluidos en el mensaje, son deslegitimados por los productores. Sobre esta idea se volverá más adelante.

## **1.2. Salud en el medio “omnipresente” que es la televisión.**

Una de las aristas de la comunicación y salud es la televisión. Este medio electrónico, catalogado como el que mayor impacto social ha generado desde su creación (García Reina, 2004), juega un rol central a la hora de desarrollar temas sobre salud. Prueba de ello son algunos estudios que muestran el aumento de contenidos de salud en algunos canales televisivos de países europeos y americanos (Alcalay & Mendoza, 2000; de Semir & Revuelta, 2006; Sánchez Martos, Roskelley, Llorente, Rutz, & Aparicio, 1999).

En sintonía con ello, la demanda por parte de los ciudadanos sobre este tipo de mensajes también ha aumentado con los años (Sánchez Martos et al., 1999), incluyendo a Colombia (Bonilla & Cadavid Bringe, 2004b; Mondragón, Hermelin, & Moreno Londoño, 2013). Y es que, como sugieren otras investigaciones, una parte gruesa de los ciudadanos se informan sobre salud a través de los medios más que de los médicos o centros de salud (Arroyave, 2008). Con respecto a la televisión, estudios señalan que este medio es más utilizado para informarse sobre salud que la radio y los mismos profesionales del área (Organization Panamerican Health, 1998 Tomado de Alcalay & Mendoza, 2000). Incluso, sectores amplios de la población, especialmente los sectores con más dificultades económicas, usan solo este medio para ampliar sus conocimientos en el tema y reflexionar sobre su importancia (Espanha, 2009; Sánchez Martos et al., 1999).

La bibliografía especializada reconoce la relación televisión y salud en dos perspectivas, ambas opuestas. La primera dice que la televisión afecta la salud en varios sentidos: contribuye a la confusión y a la desinformación en temas de salud (Vega Fuente, 1996), ayuda a incrementar la obesidad a través del sedentarismo que implica el hecho de ver televisión (Moreno L. & Toro Z., 2009; Ruano Ruano & Serra Pujol, 1997), y de su contenido que incita al consumo de comida no nutritiva (Mejía-Díaz, Carmona-Garcés, Giraldo-López, & González-Zapata, 2014). Además, puede transmitir mensajes relacionados a “sentirse bien” ligados al

consumo de licores, alimentos o tabaco, así como influir en la configuración de conductas violentas o nocivas para la salud (Strasburger, 2005). A través de sus dramatizados, construye estereotipos estéticos que son seguidos por los televidentes en detrimento de su salud, caso de la bulimia, la anorexia y la estigmatización de las personas con sobrepeso (Meza, 2006).

La segunda, por el contrario, señala que la televisión impacta positivamente en la salud individual y colectiva de los televidentes, pues favorece la comprensión de las enfermedades y sus alternativas en los tratamientos (Beca & Salas, 2004); modifica creencias que imposibilitan la adopción de actitudes y conductas saludables (Rideout, 2008); estimula las actitudes proactivas en la búsqueda de información en otros medios y enseña habilidades y conductas (Christenson & Ivancin, 2006a); amplía el conocimiento sobre salud (Espanha, 2009); tiene un efecto positivo no solo individuos sino en sus entornos, beneficiando sus comportamientos en salud y en políticas de salud (Alcalay & Mendoza, 2000); tiene potencial formativo para trabajar temas tan complejos como la educación sexual en los jóvenes (Arroyave, 2008), el consumo responsable de drogas (Vega Fuente, 1996) o el alcoholismo (Naveillan F., Cornejo A., López B., & Saint-Jean, 1987).

Si bien la televisión puede representar ambas caras de la moneda en cuanto al manejo de los contenidos en salud, nadie niega su potencial educativo. La televisión facilita, cuando se lo propone, la educación en salud (Espanha, 2009) y da herramientas valiosas para posibilitar a las instituciones sociales interesadas en el tema, la puesta en marcha de estrategias de intervención educativa (Vega Fuente, 1996).

Por otra parte, la bibliografía especializada muestra que la salud ha sido abordada a través de los diferentes géneros y formatos televisivos. Podría decirse que no ha habido formato televisivo que no haya tocado el tema de la salud. En los últimos 20 años, se ha estudiado cómo los temas de salud aparecen en noticieros (COMFER, 2009; Gómez Supelano, 2011; Mondragón et al., 2013), reality shows (Christenson & Ivancin, 2006a), seriados (Rideout, 2008), telenovelas (Andaló, 2003; Meza, 2006), dibujos animados y campañas preventivas (Marín Díaz, 2005) y comerciales (Mejía-Díaz et al., 2014). Los magazines han sido analizados solo transversalmente por estos y otros autores. También se ha indagado sobre cómo aparece



la medicina (occidental) en la televisión y los problemas éticos relacionados (Beca & Salas, 2004)

Igualmente, se ha analizado con mayor rigor cómo el periodismo le da tratamiento a las secciones de salud, además de la televisión, en otros medios masivos de comunicación como la radio y la prensa (Fog, 2010; Gómez Supelano, 2011; Morales & Vallejo, 2010; Sánchez Martos et al., 1999). Incluso existe en un informe, el Informe Quiral, realizado anualmente que monitorea y analiza periódicamente las noticias sobre salud pública y medicina (occidental) en los periódicos de mayor difusión en España (El Mundo, El Periódico, El País, ABC, El Mundo y La Vanguardia). El Informe Quiral es promovido por el Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra y la Fundación Vila Casas.

Los dramatizados, perteneciente a los formatos de ficción, parecen tener mejor efectividad a la hora de transmitir mensajes de salud. Los televidentes, al identificarse con los personajes que siguen, conectan sus propias experiencias con los contenidos (Andaló, 2003). La ficción audiovisual juega en este sentido un papel fundamental en la construcción de representaciones sobre la salud, el sistema de salud y las propias acciones políticas que contribuyan al mejoramiento de la prestación de servicios de salud (Espanha, 2009).

Existen gran variedad de temas de salud que han sido abordados desde los diferentes programas de televisión. El autocuidado, la buena alimentación, los estilos de vida saludable, las enfermedades de transmisión sexual, el tabaquismo, el sedentarismo y la obesidad, las actividades físicas regulares y el consumo de bebidas alcohólicas son temas recurrentes del estudio de la relación entre televisión y salud (Puerta Silva & Agudelo Calle, 2016).

Ahora bien, la forma de la televisión de comunicar la salud ha tenido transformaciones importantes. Las temáticas, los géneros o formatos televisivos y las estrategias para transmitir los mensajes de salud se han afinado con los años. Así mismo lo expresa Andaló cuando afirma: “Al principio, los mensajes eran básicos, intuitivos, tales como “fumar es malo” o “es bueno estudiar para ser alguien en la vida”. Pero con el tiempo comenzaron a tratar temáticas sociales más complejas y así se convirtieron en una guía sutil pero eficaz para instalar conciencia en el

pensamiento colectivo acerca de cuestiones controversiales de salud pública, como también para promover una sociedad más ética y saludable” (Andaló, 2003, p. 10).

Es evidente en los estudios analizados el potencial de la televisión para informar y formar en temas de salud. No obstante, como lo sugiere Arroyave (Arroyave, 2008), este medio por sí solo puede llegar a ser insuficiente para generar cambios de comportamientos en los televidentes. Se requiere, además, otras estrategias de comunicación –como estrategias interpersonales– para tener un efecto mayor. También es necesario que dichas estrategias sean constantes en el tiempo, pues no basta solo con campañas de corto aliento.

Metodológicamente, la relación televisión y salud se ha abordado desde los enfoques cuantitativo y mixto. El enfoque cuantitativo es, definitivamente, el más utilizado. El análisis de contenido, en la que se usan fichas cuyo objetivo es registrar eventos que ocurren minuto a minuto, o técnicas similares para captar la información audiovisual, es la más requerida. Y ello es comprensible en la medida en que los objetivos de muchos de los estudios de este tipo van dirigidos a analizar, caracterizar y comparar la forma en que aparecen ciertos temas de salud en algunos canales y programas de televisión (Alcalay & Mendoza, 2000; COMFER, 2007, 2009; Gómez Supelano, 2011; Mejía-Díaz et al., 2014; Meza, 2006; Mondragón et al., 2013; Morales & Vallejo, 2010; Naveillan F. et al., 1987).

El enfoque mixto, que combina lo cualitativo con lo cuantitativo, también es utilizado, pero en menor medida. Es recurrente, y es necesaria la aclaración, que primero se hagan registros cuantitativos de los canales y programas y, posteriormente, se realicen análisis cualitativos de los datos obtenidos. Se usa este enfoque para analizar los contenidos audiovisuales y la recepción de estos (Arroyave, 2008; Espanha, 2009; Fog, 2010; Moreno L. & Toro Z., 2009). Es aquí cuando aparecen técnicas como entrevistas y grupos focales principalmente. Si bien existen diversas metodologías para analizar los contenidos televisivos (análisis de discurso, análisis textual, análisis etnográfico, estudios de mercado, etc.) es recurrente que solo se haga uso del análisis de contenido.

### 1.3. Géneros y formatos televisivos para tratar la salud

Como ya se mencionó, cada vez es más recurrente ver programas de salud en la televisión colombiana. Los canales nacionales, departamentales y regionales, públicos y privados, ofrecen en sus parrillas de programación programas con contenido en salud. Noticieros, telenovelas, magazines y talk shows son algunos de los géneros televisivos más utilizados para presentar este tipo de información, la cual es transmitida en vivo o pregrabadas. Los horarios de la mañana y de la tarde son, definitivamente, los más utilizados.

Pero antes de identificar y describir algunos de los programas que tratan salud en Colombia, es conveniente definir qué es un género o un formato televisivo.

La televisión transmite sus mensajes en unos contenedores llamados géneros y formatos televisivos. Según Orza, autor que se seguirá en esta definición, los géneros televisivos son “un tipo de discurso que presenta unas características temáticas, estructurales y de estilo” (2002, p. 24). El discurso hace alusión al mensaje, el punto de vista, a la versión del mundo que se pretende transmitir al telespectador.

Según su clasificación, hay tres tipos de discursos: referencial, ficcional e híbrido. Para definirlos, es preciso intentar responder la siguiente pregunta: ¿Lo que se está transmitiendo en la pantalla del televisor, hace parte del mundo “real” o de la “fantasía”? Si bien la respuesta es tan compleja como la pregunta, cosa que no tiene lugar aquí, bastará con decir que la realidad, como la entiende la Real Academia de la Lengua Española en su versión virtual, es la “existencia real y efectiva de algo... Lo que es efectivo o tiene valor práctico, en contraposición con lo fantástico e ilusorio”<sup>17</sup>. La ficción, entonces, se comprende como cosa, hecho o suceso fingido o inventado, que es producto de la imaginación o que no hace parte del mundo real<sup>18</sup>.

Así las cosas, el discurso referencial son aquellos contenidos televisivos que toman todos sus elementos de dicha realidad y los exponen como lo hacen en los noticieros. Espacio, lugar y personajes son producto de la realidad. Por el contrario, el discurso ficcional construye

---

<sup>17</sup> Tomado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=realidad> [lunes, 15 de junio de 2015].

<sup>18</sup> Tomado de <http://lema.rae.es/drae/?val=ficci%C3%B3n> [lunes, 15 de junio de 2015].

dichos elementos a partir de la imaginación de los productores: lugar, espacio y personajes son inventados. En este orden de ideas, los discursos híbridos son aquellos contenidos televisivos que toman sus elementos de la realidad y de lo ficcional, al punto, muchas veces, de ser difícil diferenciar la línea que los separa.

Estos discursos tienen a su vez tres intenciones comunicativas: informativa, lúdica o de entretenimiento y apelativa o de convencimiento. La primera se caracteriza por tener presencia de contenidos provenientes de la realidad y por el uso de un lenguaje referencial. La segunda, por tener presencia de contenidos provenientes tanto de la realidad como de la ficción (más la segunda). Y la tercera, por tener presencia de contenidos que provienen tanto de la realidad como de la ficción (más la primera) y de la tendencia del productor a argumentar, fundamentar y polemizar en relación a las ideas y/o los contenidos que transmite en su discurso.

Las características temáticas se refieren a “aquello de lo que se habla”, es decir al tema. Los temas tienen un alcance: local, nacional, internacional; una unidad: deporte, política, salud...; y un carácter: público o privado.

Lo estructural tiene que ver con un conjunto de secuencias que se entrelazan dando forma a una estructura que determina la organización global del discurso (Orza, 2002). Hay dos tipos de estructuras: interna y externa. La interna habla de la ubicación de los programas (AM o PM) y el modo de emisión (directo, diferido, grabado). Y la externa se refiere a la organización narrativa (seriada-autónoma, seriada, autónoma), a la organización temporal (presente, pasado, fingida), a la organización espacial (real, representada, fingida) y a la organización de las personas y los personajes (reales, representados, ficcionales).

Por último, las características de estilo hacen referencia a cómo se dicen las cosas, el punto de vista del productor. Hay dos tipos de estilos generales: los funcionales del discurso, que se refiere a esos estilos que se relacionan con las intenciones del productor y la funcionalidad del discurso (Orza, 2002). Entre las actitudes del productor se encuentra: informar, narrar, representar, convencer, explicar, conversar. Y los de registro estilístico: aquellos procedimientos que tienden a embellecer el discurso desde un determinado registro

(Orza, 2002). Algunos de los registros estilísticos son: humorístico, científico, polémico, investigativo, sensacionalista, novelado, objetivo, entre otros.

En este orden de ideas, hacen parte de los géneros referenciales: noticieros, documentales, debates, magazines, resúmenes semanales de noticias, publicidades de productos y propagandas. Este tipo de géneros están compuestos por un discurso referencial con características como: sus contenidos son reales; su función textual es informativa y/o apelativa o de convencimiento; la actitud del productor construye y ordena la realidad, así como convence sobre cosas reales; los objetivos del productor son informar, referir y persuadir; la función del lenguaje dominante es informativa y apelativa; y el contrato comunicativo está sustentado en relaciones de verdad y credibilidad.

En vista de que los programas de salud que se analizarán más adelante pertenecen a los géneros televisivos magazine y noticiero, solo se describirán estos a la luz de los conceptos mencionados. También entran en este paquete la publicidad de productos, que hacen parte de los noticieros, y los comerciales, que se encuentra en los magazines.

El noticiero es uno de los primeros géneros de la televisión. Los temas que trata son de actualidad acerca de cosas, personas, acontecimientos y sucesos de la realidad. Su dominio de validez es local, nacional e internacional, y su carácter es público. Su estructura está dada por una ubicación horaria: se transmite en la mañana, al medio día y en la noche, y su modo de emisión es en directo, con una frecuencia de emisión diaria. Los espacios, el tiempo y los sujetos son reales. El estilo funcional es informativo, periodístico, narrativo; y el registro estilístico es objetivo, sensacionalista, de investigación, científico e ideológicamente definido.

El magazine, de otra parte, aborda temas variados de muy amplia actualidad como moda, belleza, ocio, espectáculos, concursos, salud e información general. Se caracteriza por abarcar otros géneros y sirve como formato contenedor: campañas de salud, entrevistas, videos y participación de público. El dominio de validez es local, nacional e internacional, y su carácter puede ser tanto público como privado. Su estructura la compone una ubicación horaria: se transmite mañana, tarde y noche; el modo de emisión es en directo y su frecuencia

de transmisión es diaria. Los espacios y los sujetos pueden ser reales o representados. El estilo funcional es narrativo, conversacional y explicativo. Y el registro estilístico es coloquial, entretenido, emotivo y espectacular.

La publicidad de productos tiene como tema un producto, una idea o un servicio. El dominio de validez es local y nacional (a veces internacional), y el carácter es público. Con respecto a la estructura, la ubicación horaria se da a intervalos de tiempo regulares. El modo de emisión es grabado, con frecuencia y constante. Los espacios, los sujetos y los tiempos pueden ser reales, representados o fingidos-imaginados. El estilo funcional es argumentativo y en el registro estilístico pueden haber todos: humorístico, emotivo, real, irreal, paródico, etc.

Y la propaganda tiene el tema de la problemática social, la causa, involucrada en la difusión del mensaje: sida, alcoholismo, maltrato infantil, accidentes de tránsito, etc. El dominio de validez es local y nacional, y su carácter es público. En la estructura, la ubicación horaria es a intervalos de tiempo regulares, y su carácter es público. Los espacios, los sujetos y los tiempos pueden ser reales, representados o fingidos-imaginados. El estilo funcional es expositivo-explicativo, informativo, periodístico y argumentativo. Y el registro estilístico, también, pueden haber todos: humorístico, emotivo, real, irreal, paródico, etc.

A modo de contexto, hacen parte de los géneros ficcionales: telenovelas, series, comedias de situación, telefilmes y series de animación. Los contenidos son ficcionales: realistas o fantásticos. La función textual es lúdica y de convencimiento; la actitud del productor es creativa y persuasiva y sus objetivos son entretener, convencer. El contrato comunicativo está sustentado en una relación de sustitución, imitación, incredulidad y fingimiento.

Y por último están los géneros híbridos, tales como: concursos, programas infantiles, magazines del corazón y de sucesos, *realities shows*, *talk shows*, documentales de ficción, entre otros. Se les llama híbridos porque sus contenidos pueden ser reales y ficcionales al tiempo. La línea entre lo uno y lo otro no es clara. La función textual es lúdica, informativa y de convencimiento. La actitud del productor es creativa, informativa de lo real y persuasiva. Se busca convencer-persuadir, informar-señalar y entretener. El contrato comunicativo está

sustentado en relaciones simultáneas de credibilidad/incredibilidad, verdad/falsedad, y representación/fingimiento.

La salud ha sido abordada desde todos los géneros. Si bien al principio los géneros referenciales fueron los más utilizados para transmitir este tipo de contenidos, por tratarse de un tema tan sensible socialmente, con el tiempo se han utilizado también los géneros ficcionales e híbridos. Incluso, desde hace algunos años, se ha comprobado que los géneros que buscan entretener tienen un potencial importante para transmitir contenidos en salud. A esta corriente se le conoce como edu-entretenimiento o entretenimiento educativo<sup>19</sup>.

A continuación se describirán los programas con contenido en salud que no ingresaron a la muestra pero que desarrollaban temas de salud como se mencionó en el enfoque metodológico.

## **2. LA PRESENCIA DE LA SALUD EN LA TELEVISIÓN COLOMBIANA (EN LOS CANALES SELECCIONADOS)**

Durante el periodo que duró el monitoreo a los canales nacionales y regionales (públicos y privados), se identificaron varios programas con contenido explícito en salud. A continuación se realizará una breve descripción de los canales y programas con tal contenido. Primero se mencionarán los canales y programas que no entraron en la muestra, a modo de contexto general, para pasar a los que sí. Posteriormente, se profundizará en los programas seleccionados.

### **2.1. Programas colombianos de los canales que no entraron en la muestra**

En Colombia existen actualmente cinco canales nacionales: dos de propiedad privada (RCN y Caracol), dos de propiedad pública estatal y general (Canal Institucional y Señal Colombia, respectivamente) y un canal de asociación pública y privada (Canal Uno). En los canales privados, como se verá más adelante, existe gran variedad de programas de salud. En cambio, en los canales públicos nacionales no se halló este tipo de programas. Gran parte de la parrilla

---

<sup>19</sup> Para conocer más sobre el edu-entretenimiento ver las reflexiones hechas por Thomas Tufte (2004, 2008).

de estos canales, en especial de Señal Colombia, eran documentales y programas educativos que no abordaban la salud como eje temático central.

El Canal Uno, por su parte, sí tenía varios programas de salud en su parrilla de programación, cinco exactamente. Ellos son: Noticias Saludables, Hablemos de Salud, Vida Sana, Belleza es Salud, Centro Biomédico de Especialistas, Escrito en la Piel y Vivamos Mejor. Comparten todos estos programas el género televisivo: todos son magazines, el horario: en la mañana y en la tarde (principalmente) y la duración: entre 30 minutos y una hora. Los tres primeros programas se basan en la “medicina alternativa” o “natural” y prestan servicios o venden productos de manera explícita. Los patrocinadores son centros médicos o clínicas enfocadas en este tipo de medicina. El programa Belleza es Salud es un magazine enfocado en vender productos estéticos o “tratamientos de belleza”. Y Escrito en la Piel es un programa sobre las enfermedades de la piel auspiciado por Instituto de dermatología Federico Lleras Acosta. La invitación a los televidentes es siempre a consumir los tratamientos del instituto.

## **2.2. Programas en los canales seleccionados que no están en la muestra**

### **2.2.1. Canal privado nacional Caracol**

El canal Caracol tenía, para el semestre II de 2013, cinco programas con contenido en salud: Día a Día, Mujeres al Límite, Tu Voz Estéreo y Noticias Caracol (transmisión de la mañana y el medio día).

Día a Día es un magazín –variedades en palabras de ellos– que se emite de lunes a viernes de 8:15 a 11AM. Este programa se encuentra dentro de la sección de entretenimiento del canal y tiene varias secciones que tocan temas de música, cocina, entrevistas, concursos, salud, entre otros. Su primera emisión fue en 1999 y a inicios de 2009 su formato cambió para enfocarse hacia un público femenino, denominándose Día a día: tu casa.

El programa no tiene una sección de salud como tal; no obstante, tiene dos secciones en las que tratan temas de sexualidad y salud con un enfoque estético. La primera se llama El Tema de Flavia y dura, aproximadamente, 5 minutos. Flavia Dos Santos es una sexóloga que responde preguntas de los televidentes, da consejos y propone temáticas para mejorar las



relaciones sexuales entre las parejas. La segunda se llama Los Apuntes de Cata. En esta sección, una de las presentadoras y modelos del programa habla de temas que van desde consejos para “desmanchar las uñas” hasta “alimentos para desintoxicar el cuerpo... luego de haber comido en exceso en diciembre”. Esta sección tiene como lema central: “Véase más bella y saludable naturalmente”.

Mujeres al Límite es un seriado que se transmite de lunes a viernes de 5 a 6PM. El tema central es la mujer y algunos de los conflictos a los que se ve enfrentada en la sociedad de hoy. Estas historias son inspiradas en casos reales y se desarrollan temas como el suicidio, las cirugías plásticas, el aborto, la bulimia, los problemas de adicción, el aborto, la violencia intrafamiliar, etc. Si bien hay varios temas que tienen que ver directamente con el campo de la salud como los mencionados, la esencia del programa, como se indica en su sitio Web, son las vivencias de todas esas mujeres que deben enfrentar dilemas morales y situaciones límites que las llevan a callejones sin salida. Tales dilemas son resueltos, en parte, por una presentadora que va interviniendo durante el transcurso de las historias para hacer breves reflexiones y plantear interrogantes a los televidentes sobre las situaciones vividas por los protagonistas.

Tu Voz Estéreo es otro seriado del Canal Caracol que se emite de lunes a viernes de 6 a 7 PM y está inspirado en un programa radial en el que los oyentes participan contando sus historias. A continuación la sinopsis que hacen los productores del programa en la página Web del canal:

Es un espacio en el que convergen desde relatos de amor y de despecho, hasta conflictos juveniles y familiares. El aborto, el suicidio, la bulimia, los problemas de adicción, el amor y el desamor son algunos de los temas que llaman la atención de los televidentes en este seriado. Michelle Rouillard es Sara, una periodista sagaz y rebelde que conduce un popular programa radial en el que los oyentes son los protagonistas de las más insólitas y dramáticas historias en las que, sin proponérselo, ella termina involucrándose. La necesidad de ser escuchados impulsa a los oyentes a comunicarse con el programa para desahogarse, denunciar, compartir, opinar y hasta pedir auxilio. Sara no está sola. Andrés, interpretado por Pedro Falla, es su compañero de fórmula<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Tomado de <http://www.caracoltv.com/> [Consultado el 22 de enero de 2015].

Como se puede apreciar, al igual que el seriado *Mujeres al Límite*, *Tu Voz Estéreo* trata temas de salud, más no es el tema central; no obstante, los temas de salud son recurrentes.

Es importante anotar que aparte de estos programas, también se transmitió por esa época una telenovela llamada *Mentiras Perfectas*. La telenovela fue una adaptación de la serie estadounidense *Nip Tuck* en la que se trata el tema de la cirugía plástica y lo que esta esconde, mediante las historias de personas que asisten a la clínica para someterse a tratamientos quirúrgicos. Sin embargo, no fue seleccionada para este análisis debido a que el enfoque del programa giraba más en torno de las relaciones amorosas y sexuales de sus protagonistas que de la salud.

### **2.2.2. Canal privado nacional RCN**

En el canal RCN se registraron dos programas: *Muy Buenos Días* y el noticiero RCN (transmisión del medio día). Al igual que *Día a Día* del canal Caracol, *Muy Buenos Días* es un programa de variedades –magazine– que comenzó a emitirse en el 2002. Entre sus diferentes secciones se encuentra una de salud en la que el presentador (médico especialista o terapeuta) hace referencia a problemas de la salud relacionados con odontología, sexología y otros. El tema depende, en buena medida, del especialista invitado. Una profesional de la psicología, a quien llaman “doctora Lucía”, es la encargada de tratar los temas sobre sexualidad, relaciones de pareja y afines.

Para el momento de la selección de los programas, hubo uno que no fue incluido porque salió del aire, es decir, ya no existe, y que ha sido uno de los más importantes en Colombia en cuanto a su contenido en salud: el Doctor S.O.S. Este *talk show*, adaptación del programa estadounidense *The Dr. Oz Show*, se caracteriza por tratar temas exclusivamente sobre salud, utilizando diversos recursos audiovisuales para transmitir de manera más clara los conceptos y la jerga médica. Si bien la primera temporada fue muy exitosa en términos de *rating*, la segunda no tuvo el mismo éxito, razón por la cual se sacó del aire.

### 2.2.3. Canal departamental público Teleantioquia

Teleantioquia ha tenido franjas de salud durante muchos años. Con poco más de una década, este canal público departamental inició con un programa llamado Todo queda en familia, el cual trataba temas de salud mental, salud física y de relaciones humanas. Luego vino otro programa llamado Más que piel, en donde se trataban temas de salud sexual y reproductiva, identidad, autoestima, relacionamiento entre padres e hijos y afines. Después salió al aire un programa que fusionaría ambos programas llamado Red Vital.

Durante el tiempo que se realizó la búsqueda de programas para la muestra, este canal no contaba ya con los programas mencionados. Así que el programa seleccionado fue un magazine llamado Las Tres Gracias, el cual tiene una sección de salud. Si bien Las Tres Gracias no tiene entre sus objetivos desarrollar esta temática, muchas de las secciones que la componen tienen relación con la salud, aunque con una mirada predominantemente comercial.

Otro de los programas registrados fue Vivir Mejor el cual fue sacado del aire en el tiempo que se realizó las grabaciones. Según su página Web, el programa

es la franja de salud de Teleantioquia, creada para promover la prevención y promoción de la Salud en la familia antioqueña. Nuestros televidentes encuentran en el programa una asesoría y respuesta inmediata a las inquietudes sobre salud con referencia al tema del día, a través de llamadas telefónicas y redes sociales que permiten la interacción con los especialistas invitados. Vivir Mejor es un programa educativo donde se entregan alternativas a los televidentes promoviendo su bienestar y calidad de vida, nuestro programa entrega diariamente una guía completa sobre salud y estilos de vida saludable<sup>21</sup>.

Teleantioquia también hizo una apuesta importante por producir dramatizados en salud. En asocio con la Secretaría Seccional de Salud y Protección de Antioquia, se produjo un seriado regional llamado Aprendí a quererme. En él se trataban temas desde un enfoque de la salud pública como la violencia intrafamiliar, la adicción a las drogas, la discapacidad física, la orientación sexual, las cirugías estéticas, entre otros. El seriado se transmitía de lunes a jueves a las 9:30PM. El programa no entró a la muestra final porque durante el tiempo de grabación de los programas, la serie estaba terminando.

---

<sup>21</sup> Tomado de <http://www.teleantioquia.co/programas/vivir-mejor/presentacion/> [Consultado el 22 de enero de 2015].

#### **2.2.4. Canal local-municipal público Telemedellín**

Telemedellín contaba con cuatro programas con contenido en salud: Estamos INDER, Asana Yoga, Madrugadores y Medellín Ciudad Saludable.

Estamos INDER es un magazine que tiene como objetivo central mostrar los espacios y programas deportivos del Instituto de Deportes y Recreación de Medellín (INDER). Entre las temáticas que se desarrollan están el aprovechamiento del tiempo libre, mostrar y promover deportes diferentes al fútbol para su práctica y conocimiento de técnicas deportivas.

Asana Yoga es un programa, formato magazine, donde se enseñan ejercicios de yoga como manejo de la respiración, técnicas de meditación y movimientos corporales. El programa se transmite a las 6AM de martes a domingo y tiene una duración de 15 minutos. Lleva al aire desde el 2011.

Madrugadores es un magazine que invita a retomar los estilos de vida saludable. Aeróbicos, rumba, gimnasia de mantenimiento, *tae box*, entre otras, son las rutinas que se llevan a cabo. Se utilizan los escenarios deportivos del INDER como una forma de invitar a los ciudadanos a utilizar sus servicios. Se transmite de lunes a sábado a las 6:15AM y dura 45 minutos. Su primera emisión fue en 2011.

#### **2.2.5. Canal local-municipal privado Televid**

Este canal fue incluido en la muestra debido a que fue referenciado en repetidas ocasiones por las interlocutoras. El formato utilizado para hablar de salud es el magazine. Cada año aparecen nuevos programas con este tipo de contenidos. Los programas que estaban al aire a finales del 2013 fueron Sanamente y Con pie derecho.

Sanamente es un magazine presentado por un médico psiquiatra, quien además es concejal de Medellín y defensor de los animales, y una presentadora. El programa trata temas relacionados con problemas de salud mental y tiene el objetivo, según su video promocional, de orientar y brindar apoyo para que, quienes padezcan dichas enfermedades, reciban asesoría.

Es transmitido una vez a la semana, los viernes, a las 11AM, con repeticiones los miércoles, sábados y domingos.

Con Pie Derecho es otro magazine dirigido especialmente a personas mayores de 45 años. Tiene el propósito de promover estilos de vida saludable mediante actividades deportivas. Los presentadores son expertos en la preparación física.

\*\*\*

Como se ve, el magazine ha sido el formato que más se ha utilizado para transmitir programas de salud, sobre todo en el ámbito regional y nacional público. Esto se debe, en parte, a que es el formato más económico y se presta para trabajar diferentes temas a partir de varias secciones o bloque temáticos. Los dramatizados, si bien como lo señala la literatura especializada son los que más potencial tienen para generar cambios de comportamientos en pro de la salud individual y colectiva, en Colombia han sido escasos a comparación con otros formatos.

Al respecto, el exministro de Protección Social, Diego Palacio, en un conversatorio sobre la pertinencia de diseñar y producir proyectos de comunicación para salud, señaló que desde 1993 se vienen desarrollando propuestas para generar cambios de comportamientos prosalud desde los medios de comunicación, en especial la televisión. Partiendo de que los mensajes de salud debían ser entretenidos para atraer a la audiencia, se optó por producir dramatizados. El primero de ellos fue un seriado titulado “Sida Cadena Mortal”; tuvo seis capítulos, cada uno con un mensaje específico. Además de la serie, el programa se complementaba a partir de unos conversatorios realizados en el canal RCN y en algunas cadenas radiales sobre los temas planteados en los episodios.

Posteriormente se realizó una novela llamada “Santa María del Olvido”, que trató temas sociales y salud en poblaciones pequeñas desde el enfoque de la prevención. Se emitía a las 11 de la mañana y apuntaba a un público femenino. En ambas series, la financiación fue cubierta en su totalidad por el Ministerio de Salud. Otros serizados con un claro enfoque en salud, pero cofinanciados por productoras de televisión privadas, fueron: “Pa’ Machos” y “Francisco el

Matemático”. Esta última fue financiada, en sus primeros 10 capítulos, por el Instituto para la Investigación Educativa y el Desarrollo Pedagógico, y tenía como finalidad reflexionar sobre la sexualidad en los jóvenes. Una vez el programa tomó fuerza (mucho fuerza), el canal RCN tomó el control del seriado<sup>22</sup>.

A corazón Abierto fue otra serie que trató la salud en la televisión nacional, y se destaca por ser la más vista, hasta ahora, en la historia de los seriados en Colombia. A corazón Abierto fue una adaptación nacional de la serie estadounidense *Grey's Anatomy*, una historia que se desarrolla en un hospital y muestra los dramas a los que se enfrentan los médicos en su cotidianidad<sup>23</sup>.

Otro formato muy utilizado para tratar la salud es el noticiero. Dentro de la parrilla temática, la salud ha venido ocupando un espacio importante, al punto de que hay presentadoras que presentan la sección de manera exclusiva. Finalmente está el *Talk show*: el Doctor SOS, cuya duración al aire fue de dos temporadas, trató la salud a partir de la utilización de ayudas didácticas y audiovisuales. Fue, se podría decir, el programa más importante de salud que tuvo la televisión colombiana, pues se emitía de lunes a viernes una hora diaria.

Si bien han salido y entrado al aire programas de salud antes y después del periodo de registro de los programas –semestre II de 2013– lo anterior ya es un primer panorama que muestra la importancia de la salud en la televisión. Esto sin incluir otros canales regionales que también tienen en su parrilla contenidos en salud.

A continuación se analizarán cuatro programas de televisión, dos noticieros y dos magazines, que sobresalieron entre los ya mencionados por ser los de mayor contenido en salud en sus respectivos canales. Para recordar otros criterios de la selección de dichos programas, remitirse a la metodología.

---

<sup>22</sup> Entrevista realizada a Diego Palacio, exministro de la Protección Social, en el marco del Conversatorio sobre la pertinencia de diseñar y producir Proyectos de Comunicación de Salud. Noviembre 2003. Tomada de <http://www.comminit.com/la/node/67452> [Consultado el 14 de julio de 2015].

<sup>23</sup> Para ver el rating de los seriados más vistos en Colombia ver <http://www.mediosencolombia.com/tv-colombiana-preferencias-nacionales/> [Consultado el 14 de julio de 2015].

### 3. ESTRUCTURA Y NOCIONES EN EL MENSAJE EN SALUD (EN LOS PROGRAMAS SELECCIONADOS)

La estructura narrativa es la forma como está concebido el mensaje televisivo en salud y que comparten los programas analizados. Según los análisis realizados a los diferentes programas de la muestra partir del esquema de lectura, se pudo evidenciar que estos tenían unos elementos que se repetían y que configuraban una forma específica de narrar la información en salud. Estos elementos son: apertura de los episodios, apoyos audiovisuales y pedagógicos y cierre de los episodios. A su vez, estos momentos narrativos tienen en cuenta los actores que hacen parte de la narración, sus roles en los episodios y los lenguajes que utilizan para transmitir el mensaje. A continuación su definición.

- Actores y roles: Aquí se identifican todos los actores (periodistas, profesionales de la salud, pacientes, entre otros) que participan en los diferentes episodios, así como las funciones y roles que cumplen dentro del programa.
- Relaciones entre los actores: Se refiere a las formas cómo interactúan todos los actores que participan en sus episodios.
- Lenguaje de los actores: por lenguaje se entiende “la manera de expresarse: lenguaje culto, grosero, sencillo, técnico, forense o vulgar; es el estilo y el modo de hablar y de escribir de cada persona en particular” (Patiño Restrepo, 2010, p. 174). En los programas analizados se encontraron dos tipos de lenguajes preponderantes por parte de los actores que construyen el mensaje en salud: el lenguaje coloquial y el lenguaje técnico.

El lenguaje coloquial se presenta en un contexto informal y distendido. “Coloquio es sinónimo de conversación. Por extensión, el lenguaje coloquial es el que, independientemente de la profesión o estatus social del hablante, se utiliza en la conversación natural y cotidiana”(Domenech & Romeo, 2004). Esta forma de expresarse se caracteriza por su oralidad, espontaneidad, expresividad y contacto con el emisor. La oralidad hace que el lenguaje sea más relajado y permisivo, razón por la cual abundan las repeticiones y redundancias, las frases inacabadas, las elipsis y las oraciones suelen ser cortas y sencillas.

La espontaneidad está relacionada con la imprecisión que pueden generar los códigos poco elaborados, teniendo como efecto la aparición de impropiedades y una pronunciación relajada. La expresividad está asociada al uso de palabras y enunciados que tienen una carga expresiva, emotiva o afectiva bastante alta. El contacto con el emisor “se caracteriza por el apoyo de los códigos extratextuales y el uso de una fraseología formulística propia de las funciones fática y apelativa del

lenguaje (por las que se establece, mantiene y estimula el contacto con el receptor) en la que abundan: modismos... expresiones eufemísticas...muletillas” (Domenech & Romeo, 2004), entre otros.

El lenguaje médico, por el contrario, hace referencia a las formas de expresarse del personal sanitario. Es una jerga típica y, “como toda jerga típica de una profesión, está reservada a los iniciados y en este sentido comparte con otras jergas las mismas características de lenguaje especial, críptico, inaccesible al vulgo” (Muñoz, 2009). En la medicina, la comunicación se hace en tres niveles y modalidades diferentes y con fines disímiles: el de la ciencia, el de la profesión y el lenguaje del trabajo del médico (Patiño Restrepo, 2010).

La medicina como ciencia “exige un lenguaje riguroso, pleno de terminología nueva derivada de los avances tecnológicos y científicos que suceden con tal rapidez que resulta inevitable la introducción constante de tecnicismos” (Patiño Restrepo, 2010). Como profesión, la medicina usa una terminología menos rigurosa y más cercana a los pacientes, familiares. Y el lenguaje del trabajo del médico hace alusión a la jerga que el profesional de la salud utiliza para dirigirse a sus colegas y se caracteriza por el uso de siglas y abreviaturas.

En suma, el lenguaje médico “es un sistema abierto, y como tal adquiere y desecha vocablos de acuerdo con la evolución del conocimiento biomédico. Es técnico y científico, pero como se ha anotado, emplea también vocablos que son “subtécnicos”, en particular en el argot del trabajo diario” (Patiño Restrepo, 2010).

- Apertura de los episodios: Tiene que ver con las formas en que introducen y justifican los temas de salud en cada episodio.
- Apoyos audiovisuales y pedagógicos: Se refiere a todas aquellas estrategias comunicativas que se utilizan en los programas para hacer más comprensibles los conceptos de salud.
- Cierre de los episodios: Son las formas en que cierran los episodios de la muestra.

### **3.1. Descripción de la estructura narrativa de los programas de salud seleccionados**

En las siguientes subsecciones se describirán y analizarán los programas seleccionados a partir de lo que se ha denominado aquí como estructura narrativa de los mensajes de salud. Los programas son: Los Buenos Años, Medellín Ciudad Saludable y las secciones de salud de los noticieros RCN y Caracol. Una vez finalizado dichas descripciones, se analizarán las tendencias de todos los programas en cuanto a sus estructuras narrativas.



### 3.1.1. Los Buenos Años



Tomado de Televid.com

Los Buenos Años es un magazine de salud que se transmite, de forma pregrabada, los martes a las 2:30PM, con repeticiones los lunes, miércoles y viernes a las 10:30AM. Está al aire desde el 2008 y tiene una duración de 30 minutos. El programa está dedicado, según su micrositio Web, “a los buenos hábitos de salud en aspectos básicos como la alimentación, el ejercicio físico y las prácticas saludables. Asumir una actitud preventiva para el cuidado de nuestro cuerpo es un adelanto para una vejez tranquila, por medio de actividades de acondicionamiento físico y retroalimentación sobre los métodos esenciales para el desarrollo de actividades físicas y deportivas”<sup>24</sup>.

Los Buenos Años hace parte del canal regional Televid de Medellín. Televid pertenece a la Congregación Mariana y comenzó a transmitir a partir del año 2000. Es un medio de comunicación con una misión evangelizadora, como ellos mismos lo expresan. La misma página menciona que su señal se expande a países de Centro y Sur América, así como a Estados Unidos, España y Portugal las 24 horas del día gracias a que está en el satélite NSS 806 desde el 2006. Desde el año 2009 el canal inicia procesos de medición con el principal auditor de

---

<sup>24</sup> Véase en <http://www.ipsarthros.com/entv.html> [consultado el 1 de agosto de 2015].

audiencias y consumo de medios de comunicación masivos en Colombia, el Estudio General de Medios EGM. Desde entonces, su sintonía ha venido creciendo con los años. En el año 2012 alcanzó una audiencia de 219.200 televidentes diarios en Medellín y, por primera vez, el canal se posicionó en el décimo lugar entre 121 canales regionales, nacionales e internacionales<sup>25</sup>.

Tanto el programa como el canal está dirigido al mismo público objetivo: adultos mayores, principalmente mujeres. En la página Web del canal queda muy clara esta postura: “Seguimos siendo el canal de las mujeres con un 68% de participación, representada en 159.056 televidentes”<sup>26</sup>.

El presentador y director del programa es un fisioterapeuta llamado Jorge Vélez, quien ha participado en otros programas de salud del mismo canal. Según este, Los Buenos Años fue una idea del canal que, por su reconocida labor en la ciudad, lo invitó a presentarlo. Luego el mismo canal pretendió sacar el programa del aire para producir un nuevo proyecto con características similares; no obstante, Jorge Vélez realizó una contrapropuesta para quedarse con la dirección del programa. Desde entonces hace las veces de director, presentador y patrocinador del programa. El patrocinio lo hace a través de una Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS, llamada Arthros, propiedad de él mismo. Esta institución presta servicios de rehabilitación por medio de fisioterapias y tiene dos sedes en Medellín. La pauta comercial más preponderante del programa, y en ocasiones la única, hace referencia a Arthros.

### **Descripción Técnica**

El programa comienza con una animación que lleva el logo símbolo del canal Tel Vid y la Congregación Mariana, dueña del canal: “A continuación Los Buenos Años. Este programa es apto para todos. No contiene escenas de sexo y violencia”.

Luego aparece el cabezote del programa que dura 30 segundos. En el cabezote se muestran adultos mayores, en especial mujeres, realizando actividades cotidianas como ir de compras, cambiar bombillos, caminar, realizar deporte, trabajar en un taller y jugar con los

---

<sup>25</sup> Véase en <http://televid.tv/televid/quienes-somos/historia> [consultado el 1 de agosto de 2015].

<sup>26</sup> Véase en <http://televid.tv/televid/quienes-somos/historia> [consultado el 1 de agosto de 2015].

nietos. Todos allí sonrían o manifiestan expresiones similares. Mientras estas imágenes pasan, una pista musical y unos textos en el centro de la pantalla las acompañan: “Prevención”, “Salud” y “Bienestar”. El video finaliza con el logo símbolo de Los buenos años.

Posteriormente sale en escena, en un plano general, el set de grabación y el presentador. El set es un espacio amplio de color predominantemente blanco en el que resaltan tres elementos: 1. el piso que simula un cuadro de ajedrez; 2. unas imágenes en el fondo, de tamaño real, de algunos adultos mayores –mujeres sobre todo– realizando terapias con implementos terapéuticos; y 3. una pantalla de televisión junto a un esqueleto humano.

Después sigue la presentación del tema del día que por lo general lo hace Jorge. Se hace una breve introducción y aparece un cuadro de texto en la pantalla (más conocido en el lenguaje audiovisual como piso o zócalo) con el nombre del presentador y del programa.

Luego comienza la única sección del programa que se llama “Acerca de...”. Esta sección es un VTR o nota que es utilizado para definir los conceptos básicos del tema a tratar. La nota la componen imágenes de la parte del cuerpo de la que se hablará, acompañadas de una voz en off femenina. Las imágenes se ajustan a lo que dice la voz. Esta sección tiene una pista propia que la identifica.

Concluida la sección, el presentador comienza a desarrollar el tema del día. Este bloque puede durar de unos 10 a 12 minutos. Y viene el espacio publicitario.

Los Buenos Años tiene dos tipos de mensajes publicitarios: uno pertenece propiamente al programa y otro es el correspondiente al canal. En el primero se publicita exclusivamente la IPS Arthros. El comercial muestra las sedes –que son dos en toda la ciudad– y sus espacios exteriores, los implementos terapéuticos, algunos profesionales y pacientes haciendo terapias y a Jorge Vélez hablando con algunos usuarios al tiempo que los acompaña en sus procesos de rehabilitación. En algunas ocasiones, esta publicidad viene unida a otra en la que el mismo presentador promociona otros proyectos e instituciones públicas encargadas de la salud pública de la ciudad. Estos mensajes promocionales son grabados en el set de Los Buenos Años.

Y en el segundo, vienen los mensajes publicitarios del canal, en los que se mencionan otros programas y eventos que hace la Congregación Mariana o el mismo canal. Este espacio dura, aproximadamente, 5 minutos.

Diferenciar entre ambos tipos de publicidad es difícil, puesto que el mismo presentador, una vez concluido el primer bloque del programa, anuncia que vienen “los mensajes” y, acto seguido, inicia la publicidad de Arthros, la cual podría ser considerada como una sección más, pues está en el marco del programa. Ello se evidencia cuando, una vez terminado este mensaje, aparece una animación con el logo del canal que dice: “Estás viendo Los Buenos Años”, como una forma de separar el contenido del programa de los mensajes institucionales del canal.

Al finalizar este espacio comercial-institucional, aparece una cortinilla con algunas de las imágenes y pista del cabezote, que son utilizadas para separar el contenido del programa de los contenidos propios del canal.

Finalmente, el programa continúa con su segundo y último bloque, que dura unos 10 minutos aproximadamente. Cuando se termina el programa, la cámara realiza un desenfoque del presentador y del set, y sobre este se plasman los créditos y agradecimientos: “Agradecimientos: Centro de fisioterapia y ejercicios Arthros y a Tele Vid”.

Durante el desarrollo del programa, los zócalos o cuadros de texto son utilizados para mostrar el nombre del presentador, el nombre del programa, los teléfonos de Arthros, la dirección de correo electrónico y la cuenta de *Twitter*. Todo el tiempo, en la parte superior derecha de la pantalla se encuentra el logo símbolo del canal (o mosca, como lo llaman los productores). Como el programa no es emitido en vivo, no hay espacio para que los televidentes puedan interactuar con el presentador; por ello, la dirección del correo electrónico y la cuenta de *Twitter* solo se enseñan al final para que los televidentes puedan hacer “recomendaciones” o “comentarios”.

### **Actores y roles**

El programa tiene dos actores principales: Jorge Vélez y Georgy. Jorge es fisioterapeuta y cumple los roles de presentador y experto. En todos los episodios analizados está presente: no

hay programa sin él. Tiene como funciones: presentar e introducir el programa, definir conceptos, recomendar comprar ciertos productos, entre ellos el de su IPS Arthros, hacer recomendaciones y sugerencias generales, plantear diagnósticos y realizar ejercicios terapéuticos. Viste siempre un uniforme azul, como los que utilizan quienes trabajan en el sector de la salud; su voz es fuerte y clara, y en ocasiones habla muy rápido.

Georgy es un esqueleto que hace parte de la escenografía, al que le da vida una voz en off masculina. Cumple la función de presentador y juega un papel central, pues le sirve de interlocutor al presentador: hace preguntas sobre el tema que se desarrollará, recuerda los teléfonos del centro terapéutico del patrocinador, le resta formalidad al discurso del experto-presentador a través de chistes y hace aclaraciones. Este personaje representa al público, a la televidente, a quien no sabe pero quiere conocer y no puede interactuar con los presentadores porque el programa no se transmite en directo.

Dice Jorge Vélez que cuando comenzó el programa no existía este personaje, solo fue cuando una vez, debido a su temor ante las cámaras, empezó a hablarle al esqueleto como si tuviera “vida propia”. La idea de darle voz al esqueleto fue de uno de los camarógrafos del programa, quien manifestó que sería la mejor forma de apoyar al presentador para que no se sintiera tan solo e incluso nervioso. La acogida de Georgy fue inmediata por parte de los televidentes y desde entonces hace parte del programa.

Otro actor que hace parte del programa es la narradora de la única sección, quien solo interviene el tiempo que dura. Sus funciones son definir conceptos médicos, reintroducir y contextualizar el tema del día y describir características de enfermedades. En este sentido tiene un rol de experta, aunque no hace parte del campo médico sino del equipo de producción.

Los expertos también se suman a esta lista de actores. Aunque no es frecuente su aparición, en los pocos episodios donde aparecen tiene un papel muy específico: vender un producto. Para ello, definen conceptos médicos, describen y explican enfermedades, hacen recomendaciones generales y particulares y, claro, exponen los beneficios del producto que intentan promocionar.

Por último están los voluntarios. Los voluntarios son invitados que pueden ser profesionales de la salud (específicamente otros fisioterapeutas) o personas de la tercera edad. Su función básicamente es realizar, como una estrategia para ilustrar, los ejercicios que el presentador-experto plantea.

Los actores que más intervienen son los dos presentadores, en especial el experto. Solo cuando participa otro experto –en dos episodios– su intervención supera la del presentador experto, quien asume el rol de entrevistador. En esos episodios no estuvo presente Georgy. Los voluntarios, por su parte, no hablan ni intervienen en las discusiones que se presentan entre los presentadores.

### **Relaciones entre los actores**

La relación entre todos los actores es jerárquica. Jorge es el experto con el conocimiento y Georgy es el inexperto, el paciente que desconoce sus dolencias, incluso su cuerpo. Georgy siempre tiene la pregunta y Jorge, la respuesta. Jorge explica, aclara, mientras Georgy escucha.

Esta misma dinámica se mantiene entre Jorge y esos otros que participan esporádicamente en el programa. Quienes hacen de voluntarios atienden las observaciones realizadas por el experto: no preguntan, no cuestionan, no participan activamente, no hablan. Realizan al pie de la letra los ejercicios que Jorge indica.

Lo mismo pasa cuando el invitado es un experto de más rango en la escala educativa. Jorge, el fisioterapeuta, asume otro rol frente al experto “científico”: es pasivo, interviene menos, cede la palabra. En uno de los programas, por ejemplo, Jorge presenta al invitado de la siguiente manera: “Tenemos al doctor, científico cubano, doctor Isaac Morhaim” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013). El estatus de científico hace que Jorge, un fisioterapeuta, no aporte como normalmente lo hace al desarrollo del tema. Incluso, fue corregido en dos oportunidades por el “científico”. En una de ellas estaba el invitado hablando de las características del envejecimiento y Jorge lo interrumpió y mencionó el término “las líneas de expresión”, inmediatamente el experto lo corrigió y le dijo: “Líneas de expresión es muy bonito, pero en verdad eso se llama arrugas” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

Por otra parte, las interacciones comunicativas entre todos los actores son de cordialidad y respeto. Entre Jorge y Georgy las interacciones son de amabilidad, complicidad y confianza. Es claro que tienen una relación más allá de la laboral. Hay empatía entre ellos y eso se debe a la confianza que se tienen. Georgy es la parte informal y Jorge la formal. Siempre uno se dirige al otro por su nombre y no por su profesión: los formalismos no existen.

### **Lenguaje de los actores**

El lenguaje que usan los actores del programa es una combinación entre lo médico y lo coloquial. El lenguaje técnico corre por cuenta del presentador-experto. Podría decirse que una de las características más fuertes del programa tiene que ver con la forma de expresarse de este, pues siempre recurre a expresiones médicas para explicar los temas del día y, en muchas de las ocasiones, no las traduce a un lenguaje coloquial.

Hay poco esfuerzo por usar un lenguaje más cercano a los televidentes, y esto se ve evidenciado desde los mismos títulos de los episodios: Vita Procolágeno, condromalasia, la hernia del núcleo pulposo. Un ejemplo que ilustra dicho léxico: “...Entonces hablábamos de condromalacia, pero no solamente es a nivel rotuliano. Uno puede tener condromalacia en la rodilla a nivel del cartílago que recubre los cóndilos del fémur” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013). Sin embargo, el presentador-experto usa un lenguaje coloquial cuando interactúa con Georgy: le hace chistes, usa expresiones populares y retoma términos dichos por Georgy.

Lo mismo sucede con el lenguaje que usa la narradora de la sección del programa. Los términos médicos son los más utilizados. Podría pensarse incluso que el guión que lee la voz en off es escrito por Jorge, pues el estilo es muy parecido a pesar de que ella no hace parte del campo médico.

En el caso de Georgy pasa lo contrario, su lenguaje es coloquial, informal. Él es el encargado de mediar entre el lenguaje técnico del experto y el lenguaje del telespectador. Sus intervenciones sirven para resumir, preguntar, repetir y para darle una traducción más coloquial a los conceptos técnicos del presentador.: “¿Qué es eso Jorge?”, ¿Por qué y cuándo

pasa?”, “Ah, ya entendí”, “Volvés a explicar, por favor”, “Entonces déjame a ver si entendí, eso quiere decir que...”, son algunas de las expresiones que usa Georgy en su papel de mediador.

Los expertos, al igual que Jorge, se caracterizan por usar un lenguaje técnico: usan conceptos y expresiones propios de su saber; sin embargo hay un mayor esfuerzo por utilizar términos más coloquiales. Para ello recurren a los ejemplos, las comparaciones y las metáforas.

Ahora bien: cabe resaltar que el tipo de lenguaje utilizado por Jorge resulta difícil de asimilar incluso para Georgy, quien lleva varios años escuchándolo e interactuando con Jorge. En uno de los episodios, hay un diálogo espontáneo en el cual ambos reflexionan sobre el uso de términos técnicos y su dificultad para ser comprendidos y recordados.

Jorge: Cada vez quedo más contento con este programa, Georgy

Georgy: ¿Y eso?

Jorge: Porque es muy claro lo que les están mostrando a los televidentes aquí: con imágenes con una muy buena alocución

Georgy: ¿Cómo?

Jorge: Alocución

Georgy: Alocución la del presidente o la del Papa

Jorge: Entonces qué es lo que hacen aquí

Georgy: ¡Locución!

Jorge: ¡Ah, pero es que usted no me enseña bien hermano!

Georgy: ¡No, 10 años luchando con este pues, por Dios, Hombre!

Jorge: Ah, pero venga, hagamos una cosa pues, ¿Cuáles son los músculos tónicos y fásicos? Eso lo hemos repetido durante 8 años. Hágale, empiece pues

Georgy: Entonces sí, las Pausas Activas (risas)

Jorge: ¡Vio! Es que zapatero a sus zapatos (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

Como se ve, Jorge, al poner a prueba a Georgy “...hágale, empiece pues... ¡Vio! Es que zapatero a sus zapatos”, reconoce lo complejo del uso del lenguaje técnico para entender las afectaciones óseas y musculares, objetivos centrales del programa. Es claro que el presentador conoce los limitantes del uso de dicho léxico para transmitir sus mensajes; sin embargo, no



realiza las modificaciones necesarias en su lenguaje para que su audiencia, comenzando por Georgy, recepcionen de mejor manera su discurso y se alcancen los objetivos propuestos.

En esta línea, las mofas entre ambos presentadores también hacen parte de la estrategia pedagógica, aunque genera dos sentidos opuestos. En el primero, los chistes permiten comprender mejor el lenguaje técnico usado por el experto, al tiempo que le resta formalidad y hace menos denso el programa. Y en el segundo, las mofas distraen al experto haciéndole perder el ritmo de su discurso. En muchas ocasiones, es notorio el esfuerzo que debe hacer Jorge para retomar sus explicaciones. Incluso, se podría decir, que la balanza está más cargada en la segunda.

### **Apertura de los episodios**

El programa inicia regularmente con una conversación entre los presentadores. Dialogan sobre temas personales, laborales y cotidianos. Recuerdan eventos que ocurrieron antes de iniciar la grabación; frecuentemente hacen bromas sobre el hecho de que Georgy sea un esqueleto humano con vida. Se habla de su “musculatura”, de los ejercicios realizados diariamente, del blanco de su tono y cosas por el estilo. El tono informal con que es introducido el programa, y que además se mantiene, es como una especie de ritual que le resta tensión a la grabación, al hecho de salir al aire.

Luego, aunque no es habitual, saludan a los televidentes: “Hola, amigos televidentes”; presentan el tema del día: “Hoy vamos hablar del envejecimiento”; justifican, aunque no es recurrente, la importancia de la temática: “A los televidentes les interesa qué vamos hablar hoy. Un tema que es bastante interesante porque hablar de la rodilla, cuando se trata de las tendinitis, los televidentes se preocupan mucho por este programa”; definen la enfermedad de la que se hablará en el episodio: “El término de condromalacia no solo se acuña a la rodilla, pues, solamente en la rótula, básicamente habla del daño del cartílago, reblandecimiento del cartílago. El término condromalacia viene de condrocito, la célula del cartílago; y malacia como destrucción: entonces es la destrucción del cartílago”; y se formulan las preguntas que se responderán a lo largo del programa: “¿Qué es la tendinitis? ¿Por qué da? ¿Qué tipos de

tendinitis en la rodilla hay? Son las preguntas de las que se hablará en el programa” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

### **Apoyos audiovisuales y pedagógicos**

Después viene el desarrollo. Para ello recurren a una serie de apoyos audiovisuales y pedagógicos que utilizan para abordar el tema del día. Se muestran imágenes y animaciones, se dibuja, se hacen analogías, se realizan ejercicios para que los televidentes lo repitan en sus casas y se utilizan materiales como el propio esqueleto para visualizar mejor las zonas afectadas. A continuación, la descripción de estas.

Una de las principales estrategias audiovisuales para hacer más comprensibles los temas tratados es la sección “Acerca de...”. Aquí se muestran imágenes como radiografías, resonancias, ecografías, gráficos de cartillas especializadas, fotografías de personas que padecen las patologías, entre otras. Estas imágenes están acompañadas por flechas que señalan ciertas zonas del cuerpo y textos que las nombran. Además de una voz en off femenina quien va definiendo los conceptos centrales. El lenguaje usado allí es igual de técnico que el del presentador: “Condromalacia: Es una enfermedad caracterizada por la degeneración de la superficie del cartílago, que constituye la cápsula posterior de la rótula. Produce malestar o dolor sordo alrededor o detrás de la rótula, y es un padecimiento bastante común entre adultos y jóvenes. Puede generarse a partir de una lesión aguda de la rótula o mediante la fricción crónica entre la rótula y la articulación del fémur al mover la rodilla” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

Igualmente, se acude al uso de analogías para intentar traducir términos y procesos médicos: “El hueso, en los extremos, en las articulaciones sinoviales, es decir, que están recubiertas de cápsulas y producen líquido sinovial tienen una membranita que se llama cartílago. Usted cuando se come la gallina o se come el pollo, cuando usted se queda como repelando, entonces usted dice, qué más le saco yo a esta vaina, usted coge el extremo y se come algo que es blanquecino y que es blandito, cartilaginoso, eso lo tenemos acá y acá

[señalando la rodilla del esqueleto], esos son los cartílagos” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

En esta misma línea, el uso de diminutivos también es frecuente. “Por acá viene una membranita que se llama cintilla iliotibial que viene por acá...” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013). “Ahí hay una sinovitis, por eso está inflamadito esto” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013). “Esto es el ángulo Q... Entonces ese ángulo Q en las mujeres va del orden de 18 grados, en los hombres va de 14 graditos...” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

Definitivamente, el apoyo pedagógico más utilizado es el uso del esqueleto humano, Georgy, para visualizar las partes del cuerpo a la que se está haciendo referencia. En vista de que la mayoría de los temas desarrollados en el programa están relacionados con afectaciones en los huesos y en los músculos, ese material resulta pertinente para ilustrar. En efecto, como el esqueleto tiene vida, el presentador siempre le pide autorización para tocarlo: “Los cóndilos, Georgy, en tu rodilla, ¿me permites? Mira pues, el hueso en los extremos, en la articulaciones sinoviales están recubiertas de capsulas que producen líquido sinovial...” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

Formular preguntas también es un elemento importante para transmitir los mensajes de salud en el programa. Georgy pregunta constantemente sobre síntomas, causas, efectos, definiciones, tratamiento y terapias. Jorge, a su vez, le hace preguntas a Georgy sabiendo de antemano que no conoce la respuesta, entonces las responde él mismo. También le pregunta para chequear si Georgy está poniendo cuidado o está comprendiendo. El ejercicio es interesante en la medida en que Georgy representa al televidente, de modo que estas preguntas pueden motivar la interacción con aquellos.

Otro de los recursos con los que cuenta el programa es un tablero digital. Este es utilizado para dibujar, mostrar imágenes y rayar sobre ellas. Los gráficos son sacados de cartillas, diccionarios y otros textos especializados sobre la anatomía humana. Es usual que en los gráficos se expongan dos versiones sobre el área del cuerpo del que se está hablando: la

primera muestra dicha área sana, sin la enfermedad, y la segunda muestra esa misma área pero afectada por la enfermedad.

Por último, el mismo presentador realiza ejercicios y estiramientos propios de la fisioterapia con el fin de que los televidentes los imiten. Para ello utiliza, balones, colchonetas, sillas, *thera bands*, entre otros implementos utilizados, especialmente, para la rehabilitación muscular. En algunos episodios los voluntarios realizan las terapias propuestas por el experto. Es claro que la mayoría de esos ejercicios deben hacerse con la supervisión de profesionales, pues mal realizados pueden tener consecuencias adversas, como él mismo lo ha manifestado.

### **Cierre de los episodios**

Los episodios, la mayoría de las veces, logran desarrollar las preguntas planteadas al inicio. El cierre se caracteriza por realizar resúmenes, dando recomendaciones generales, haciendo énfasis en algunos de los subtemas o conceptos tratados y dando avances del próximo, o próximos programas, justificando una lógica entre los temas: “Este fue como el abre bocas para mostrar las lesiones de rodilla, porque vamos hablar [En los próximos programas] de mal alineamiento, que es producto de las hiperpresiones, y llegaremos a la condromalacia. La idea es que los televidentes conozcan un poco más de por qué las rodillas duelen” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

También los episodios son cerrados mediante conversaciones semejantes a las del inicio o, en menor medida, con expresiones como “se nos acabó el tiempo”. Pocas veces manifiestan que el tiempo “no fue suficiente” y que necesitan de otros episodios para ampliar, aunque esos episodios no son consecutivos y pueden presentarse semanas después.

Es necesario señalar, en relación con los anuncios hechos por Jorge de los temas que se tratarán en episodios posteriores, que el programa se plantea, de alguna manera, en forma de seriado, pues lo que se dice en un episodio presente o anterior sirve de insumo para hablar luego de otros temas. Esto le da un hilo conductor a los temas tratados: “Los quiero acercar sobre qué es la tendinitis y por qué se produce. Una de las causas es cómo está alineado el fémur con respecto a la tibia, porque después vamos hacer unos programas de mal

alineamiento patelofemolar, condromalacia y de hiperpresión patelofemoral. Entonces para que sepan, como vienen más programas, tengan la correlación de lo que estamos hablando acá con lo que viene después” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

Cabría preguntarse en este punto si se tratan lo suficiente los temas en los episodios. La respuesta la da el mismo presentador:

Recomendación: Esto no es preparación física Georgy. Con esto no te va a evitar a que tengas una lesión de rodilla o de espalda jugando fútbol. Para muchas personas que nos están viendo y que consideran este programa como un factor importante en la salud, muchos creen que con lo que hacen acá o con los Buenos Años o Con Pie Derecho están listos para entrenar o jugar fútbol. No, hay que entrenarse y prepararse para una movilidad deportiva completa como el fútbol, el baloncesto, el voleibol o trotar. Prepárense para eso. Esto simplemente son unas pildoritas que aplican cuando trabajamos y estamos sujetos a una actividad laboral repetitiva (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

Nótese la frase: “Esto simplemente son unas pildoritas”, lo que pone de manifiesto que el programa no pretende desarrollar a profundidad los temas, más bien trata de evidenciar algunos conceptos (enfermedades, diagnósticos y, en menor medida, terapias) relacionados con enfermedades musculo-esqueléticas.

Para cerrar, es importante hacer énfasis en dos aspectos generales del programa. El primero atiende a que los diálogos entre los presentadores, las explicaciones y el desarrollo general de los episodios se dan de manera espontánea. No hay un libreto o una guía rígida que vehicule el discurso que allí se da. Las ocurrencias de Georgy, los diálogos al inicio y al final del programa y la forma de manejar los temas así lo indica. El uso de las imágenes, las animaciones y la única sección del programa es lo más planeado y fijo. En suma, hay un espacio muy amplio para la improvisación, para lo que vaya pasando en el momento. Y, el segundo, tiene que ver con que todo lo dicho allí no está respaldado por ninguna referencia: no se citan fuentes. Las imágenes, los relatos de la voz en off y las explicaciones no están sustentadas desde estudios o investigaciones, por lo que pareciera que toda la información proviniera o la tuviera el experto.

### 3.1.2. Medellín Ciudad Saludable



Tomada de <http://telemedellin.tv/novedades/regreso-medellin-ciudad-saludable>

Medellín Ciudad Saludable es un magazine de salud que se emite en directo de lunes a viernes a las 11 AM, y los miércoles a las 3PM. Tiene una duración de una hora y su primera transmisión fue en Agosto de 2012. Según la directora del programa, el objetivo de este es “erradicar el sedentarismo, promoviendo la actividad física y generar conocimiento acerca de temas médicos” (Lina Pulgarín, Medellín ciudad Saludable, 2014).

Hasta diciembre de 2013 se transmitieron 305 programas, 234 de ellos emitidos en ese año. Como el programa es en vivo, una de las características centrales es la interacción con los televidentes, los cuales pueden contactarse con el programa por medios virtuales y vía telefónica. En el 2013 recibieron, según el último episodio del año, 1400 llamadas al aire, lo que lo hace un programa con una participación importante. El programa dejó de emitirse en 2016 debido al cambio de administración.

Medellín Ciudad Saludable hace parte del canal regional Telemedellín. El canal es una institución sin ánimo de lucro financiada por varias entidades públicas de tipo municipal: Área Metropolitana, Instituto de Deportes y Recreación INDER, Empresas Varias de Medellín EMVARIAS y el Instituto Tecnológico Metropolitano ITM. Es creado el 13 de agosto de 1996 y su

primera señal al aire fue el 7 de diciembre de 1997. Está regido por el Acuerdo No. 024 de la Comisión Nacional de Televisión.

El programa es patrocinado por la Secretaría de Salud de Medellín. Además de la televisión, esta institución pública tiene otros medios como radio, prensa y sitios Web para informar sobre salud a la ciudadanía. La televisión cumple la función de “consultorio de la Secretaría de Salud”, razón por la cual la interacción con los televidentes es central. La mayoría de los programas pueden verse también en Youtube.

Con respecto al Rating, dice uno de los presentadores: “En los últimos estudios que hemos visto del día a día, estamos en el segundo lugar en la sintonía de Telemedellín después del noticiero, y en la parrilla semanal en un quinto lugar” (Medellín Ciudad Saludable, 20 de diciembre de 2013).

### **Descripción técnica**

Medellín Ciudad Saludable se transmite de lunes a jueves en un set de grabación y los viernes se realiza desde diversos lugares de la ciudad: parques, espacios deportivos, espacios públicos en general. En cada episodio se desarrolla un tema central. Cada día tiene una sección y un enfoque diferente. Los lunes hay una sección llamada Medellín activa y saludable, en la cual se resaltan los estilos de vida saludable de algunos ciudadanos que practican deporte o realizan actividades físicas que pueden emuladas por otros. Su objetivo es mostrar, por medio de historias de vida, la importancia de la actividad física<sup>27</sup>.

Los martes la sección se llama Salud en el Hogar: “un espacio que le permite a los televidentes aprender de la mano de los especialistas sobre diversas enfermedades y de las formas mediante las cuales se pueden prevenir a través de la adopción de buenas prácticas” (Medellín Ciudad Saludable, 20 de diciembre de 2014). Aquí se dan recomendaciones acerca de los cuidados y precauciones que deben tener las personas en el hogar.

---

<sup>27</sup> La descripción y los objetivos de estas secciones fueron suministradas por Lina Pulgarín, directora general de Medellín Ciudad Saludable.

Los miércoles están enfocados a visibilizar estilos de vida saludable por medio de historias exitosas en las comunidades. A diferencia del lunes, donde los estilos de vida son más individuales, los miércoles tienen una perspectiva más colectiva: evidencian ciudadanos que trabajan en sus comunidades para motivar estilos de vida saludables: “se resaltan esas labores que le dan sentido al ejercicio. Personas que, a pesar de sus discapacidades, motivan a otros a realizar prácticas saludables, no solo a través del deporte” (Medellín Ciudad Saludable, 20 de diciembre de 2014).

Los jueves están dedicados a destacar “experiencias exitosas” sobre proyectos de salud, públicos y privados, que se implementan en la ciudad. También a informar a los televidentes cómo ellos pueden aportar para que la ciudad sea “más saludable”. Esta es una iniciativa de la Universidad de Antioquia y la Secretaría de Salud de Medellín.

Y los viernes hay una sección que se llama “Agenda Saludable”, en la que se promueven eventos culturales y deportivos gratuitos por parte de diferentes instituciones públicas y privadas de la ciudad.

En cuanto a la construcción narrativa, el programa comienza con una animación que muestra un set de televisión, acompañado de una voz en off femenina que anuncia “Este programa es para todos”, acompañado del logotipo de Telemedellín: “Telemedellín aquí te ves”. El programa se realiza a dos cámaras.

Luego viene el cabezote que dura 30 segundos. Se muestran personas caminando, en especial mujeres, otras haciendo ejercicio, principalmente adultos mayores, niños jugando, tocando instrumentos musicales; una niña interactuando con un gato, un médico revisando a un niño, una mujer mirando por un microscopio, una funcionaria de la alcaldía hablando con una ciudadana de la comunidad. Imágenes de alimentos como brócoli, champiñones, tomates, jamón, queso y lechuga; y de las unidades móviles de la Secretaría de Salud de Medellín y niños de colegio, con sus uniformes, usando los equipos de las unidades.

Mientras pasan las imágenes, suena una pista musical que identifica el programa. El video finaliza con el logo símbolo de Medellín Ciudad Saludable: un grupo de palabras de



diferentes tamaños formando un corazón de colores negro, rojo y verde. Las palabras que conforman el corazón están relacionadas con el concepto de salud que quiere proyectar el programa. Algunas de ellas son: nutrición, vida, salud, planeación, gestión, higiene, hogar, promoción, estilos, sexualidad, atención, jóvenes, hogar, bienestar, hombres, comunidad, desarrollo, higiene, hábitos, alegría, infraestructura, educación, programas, trabajo, acceso, escuela, recreación, indígenas, niños, prevención, equidad, atención primaria, alegría, confianza, humanización, deberes, construcción, oportunidad y producción. En el centro del corazón se encuentra el nombre del programa en letra de mayor tamaño. Las palabras salud, vida, hogar y equidad, de color rojo, aumentan y disminuyen de tamaño, produciendo la sensación de que el corazón palpita, tiene vida.



Tomada de <http://telemedellin.tv/novedades/regreso-medellin-ciudad-saludable/logo>

El corazón se desvanece al tiempo que aparecen en escena, en un plano general, los dos presentadores en el set de grabación. El set es un espacio amplio de colores blanco, rojo, verde y azul, en el que resaltan unas imágenes en el fondo las imágenes de una mujer realizando una postura de yoga, un médico con un niño y una pila con diferentes frutas. También hay una pantalla con el logotipo de la introducción y, al lado izquierdo, tres repisas con dos objetos: una manzana de cerámica y una pera de metal; al lado derecho hay un árbol de madera blanco y más allá, una sala.

En la parte superior derecha de la pantalla permanece, durante todo el programa, el logo que identifica al canal: "Ciudad saludable", y la palabra "Vivo", que significa que el programa se transmite en directo.

Los zócalos son utilizados para mostrar el tema del día, el nombre, la profesión y el rol de los presentadores, invitados y televidentes; además de los contactos telefónicos, de correo electrónico y las redes sociales (Facebook y Twitter) para que los televidentes participen del programa.

Medellín Ciudad Saludable se divide en tres partes. En la primera se presenta el tema del día a través de una introducción realizada por los presentadores y de una nota o VTR. El video presenta imágenes, dramatizados, personajes y lugares relativos al tema del día, mientras una voz en off va narrando.

En la segunda parte se presentan los invitados, se desarrolla la temática del día y se les da voz a los televidentes telefónicamente o través de los medios virtuales. Esta parte se da en otro espacio del set de grabación: una sala decorada con el mismo logotipo del programa en las paredes, una mesa de centro, sillas de color blanco y un soporte para el computador. La disposición del lugar es particular en la medida que se forma una media luna entre los presentadores y los invitados. La media luna se cierra y se convierte en un círculo gracias a una de las cámaras. Esa cámara, que representa de alguna manera a los televidentes, es una manera de incluirlos en la conversación que se presenta en la sala del set, que puede ser cualquier sala de un hogar desde donde pueden estar viendo los televidentes.

Y en la tercera parte se cierra el programa manteniendo la línea de diálogo entre los presentadores con los invitados. También se leen comentarios de los televidentes que participan por las redes sociales y se promocionan espacios, instituciones y eventos de la ciudad relacionados con la salud, ello a través de un VTR. El programa finaliza con los créditos de los patrocinadores, mientras suena la pista musical junto al logotipo del canal.

El programa tiene dos espacios o anuncios institucionales, los cuales se caracterizan por hacer alusión a otros programas del canal, a otras instituciones relacionadas con la Secretaría de Salud, a promocionar algunos eventos culturales de ciudad y hacer campañas de prevención de la enfermedad. El logo del canal está presente durante estos espacios. La duración de estos es de 3 a 4 minutos, y cuando finaliza aparece el logotipo del canal seguido de la pista musical del programa. Finaliza con los créditos generales.

## Actores y roles

Medellín Ciudad Saludable tiene dos presentadores: un periodista y una médica. El periodista se llama Felipe Aramburo y es quien lleva los hilos del programa. Entre sus funciones está presentar el programa, introducir a su compañera, saludar a los televidentes e interactuar con ellos a través de las redes sociales, el teléfono y el correo electrónico. Es el vocero de la Secretaría de Salud y lee sus mensajes a través de la página Web oficial de esta. Da opiniones personales y hace recomendaciones y sugerencias generales de salud. Representa a los televidentes en las discusiones que se arman allí: hace preguntas a los expertos, se pone en el papel de los implicados, amplía los interrogantes de quienes llaman a participar y hace énfasis sobre puntos tratados por los especialistas, retomándolos y ampliándolos. Siempre viste de manera informal: bluyines, camisa y tenis. Habla pausado y su voz es fuerte y clara.

Fanisabel tiene un rol muy específico: ser la voz experta del programa, es la médica. Así, plantea las temáticas y las justifica desde su conocimiento médico, define conceptos técnicos y da recomendaciones generales y específicas e interactúa con los expertos invitados. Apoya a Felipe con términos técnicos y valida la información especializada cuando este la da, además de traducir conceptos en palabras más cercanas a los televidentes cuando los expertos invitados usan lenguajes técnicos. Cumple funciones de presentadora y, en menor medida, interactúa con los televidentes que participan vía telefónica, despide el programa desde un enfoque biomédico y anuncia el tema del próximo episodio y lo justifica. Siempre lleva puesta su bata blanca de médica.

Un tercer actor central son los expertos. Por lo general, ellos –en su mayoría hombres– hacen parte de instituciones públicas y privadas (regionales, nacionales e internacionales) en el área de la salud. Médicos, especialistas y funcionarios –muchos de ellos de la Secretaría de salud– representan la voz oficial, autoridades competentes, legítimas en el tema. Hacen sugerencias, mencionan normas, proponen tratamientos, definen conceptos. Se justifica su presencia en el programa a partir de su experiencia y reconocimiento en los respectivos campos: “Yo diría que el mejor neurólogo de la ciudad”, dice Fanisabel al presentar a uno de los invitados (Medellín Ciudad Saludable, 25 de febrero de 2014).

En el 2013, unos 300 profesionales participaron como expertos en el programa, entre ellos el Alcalde de Quillota, Chile, y el Secretario de Salud del Distrito Federal de México. El papel más importante de los expertos es precisar temas de su conocimiento y hacer el mensaje más contundente, más legítimo.

Un cuarto actor del programa es la narradora de las secciones y VTR. Entre sus funciones está: definir conceptos –no solo médicos–, reintroducir y contextualizar el tema del día. En este sentido tiene un rol de experta, aunque no hace parte del área médica sino del equipo de producción.

Finalmente, los televidentes juegan un papel importante. Participan en el programa a través de las redes sociales del programa y de la Secretaría de Salud, el correo electrónico y el teléfono. Las personas más jóvenes se comunican por los primeros y las adultas usan la última. También hay una sección en el programa en la que, previamente a la emisión del día, se les hace una pregunta concreta a algunos ciudadanos en la calle, tipo vox pop de la radio, y las respuestas son compartidas mientras se desarrolla el tema del día. En estos espacios de participación, los televidentes realizan preguntas, comparten experiencias personales o cercanas, dan opiniones y consejos y hacen denuncias.

Las voces que más aparecen en el programa son las de los presentadores y los expertos. Ellos tienen la primera y la última palabra, ocupan más tiempo y espacio para desarrollar sus discursos. Dependiendo de la complejidad de la temática (enfermedades específicamente: cefaleas, cáncer de próstata, lesiones y enfermedades de la piel), la voz de los expertos resuena más. En este sentido, el tema va a determinar en gran medida la participación de los actores que conforman la narrativa de los episodios. Por el contrario, cuando los temas son menos densos y requieren menos la opinión de los expertos (Prevención del uso de la pólvora, Jornadas de vida y equidad, La no violencia en festividades) la voz de los presentadores y los televidentes gana protagonismo.

Felipe, por su parte, ha estado desde el inicio del programa en 2012. En aquella época lo acompañaba otra médica, quien fue remplazada por Fanisabel en el 2013. Si bien el papel central de Felipe ha sido desde siempre ser el presentador del programa, el eje articulador

entre los televidentes, la Secretaría de Salud y los expertos, en varios de los episodios analizados, dicho papel fue transgredido, permitiéndose tocar terrenos correspondientes a los expertos.

Lo anterior se evidencia en afirmaciones de este tipo: “Lo peor que uno puede hacer en una situación de tristeza, de depresión, es refugiarse en el alcohol. Ahí sí está ahondando en una situación que no va a terminar bien... Y lo que puede pasar detrás de eso, [de] un abuso de las sustancias [psicoactivas], especialmente el licor, es que puede, en una condición de esas, agredir o generar violencia, o incluso intentar destruirse” (Medellín ciudad saludable 17 de diciembre 2013). Ello ha generado, inclusive, que algunos de los televidentes que llaman vía telefónica se refieran a Felipe como “doctor”, lo cual no es corregido ni aclarado por él ni por Fanisabel.

Lo mismo ocurre en el caso de Fanisabel. El rol de ella es, en gran medida, ser la voz experta del programa, como ya se mencionó. No obstante, también fue habitual que muchas de sus intervenciones estuvieran más relacionadas con el papel del presentador, aunque este rol lo tenga igual pero con un peso más marcado. Hubo episodios en que el diálogo con los expertos del campo de la medicina corría por cuenta de Felipe, mientras Fanisabel interactuaba con los televidentes, despedía el programa entre la sección de anuncios institucionales, recordaba el número telefónico del programa y daba información sobre la Secretaría de Salud.

Por otra parte, fue claro que, en los episodios analizados, la participación de las mujeres mayores de 30 fue predominante, sobre todo en las comunicaciones vía telefónica. Sus intervenciones estuvieron marcadas por plantearle preguntas a los expertos concernientes, no solo con ellas, sino a su grupo cercano: hijos, parejas, familiares y vecinos: “La preguntica mía es relacionada con mi esposo. Él tiene 49 años. A él en la piel, él es de piel morena, y en la cara, le están saliendo unos parches como negros. Y en el pecho, no sé si pueda hacer esta pregunta es sobre el que loide, a él en el pecho le da por decir algo un barrito y eso le cicatriza como en morritos... Quisiera saber si la doctora me puede informar si hay algo que le pueda evitar el que loide” (Medellín, ciudad saludable 13 de enero 2014). Lo anterior coincide, entonces, con lo mencionado por la comunicadora social de la Secretaría de Salud de Medellín, quien afirmó que

el programa iba dirigido a las mujeres por ser ellas las encargadas de difundir los mensajes de salud entre sus familiares y amigos. Este punto se desarrollará más adelante.

### **Relaciones entre los actores**

Como ya se dijo, una de las características de Medellín Ciudad Saludable es la participación de varios actores: presentadores, expertos, funcionarios de la Secretaría de Salud y televidentes. Las relaciones entre estos, siguiendo la línea interpretativa de Casetti y Di Chio (1999) mencionada en la metodología, se distinguieron en dos: relaciones de acuerdo a los roles de cada uno e interacciones comunicativas, las cuales se analizarán a continuación.

La relación entre los presentadores es jerárquica: Fanisabel es la experta en el campo médico y Felipe es el inexperto. Él siempre se dirige a ella como “doctora” o “Doctora Fanisabel”. En cambio ella siempre se dirige a él como Felipe. Esta jerarquía también se evidencia en la forma cómo se visten: Fanisabel siempre lleva su bata blanca de médica y Felipe viste de manera informal. Ya en el plano comunicativo, las interacciones entre ambos son amables, formales, de confianza y ligeras: no hay diálogos duraderos, siempre son cortos y específicos: hay un equilibrio.

Del mismo modo, la relación de los presentadores con los expertos es jerárquica. Se reconoce y se valora la intervención de estos y no se cuestiona; por lo general comparten sus ideas y, en algunos casos, las complementan. Siempre se dirigen a los expertos por su profesión o rol: capitán, gerente, médico, alcalde, especialista. Las interacciones comunicativas se caracterizan por ser formales y, dependiendo la complejidad del tema, duraderas y profundas. El experto se toma el tiempo que necesita para exponer sus puntos, lo que no pasa con los televidentes y, en algunos casos, con los propios presentadores. Igualmente, el trato de los expertos hacia los presentadores es formal y, con la médica-presentadora de colegaje.

Esta misma jerarquía se presenta entre los televidentes con los presentadores y los expertos. Quienes llaman a través del teléfono se dirigen a estos por su rol y profesión y marcan, así, una distancia donde asumen una postura de inexpertos: llaman, la mayoría de las veces, para preguntarle a los expertos. Las interacciones comunicativas entre ellos son formales

y breves. Los presentadores siempre llaman por su nombre a los televidentes: “Hoy nos llama María Morales desde Boyacá Las Brisas”; y reconocen la importancia de sus intervenciones: “Muchas gracias, Carolina, por su participación, y tiene toda la razón”.

En suma, las relaciones jerárquicas entre todos los actores del programa, marcan una estructura propia en cada uno de los episodios. Y es aquí donde toma sentido una frase que han repetido varias veces Felipe y Fanisabel: “Este programa es el consultorio de la Secretaría de salud de Medellín”. El término consultorio, en cualquiera de sus acepciones, deja clara la relación entre dos partes: quien cuenta con una experticia y quien requiere o necesita de esa información.

De otro lado, las interacciones comunicativas se caracterizan por ser informales, breves, puntuales y amables. El hecho de que el programa sea en vivo y las discusiones se den en una sala –en la que las cámaras representan al televidente como si este fuera parte del círculo, del diálogo– le quita tensión y formalidad a las interacciones que allí dan. A pesar de tratarse de “un consultorio”, en este caso de la Secretaría de Salud, en donde hay unos protocolos y un nivel de formalidad, la dinámica de la sala y los invitados deja espacios alternos y poco usuales a los de la tradicional relación médico-paciente (Agudelo Calle, 2009b).

Y es que, de alguna manera, lo que se presenta en Medellín Ciudad Saludable es una relación médico-paciente, o mejor, experto de la salud-televidente consultante; o al menos eso es lo que parece pretenderse cuando se habla de “consultorio”. Estas relaciones tienen unas características: están mediadas por unos presentadores y por el propio aparato: el televisor. No es una relación privada sino pública, los televidentes-consultantes no tienen la posibilidad de hacer re-preguntas, los expertos no pueden hacer algo tan vital como ver a sus interlocutores, de ahí la queja de uno de ellos cuando afirmó: “Voy a decir algo aquí: la dermatología contada no vale” (Medellín Ciudad Saludable 13 de enero). Tampoco hay espacio para que los profesionales de la salud conozcan un contexto más amplio y desde ahí puedan dar diagnósticos acertados, tratamientos, sugerencias. Y es recurrente que los expertos no hablen del caso específico del televidente que llamó sino que su respuesta vaya dirigida para todas las personas que tengan el mismo caso, la misma patología o inquietud. El tiempo también es un

factor central, razón por la cual muchas de las preguntas y respuestas no son desarrolladas como sería necesario.

### **El lenguaje de los actores**

Cada uno de los expertos del programa, incluyendo a Fanisabel, tienen unas formas particulares de expresarse, un léxico, unas formas de hablar para hacerse entender. El uso de diminutivos, de sinónimos y de metáforas son algunas de esas manifestaciones. También los lenguajes coloquiales, técnicos y la traducción de estos términos hacen parte de las estrategias. A continuación las características de dichos lenguajes.

La médica del programa, Fanisabel, se caracteriza por utilizar un lenguaje coloquial y sencillo, muchas veces alejado del léxico médico. Usa expresiones populares, palabras utilizadas por las televidentes que llaman al programa y usa ejemplos cotidianos. Y cuando usa términos técnicos, hace una traducción inmediata a un lenguaje más cercano a los televidentes: “Hay tipos de violencia física, agresiones verbales, pero también hay otras que... son indirectas, que afectan mucho. Que exacerben una migraña, una enfermedad, en fin, cosas que el vecino bulloso no se está dando cuenta que está causando en esta persona” (Medellín Ciudad Saludable, 17 de diciembre 2013).

En esta misma línea, cuando interactúa con los expertos, lo hace más en términos coloquiales que en los propios de la medicina, es decir, asume el rol de quien no conoce, como algunas de las televidentes que llaman al programa, aun sabiendo la respuesta: “Bueno doctor y Verónica [psicóloga], ya en estos últimos minutos unas recomendaciones entonces para evitar estos actos violentos y para evitar la depresión y estos síntomas que nos pueden llevar a la depresión” (Medellín Ciudad Saludable, 17 de diciembre 2013).

También es común que exprese sus puntos de vista, no enmarcados en su formación médica o campo profesional, sino desde su propia experiencia. Aquí, igualmente, asume posturas como lo hacen las televidentes que interactúan vía telefónica: “A quienes nos gusta celebrar esta costumbre de la novenas navideñas hay muchas opciones de reunirnos en familia, de cantar con los niños, de inculcarles otras cosas, otras actividades y otras costumbres mucho



más sanas: cantar, jugar, en fin. Compartir un rato agradable en familia porque esta época es para eso. A mí particularmente la navidad me encanta, es una época maravillosa para uno reencontrarse con los amigos, con la familia, y es una época también para descansar un poquito...” (Medellín Ciudad Saludable, 18 de diciembre 2013).

Las terminologías médicas no son habituales en Fanisabel, como se ilustra en los párrafos anteriores, sin embargo también hubo espacios en donde recurría a ellas: “La piel es el órgano más largo de nuestro cuerpo, más extenso, aproximadamente una persona adulta puede medir dos metros cuadrados, y es un órgano que todo el tiempo está recambiando. La piel está conformada por la epidermis, dermis y la hipodermis” (Medellín Ciudad Saludable 13 de enero 2014). Y cuando esto pasaba, ella hacía una traducción inmediata de los términos pocos conocidos.

En calidad de experta ha realizado afirmaciones contundentes en las que se prohíbe ciertos tipos de prácticas que, considera, deberían eliminarse, incluso de la tradición popular: “los niños manipulando este tipo de pólvora, de explosivos, también los pueden llevar a la boca; las intoxicaciones son gravísimas, pues pueden haber rupturas intestinales, son cosas muy severas. Niños que terminan en la unidad de cuidados intensivos, es otro riesgo grande, entonces, de ninguna manera, por ningún lado, hasta la pólvora apagada nos va hacer daño” (Medellín Ciudad Saludable, 29 de noviembre de 2013).

Por su parte, los expertos se caracterizan por tener un lenguaje más técnico: usan conceptos propios de sus áreas de estudio y expresiones del gremio al que pertenecen. Varios de esos conceptos y expresiones, en algunas oportunidades, no fueron traducidos en palabras más cercanas al lenguaje de las televidentes. “Empecemos por lo de la composición de la pólvora. Es una mezcla de nitratos, cloratos, azufre y carbón, que acompañada de una fuente de ignición lo que hace es producir una explosión” (Medellín Ciudad Saludable, 29 noviembre de 2013). “La pérdida gestacional recurrente tiene múltiples causas...” (Medellín Ciudad Saludable, 28 de noviembre de 2013).

No obstante, una de las estrategias para hacer más comprensibles aquellos términos por parte de los expertos que invitan al programa es el uso de traducciones, ejemplos y metáforas. Las traducciones se dan inmediatamente después de decirse la palabra técnica: “... estamos hablando de una migraña refractaria, es decir, no responde a absolutamente nada” (Medellín Ciudad Saludable, 20 de enero de 2014).

Las metáforas también son muy utilizadas para hacer comprensible conceptos, procedimientos y tratamientos. En el siguiente ejemplo, una dermatóloga trata de explicar cómo usar un bloqueador solar para la piel de filtro UV 50 o 100 es, prácticamente, lo mismo, ya que después del grado 50 la protección es suficiente: “... es decir, es como hervir el agua 20 minutos y ya es suficiente, [si se hierve el agua] 30, 40, 50 [minutos] lo que hacemos es secar el agua” (Medellín Ciudad Saludable, 13 de enero de 2014).

Aunque no es tan habitual en el programa, el uso de diminutivos también es utilizado para aterrizar mejor los temas desarrollados: “... todo el mundo dice que tiene una manchita blanquita, chiquita, redondita que le sube por acá...” (Medellín Ciudad Saludable, 15 de enero de 2014). Se podría decir que esto se debe, en gran parte, a que los televidentes cuando llaman al programa los usan, entonces, como una forma de vincularse con ellos, los expertos, y en ocasiones Fanisabel, también los usan.

En suma, se encontró que el lenguaje de los expertos se caracteriza, sobre todo, por ser coloquial y usar expresiones cercanas a los televidentes. Aunque hay que anotar que el uso de los lenguajes médicos y técnicos depende en gran medida del tema que se está tratando. Cuando hablan de enfermedades usan un lenguaje más técnico, pero cuando tratan temas más sociales usan términos más populares. También se encontró que el lenguaje está vinculado a las habilidades comunicativas de cada uno de los invitados. No todos los expertos están preparados, o tienen el carisma que se requiere, para emitir mensajes a través de la televisión. Aquí, la personalidad de los profesionales juega un papel importante para lograr conectarse con los televidentes. Esta idea se retomará más adelante.

## Apertura de los episodios

Los episodios siempre los introduce Felipe, quien para presentar el tema del día y justificarlo acude al uso de estadísticas de organizaciones estatales. Las cifras, los números evidencian realidades, necesidades para tratar la temática: “el 90% de las personas sufren de cefaleas y 50% les ha dado el último año” (Medellín Ciudad Saludable, 25 de febrero de 2014).

Muchas de esas estadísticas hacen alusión al ámbito internacional, ya sea porque son tendencia mundial o porque, al contrario, se pretende prevenir para no serlo; tales cifras se aterrizan y articulan al ámbito nacional y regional:

¿Y dónde están muriendo las madres gestantes? Están muriendo en países en desarrollo. Por eso es un tema que nos toca fuertemente. Estos asuntos se incrementan en la ruralidad. Nuestro país padece de esta condición y desde el Ministerio también se han adoptado algunas líneas para trabajar el asunto y evitar que ocurra. Por fortuna en Medellín tenemos unas buenas estadísticas recientes, la disminución de muertes de madres en gestación o de los niños recién nacidos ha disminuido enormemente durante el parto. Esto hay que celebrarlo, pero no por eso hay que bajar la guardia (Medellín Ciudad Saludable, 20 de enero, 2014).

Este contexto estadístico también sirve para justificar y legitimar a los invitados expertos que participarán en los episodios: “Por eso hoy traemos el tema a Medellín Ciudad Saludable con un especialista que es el doctor Jorge Gutiérrez, que es profesor de la Universidad Pontificia Bolivariana, de la Facultad de Medicina y además es el jefe de esa unidad en la Clínica Bolivariana” (Medellín Ciudad Saludable, 4 de diciembre de 2014).

Ahora bien: algunas presentaciones e introducciones al tema del día, se hicieron por la vía de la alarma, de la exageración en la interpretación de los datos que arrojaban las estadísticas. La amenaza de las consecuencias dramáticas sino se le ponía atención a ciertos cuidados y recomendaciones estuvo muy marcada. La palabra cáncer, grave, peligroso y cuidado fueron utilizadas en varios episodios para describir dichas consecuencias: “Hay que cuidarse porque las estadísticas demuestran, por ejemplo, para el caso de las mujeres, que el cáncer de piel ha aumentado enormemente en los últimos años, ubicándose incluso en el tercer lugar de la presencia de cáncer, después del de cérvix y del de mama está el cáncer en la piel” (Medellín Ciudad Saludable, 13 de enero de 2014).

## **Apoyos audiovisuales y pedagógicos**

El programa cuenta con ayudas audiovisuales y pedagógicas para la comprensión de los temas. Una de ellas son los informes o VTR. Estos videos breves son utilizados para ampliar y reforzar la presentación del programa, dar contexto, definir conceptos y darles voz a otros profesionales de la salud. Por episodio puede haber de 2 a 3 informes. Felipe: “Miremos este informe que hemos preparado para convocar a la no utilización en estos días, en estas festividades, ya cuando se acerca la navidad”.

### Informe

Voz en off: La navidad es uno de los momentos más esperados por algunas personas, pues esta época es sinónimo de esparcimiento, unión, alegría, además dar la posibilidad de compartir con seres queridos que usualmente no están en nuestra cotidianidad. Sin embargo, estas festividades no siempre culminan con la misma felicidad que en el comienzo albergó, pues el indebido uso de la pólvora opaca el entusiasmo de familias, bien sea por ser víctimas de su propio método de celebración o como resultado de la irresponsabilidad de un tercero. Es por esto que en Medellín Ciudad Saludable hoy vinculamos el tema de la pólvora, para que este diciembre tengamos bases sólidas acerca de la importancia de su prevención y de cómo en nuestro papel de ciudadanos podemos velar por nuestra seguridad (Medellín Ciudad Saludable, 29 de noviembre de 2013).

Mientras estas palabras son pronunciadas por la voz en off, van apareciendo pequeñas escenas donde se muestra una cocina de una casa familiar y en ella un hombre revolviendo la natilla al lado de su esposa. Ambos sonríen a la cámara. Luego están unos jóvenes en una fiesta nocturna, consumiendo licor, en una de las calles de Medellín, y otros jóvenes –hombres– quemando pólvora. El rostro de los jóvenes tiene un efecto que no permite ver sus rostros. La voz en off femenina lleva el hilo conductor de la narración mientras las imágenes-escenas pintan o apoyan lo que esta dice. La imagen está supeditada a lo que dice la voz off.

El programa cuenta con otros recursos como campañas preventivas las cuales aparecen en la parte inferior de la pantalla en un banner animado, mientras se desarrolla el tema. Las campañas son promovidas por la misma Secretaría de Salud de Medellín, la Alcaldía de Medellín y el Área Metropolitana. También se hace uso, pero en menor medida, de animaciones proyectadas en una pantalla LCD y material pedagógico, partes del cuerpo humano en materiales plásticos específicamente. Es necesario aclarar que estos materiales son

llevados al programa por los mismos expertos y no por el equipo de producción, por lo cual no hace parte explícita de la estrategia pedagógica del programa.

En algunos episodios se evidenció el uso de demostraciones y ejemplificaciones por parte de los expertos invitados. Estos realizaban movimientos y posturas aeróbicas para que los televidentes los imitaran en sus casas. También, en uno de los episodios, se realizó un video en el que se dramatizaba una situación de la vida cotidiana. Los dramatizados o representaciones de la realidad a través de actores no fueron frecuentes en la muestra seleccionada, pero se encontró en episodios de otras temporadas.

Por lo general, la mayor parte del programa la ocupan las conversaciones que se dan entre los presentadores, los expertos y los televidentes, sobre todo entre los dos primeros. Mientras estos hablan, no aparecen gráficos, imágenes o algún otro tipo de apoyo comunicativo, solo primeros planos de quienes están en el set de grabación.

### **Cierre de los episodios**

El programa concluye, la mayoría de las veces, con unas recomendaciones muy generales por parte de los presentadores, a modo de *tips*, sobre algunas de las actividades que pueden llevar a una vida saludable: "... fin de semana, nueva oportunidad para estilos de vida saludable, buena alimentación, ejercicio, actividad física, familia, amigos...". Igualmente, aunque en poca medida, estos cierran los episodios con resúmenes o recapitulación sobre el tema tratado o haciendo énfasis en algunos de los mensajes mencionados. Los expertos, del mismo modo, se despiden con recomendaciones, también generales, sobre el tema que hablaron.

Por último, se invita a los televidentes a poner en práctica las recomendaciones de los expertos invitados y a seguir viendo el programa. Además se realiza un adelanto sobre el tema que se tratará en el próximo episodio y el enfoque desde donde será abordado.

La invitación también para que nos volvamos a ver el próximo lunes a las 11 de la mañana que vamos a tener el tema, como este domingo, primero de diciembre se celebra el día internacional del VIH SIDA, el lunes vamos arrancar con este programa. Vamos hablar de la solidaridad ante las personas que tienen esta enfermedad y también vamos hablar de prevención que es nuestro

tema preferido. Feliz fin de semana, cuídense mucho, practiquemos todas las recomendaciones que nos hicieron nuestros invitados hoy (Medellín Ciudad Saludable, 29 de noviembre de 2013).

Por lo general, en la parte final del programa, se le da más espacio a mensajes institucionales de la Secretaría de Salud en el que promueven otros espacios y eventos relacionados con la salud. El presentador, incluso, lee información en la pantalla de su computadora portátil al respecto. Este espacio le quita ritmo al discurso de los presentadores y los expertos y dispersa sobre lo que se venía desarrollando.

### 3.1.3. Sección de salud de Noticias Caracol



Tomada de Canal Caracol, sitio Web

Noticias Caracol es un noticiero colombiano que se transmite por el canal privado nacional Caracol Televisión y Caracol Internacional. Caracol es un acrónimo que significa Cadena Radial Colombiana de Televisión S.A. El noticiero tiene emisiones todos los días de la semana; de lunes a viernes tiene cuatro horarios distintos, incluidas una emisión en la mañana y otra al medio día. Los fines de semana se emite dos veces al día.

El noticiero lleva al aire desde julio de 1998 por el canal Caracol, aunque tuvo sus inicios en uno de los canales públicos nacionales desde marzo de 1995: se llamaba Informativo 7:30 Caracol. Desde entonces, junto con el noticiero RCN, estos dos noticieros privados son los más vistos por los colombianos: 11. 963. 100, corresponde a Caracol y 11'359, 800 de RCN<sup>28</sup>.

Noticias Caracol es el único noticiero de cobertura nacional que tiene una médica como presentadora de la sección de salud. La sección lleva más de 9 años al aire, mismo tiempo que lleva la médica trabajando en el programa.

### **Descripción técnica**

El noticiero comienza con los titulares. Cada noticia se separa a través de una cortinilla que tiene el logo del programa. Esta primera sección la acompaña una pista musical y dura unos 5 minutos aproximadamente.

Los temas que trata el noticiero están integrados en unos bloques informativos, ellos son: Colombia, mundo, entretenimiento, deportes, informativos, especiales, lo más trinado, código caracol, De tu lado, el periodista soy yo, gente que le pone el alma, ojo de la noche y salud. La sección de salud solo sale en los titulares cuando existe una coyuntura nacional o internacional.

Luego de los titulares viene el desarrollo de las noticias, que comienza con una introducción realizada por el presentador o presentadora oficial y luego es complementada y ampliada por un periodista a través de un VTR o nota. Hay dos tipos de VTR: en vivo (en tiempo real) o pregrabadas. Solo cuando son en vivo hay un zócalo que lo anuncia. Los bloques temáticos son divididos por uno o dos bloques publicitarios cuya duración oscilan entre 8 y 10 minutos.

---

<sup>28</sup> Para mayor información sobre datos de rating y preferencias de los colombianos sobre televisión ver <http://www.mediosencolombia.com/tv-colombiana-preferencias-nacionales/> Los datos están basados en el Estudio General de Medios 2013 e IBOPE Colombia, empresa encargada en registrar el Rating televisivo.

La sección de salud está en las secciones finales del noticiero; por lo regular después de los deportes y antes de las noticias del entretenimiento (farándula). Las noticias de salud son presentadas por una médica y tiene una identidad gráfica propia que la diferencia de otras secciones. La sección dura entre uno y dos minutos y aparece en las emisiones de la mañana y del medio día.

Los zócalos del programa son usados para mostrar el nombre de los presentadores y los periodistas, el nombre del programa, mencionar el lugar donde se da la noticia, presentar el resumen de las noticias, diferenciar las notas pregrabadas de las que se hacen en directo o en vivo. Y la mosca siempre muestra la hora en vivo, el logo símbolo del programa, la página web y la cuenta de Twitter.

### **Actores y roles**

La sección de salud de Noticias Caracol, emisiones de la mañana y del medio día, es conformado por cinco actores: los presentadores del noticiero, la presentadora-médica de la sección, una voz en off, los expertos y los entrevistados-transeúntes. Cada uno con roles muy específicos que serán caracterizados a continuación.

Los presentadores del noticiero, por lo general un hombre y una mujer, son los encargados de informar sobre la mayoría de temas, menos los de salud. Cuando llegan a esta sección, tienen la función de introducir el tema y justificarlo, por lo regular, por medio de datos estadísticos. También presentan a la “doctora Fernanda”, como ellos la llaman, y son los encargados de cerrar la sección. En la emisión de la mañana, la sección suelen cerrarla con comentarios personales y aparentemente espontáneos sobre el tema del día. En la tarde solo le agradecen a la médica por la información.

La “doctora Fernanda”, como es llamada siempre por todos sus interlocutores, es la presentadora oficial de la sección. Su rol principal es ser la experta del noticiero en temas de salud. Entre sus funciones está reintroducir el tema reafirmando los datos dichos por los presentadores. Igualmente, los justifica desde una mirada estadística; da recomendaciones y consejos para los televidentes; habla de tratamientos y procedimientos clínicos; define



conceptos y cierra la sección haciendo advertencias y afirmaciones que parecen no ser cuestionadas.

Es la encargada de dirigirse a la audiencia, especialmente hacia quien va dirigido el mensaje, al grupo poblacional directamente implicado. En ese sentido, su papel va mucho más allá del hecho de informar, pues siempre está tratando de persuadir a la audiencia para que adopte determinadas actitudes o estilos de vida en el marco de los problemas de salud que se plantean en las emisiones.

Cumple, además, la función de enfatizar en los temas tratados en la sección y de reiterar una y otra vez la necesidad de estar consultando a los especialistas. Siempre está vestida con su bata blanca de médica.

Otro de los actores centrales de la sección es la narradora o la voz en off. Es una voz femenina encargada de desarrollar los temas planteados por los anteriores presentadores. Para cumplir tal fin, define conceptos y articula las voces entre los expertos y los entrevistados-transeúntes que son consultados sobre el tema del día o las pacientes que cuentan sus casos. Tiene la función de presentar a los expertos, de darles la palabra y también de quitárselas. Hace invitaciones a los televidentes para que asistan a diferentes actividades de salud programados por centros públicos y privados del país. Hace afirmaciones y recomendaciones en el campo médico apoyándose, por lo general, en instituciones, estudios y profesionales de la salud.

De este modo, cumple dos roles opuestos: representa al televidente a quien se dirige al tiempo que hace de experta. La primera se da cuando entrevista a los expertos haciéndoles preguntas que podrían estar haciéndose su público objetivo. También les hace preguntas a los ciudadanos en la calle sobre el tema del día y a algunas pacientes que comparten sus historias sobre las afectaciones de ciertas enfermedades. Y es experta cuando da recomendaciones, invita a los televidentes a visitar los expertos, hace afirmaciones basadas en estudios como lo hace la doctora Fernanda y explica qué medidas tomar cuando se tienen ciertos problemas de salud. Aunque deja claro que son los médicos y los especialistas a quienes se debe escuchar.

Los expertos, por su parte, tienen la función principal de validar y ampliar lo afirmado por los actores anteriores. Para ello, definen conceptos, plantean diagnósticos hipotéticos, describen y proponen tratamientos, dan recomendaciones generales y específicas. También afirman cómo deben ser las cosas, lo que se puede y no se puede hacer. Siempre hablan desde sus consultorios y llevan consigo sus batas blancas, además de otros distintivos médicos como estetoscopios y símbolos relacionados con la salud.

Finalmente están los entrevistados-transeúntes que participan de la sección a través de sus opiniones, al estilo *vox populi*. Son personas que fueron abordadas en espacios públicos para evidenciar sus conocimientos o puntos de vista sobre los temas de salud tratados en los episodios. Por lo general eran mujeres y hombres –más las primeras– entre los 30 y 60 años aproximadamente. Sus intervenciones eran muy cortas y precisas. Podían aparecer, máximo, de dos a cuatro por episodio.

También participan de la sección “las pacientes”, mujeres, especialmente, que daban testimonio sobre sus estados de salud. Eran quienes padecían la “enfermedad”, fuera ellas mismas o sus hijos, y describían los síntomas, procedimientos médicos y tratamientos. Sus intervenciones se basaban en la narración de sus experiencias, sus sentires, sus dudas sobre la enfermedad que padecían.

Las voces que más resonancia tienen en la sección de salud son las de la doctora Fernanda y la narradora. En tiempo al aire, más la segunda. La voz de los expertos se ubica después, mientras que la de los entrevistados-transeúntes y los pacientes van de último.

### **Relaciones entre los actores**

Las relaciones entre los actores que componen la sección de salud es jerárquica. Si bien no hay una interacción directa entre ellos, salvo entre los presentadores y la doctora Fernanda al inicio y final de la sección, esta se da a través de la voz de la narradora, quien es la encargada de dar la palabra a los expertos y a los entrevistados-transeúntes-pacientes. Esta intervención está condicionada al rol que ocupa cada uno de ellos. Así, mientras los entrevistados expresan sus

conocimientos sobre el tema del día, estos son contestados y contrastados por los expertos, quienes se encargan de legitimar o deslegitimar dichas expresiones, sobretodo la segunda.

La jerarquía relacional también se evidencia en la forma como son nombrados los actores. Los presentadores del noticiero se dirigen a su colega como “doctora”, por ejemplo, mientras ella se dirige a ellos por sus nombres. Lo mismo pasa cuando la narradora introduce a los expertos, los llama “especialistas” o por su profesión: urólogo, dermatólogo, neurólogo, etc., acompañado en la mayoría de las veces por su cargo: “presidente de Sociedad Colombiana de Urología”. A quienes participan del *vox populi*, por el contrario, no son identificados ni siquiera con sus nombres. Caso similar al de los pacientes, quienes son identificados con sus nombres y una breve descripción del papel que juegan en la trama periodística: “Claudia Velásquez. Su bebé tiene dermatitis atópica”. En suma, solo los roles de expertos son identificados y ganan fuerza y protagonismo en la interacción que allí se plantea.

Hay que aclarar que en las emisiones de la mañana, el noticiero busca emular un formato diferente: un magazine. Para ello, ubica a los presentadores en un set en forma de sala, en la que todos aparecen sentados en sofás. Esta disposición espacial, obliga a los presentadores a interactuar un poco más, incluso a dar opiniones personales sobre las noticias, antes o después de ser presentadas. Cuando llega la sección de salud, la doctora Fernanda está sentada con ellos, quienes tratan de integrarla a la conversación que segundos antes iniciaron. De esta forma se da inicio a la sección de salud, como un segmento más de un magazine informativo. El formato cambia en la emisión de la tarde, en la que cada sección tiene su espacio y no permite este tipo de interacciones, caracterizadas, además de la jerarquía, por la camaradería y el colegaje.

### **Lenguaje de los actores**

Cada uno de los actores tiene una forma particular de expresarse para hacerse entender, legitimar lo que dice y persuadir. Los presentadores generales del noticiero, por ejemplo, utilizan un lenguaje coloquial, formal y breve. Usan expresiones y palabras que pueden ser comprendidas por un público más general:

Presentadora 1: “Hoy es el día mundial de la Diabetes, una fecha para reflexionar sobre este tema”.

Presentador 2: “Sí señora, es que hay 382 millones de personas en el mundo con esta enfermedad que por cierto muchos subestiman. Consejos doctora Fernanda, me encanta saludarla a esta hora” (Sección de salud Noticias Caracol, 14 de noviembre de 2013).

La doctora Fernanda, mientras tanto, usa un lenguaje que mezcla lo coloquial y lo técnico en un tono formal. Hay un esfuerzo por transmitir un mensaje complejo, de la experticia médica, a un lenguaje más cercano a los televidentes. Para ello, no se apoya en diminutivos o en comparaciones como se hace en otros programas.

EPOC es Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica, más conocida como el enfisema, que es un daño irreversible y progresivo de los pulmones, desencadenado por factores como la contaminación, el humo de la leña, aunque esto ya no es tan frecuente, y por supuesto la causa más común, el 90% de los casos, y además causa prevenible, el consumo de tabaco. Por eso hoy uno de los llamados es a tomar la decisión de dejar de fumar para prevenir esta y muchas otras enfermedades (Sección de salud Noticias Caracol, 14 de noviembre de 2013).

La doctora se caracteriza por cerrar las secciones con un lenguaje enfático. Términos como “insisto”, “ojo” y “recuerde” son utilizados de manera regular para precisar, clarificar y persuadir a los televidentes sobre sus puntos de vista. Estos términos son completados con afirmaciones como “hay que cambiar esa programación que tenemos” que crean la sensación de incuestionabilidad de sus recomendaciones.

A su vez, la narradora de la sección utiliza un lenguaje coloquial. A pesar de que asume un rol de experta, usa términos y expresiones que no hacen parte de léxico médico. Y cuando debe usarlos porque no hay otra forma de nombrarlos, acude a su traducción inmediata: “Facebook, la red social que acoge a más de mil millones de personas, no hace felices a sus usuarios de acuerdo con el estudio. Según el siquiatra Rodrigo Córdoba pueden ser varias las razones” (Sección de salud Noticias Caracol, 16 de agosto 2013)<sup>29</sup>. También es usual que deje frases iniciadas para que sean complementadas por los expertos o por los ciudadanos-pacientes, tratando de mantener las formas de expresarse de los últimos.

---

<sup>29</sup> Programa analizado por Alexis Hernández (2015), estudiante de Antropología de la Universidad de Antioquia cuyo proyecto de grado estuvo enfocado en estudiar la sección de salud del noticiero Caracol desde una mirada antropológica. El proyecto estuvo asesorado por Alejandro Agudelo Calle.

Los expertos, finalmente, usan un lenguaje técnico que, por lo regular, no es traducido a otro más coloquial. “Calculamos más o menos que el 10 al 15 por ciento de los embarazos pueden desarrollar diabetes gestacional” (Sección de salud Noticias Caracol, 8 de agosto 2013). No obstante, el lenguaje depende en gran medida de las habilidades comunicativas del profesional y de la complejidad del tema tratado. En el siguiente ejemplo, uno de los expertos usó términos utilizados por los televidentes “Morirme de hambre para poder controlar la diabetes: falso. Es al contrario, la mejor alimentación que existe es la alimentación que debe llevar un diabético. Eso de aguantar hambre cuando uno tiene diabetes está mandado a recoger (Sección de salud Noticias Caracol, 14 de noviembre 2013). En suma, el lenguaje coloquial predomina en la sección de salud. Este es utilizado por presentadores, narradora y algunos expertos.

### **Apertura de los episodios**

La sección de salud es anunciada pocas veces en los titulares y en los avances de noticias que se hacen en el desarrollo del noticiero. Cuando la sección aparece en estos espacios, la información se expresa en un tono de alarma: “Mucha atención: Uno de cada seis hombres tendrá cáncer de próstata. Señores a realizarse el chequeo” (Sección de salud Noticias Caracol, 19 de noviembre 2013).

Ya cuando arranca la sección en sí, esta puede ser introducida por los presentadores del noticiero, la doctora Fernanda y la narradora. Es usual utilizar estadísticas para justificar el tema del día, así como las conmemoraciones nacionales e internacionales de ciertas enfermedades: “Día nacional del cáncer de próstata”, “Día mundial de VIH SIDA”.

En la presentación también se definen conceptos, se mencionan síntomas y se realizan recomendaciones generales. Igualmente puede ocurrir que se mencione el público de interés a quien va dirigida la información: “Atención mujeres”, “Mucho cuidado hombres”, “Esta información le puede interesar a...”.

## **Apoyos audiovisuales y pedagógicos**

Los apoyos audiovisuales utilizados en la sección para hacer más comprensibles los mensajes de salud son: imágenes de apoyo, dramatizados, cuadros de texto, voz en off, *vox populi* e historias personales de algunos pacientes. Las imágenes de apoyo son grabaciones previas de diversas realidades sociales (personas caminando en un parque, hombres haciendo deporte, mujeres jugando con sus hijos...) que son utilizadas luego para ilustrar lo que dice la voz en off; es un marcador visual que se articula con lo que dice la narradora.

Los dramatizados son representaciones de la realidad, en la cual unos actores simulan situaciones como síntomas, dolores y acciones que podría estar sintiendo quien padece las afectaciones físicas y psicológicas de las que se está hablando. Es otra forma de ilustrar, al igual que las imágenes de apoyo, lo que dice la voz en off. Muchos de esos personajes son mujeres.

Los cuadros de texto sirven para hacer énfasis en ciertas ideas. Son usados regularmente en aquellas noticias en donde se pretenden “desmitificar” ciertos hábitos realizados por los televidentes.

El *vox populi* es un espacio para que los ciudadanos expresen sus opiniones o conocimientos sobre determinado tema. Suele realizarse en lugares públicos como estaciones de buses articulados, parques, calles, etc. La participación de los ciudadanos es breve y espontánea: no hay una planeación previa de las respuestas. Se usa bastante como mecanismo de contrastación con las opiniones de los expertos. De modo que luego de que los ciudadanos dan sus versiones, los expertos las aprueban o desaprueban, como se mencionó más arriba.

Por último, a partir del caso de una “paciente” se explica la enfermedad o temática en cuestión desde sus síntomas, desde la experiencia de quien lo padece. A partir de un caso en particular, los expertos y la narradora organizan su discurso. Se puede pretender con ello decir la información desde el punto de vista del “paciente”; sin embargo, al final, la versión preponderante sigue siendo la de los expertos.

## Cierre de los episodios

La sección suele despedirse con recomendaciones generales y haciendo énfasis en algunos puntos mencionados por los expertos. Se usa en repetidas ocasiones un tono de alarma para llamar la atención sobre el tema, el cual siempre es importante; no hay tema trivial o que no requiera atención especial por parte de los televidentes: “Por favor, no subestimen este problema, porque no darle en tratamiento adecuado a la dermatitis implica infecciones de la piel, aumento de las lesiones y cicatrices. Fuera de eso la picazón interfiere con la calidad de vida, incluso con el buen dormir del niño” (Sección de salud Noticias Caracol, 18 de noviembre 2013).

La doctora Fernanda siempre cierra la sección con la expresión “Terminan las noticias de salud”, señalando de manera explícita su final. Las presentadoras generales del noticiero también hacen un cierre a través de expresiones como: “Gracias, doctora, por la información”. Posteriormente, se continúan con otras noticias que poco o nada tiene que ver con las temáticas tratadas en la sección.

En un par de veces, luego de la sección de salud hubo una sección llamada “Urna virtual”, en la que se les pregunta a los televidentes sobre un tema específico y deben responder a través de la página Web del canal. En uno de ellos se habló de “El día internacional del cáncer de próstata”, y se hizo reiteración en que es necesario consultar con los expertos después de los 40 años. Este mensaje fue repetido por todos los actores de la sección. Lo contradictorio fue que la pregunta de la Urna Virtual, la cual fue votada por 4040 personas, decía “¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar para que su entidad de salud lo remita a un especialista?”. Las respuestas fueron: a) una semana: 6,78%; b) un mes: 15, 22%, c) entre uno y tres meses: 46,98%; d) más tiempo: 31,02%. (Noticias Caracol, 19 de noviembre de 2013).

Generalmente, la sección de salud se encuentra entre las secciones de deportes y las noticias internacionales; sin embargo, también estuvo ubicada entre las noticias nacionales. Se encontró, además, que la sección de salud solo aparece en los titulares y en la primera parte del noticiero cuando hay una coyuntura que lo amerita. Si bien en la muestra de esta investigación

no pasó, en seguimientos anteriores al noticiero sí. Por citar un ejemplo, en la última erupción del Nevado del Ruiz, en Manizales, el noticiero inició, después de describir la situación del nevado, con la sección de salud y se tituló: “Los efectos de las cenizas volcánicas” (Sección de salud Noticias Caracol, abril de 2013).

En algunos de los episodios se desarrollaron dos noticias de salud, las cuales no tenían relación entre ellas. Generalmente las noticias eran dedicadas a las “novedades”, “descubrimientos” e “inventos”. Y no en todos los episodios analizados estuvo presente esta sección, aunque sí en la mayoría.

#### **3.1.4. Sección de salud de Noticias RCN**



Tomado de Página Web RCN

Noticias RCN es un noticiero televisivo privado de cobertura nacional. Hace parte del canal RCN (Radio Cadena Nacional) y se emite cuatro veces al día de lunes a viernes. Los fines de semana la emisión es de dos veces. Su primera transmisión se dio en 1995 en uno de los canales públicos nacionales con el nombre de RCN 7:30.

En 1998, año en el que aparecieron los canales nacionales privados en Colombia, pasó a hacer parte de la programación del canal RCN. Junto con el canal Caracol, RCN tiene el mayor rating de audiencia. El noticiero no cuenta actualmente con una sección propia de salud, sino



que las noticias con este tipo de contenido son presentadas como una nota noticiosa más. La nota es desarrollada por los presentadores oficiales del noticiero y por periodistas corresponsales, y no tiene una cortinilla que diferencia las noticias de salud.

En años anteriores, hubo un par de secciones en salud llamadas “Jueves de salud” y el “ABC de la salud” que se presentaban en las emisiones de la mañana y al medio día en el noticiero. Ambas secciones nunca tuvieron un presentador oficial, aunque se diferenciaban de otras notas por medio de una cortinilla con el nombre de las secciones<sup>30</sup>.

### **Descripción técnica**

El noticiero comienza con una animación que lleva el logo símbolo del canal RCN: “FAMILIAR. Puede contener escena de sexo o de violencia. Se recomienda ser visto en compañía de adultos”. El anuncio, que dura 10 segundos, es leído por una voz en off masculina. Luego inicia un comercial de una bebida gaseosa e inmediatamente después aparece otra animación con el logo del programa. Y vienen los titulares .

Los titulares mencionan las noticias más importantes, de acuerdo a la agenda temática del canal, que se desarrollarán en la emisión. Cada noticia es separada por una cortinilla con el logo del noticiero. Esta sección puede durar hasta 5 minutos, dependiendo del volumen de noticias para el día, y está acompañada por una pista musical que siempre la identifica.

Los bloques temáticos, según la página Web oficial del programa, son: nacional, internacional, deportes, entretenimiento, bienestar, opinión y tecnología. Las noticias nacionales se componen en justicia, política, economía, Bogotá, regiones y país; las internacionales, en América, gente, Europa, Oriente Medio, Oriente, África y mundo curioso; los deportes, en fútbol colombiano, fútbol mundial, otros deportes y curiosidades; entretenimiento, en cultura, farándula, cine y música; opinión, en columnistas y blogs;

---

<sup>30</sup> Según Katriz Castellanos, actual periodista encargada de las notas de salud del Noticiero RCN, debido al cambio de directores del noticiero en el último año, no ha sido posible consolidar una sección de salud. Tampoco sabe por qué desaparecieron las secciones “Jueves de Salud” y el “ABC de la salud”. Lo que sí indica, es que es “muy posible” que haya una sección de salud en los próximos meses, cuando la nueva directora pueda desarrollar su línea editorial.

tecnología, en ciencia y tecnología; y bienestar, en salud, educación y ABC Medicus. No es habitual, en los episodios analizados, que las temáticas de bienestar aparezcan en los titulares.

Concluidos los titulares, aparece nuevamente la animación con el logo símbolo del programa, acompañada de la misma voz en off del inicio la cual menciona el nombre de los presentadores del noticiero. Acto seguido, la cámara muestra el set de noticias en un plano general y realiza un acercamiento a las presentadoras quienes comienzan a desarrollar los temas mencionados en los titulares. Durante este primer bloque de noticias, la dinámica es la misma: las presentadoras dan una información general de las noticias y luego viene una nota (o VTR) que la desarrolla. Hay dos tipos de notas: en vivo y pregrabadas. Cuando hay noticias de última hora estas son anunciadas por una pista especial acompañada de una animación que dice: “Último Minuto” o “Extra”.

Este primer bloque llega a su fin cuando las presentadoras invitan a los televidentes a continuar viendo el programa, luego del bloque de comerciales, y anuncian algunas noticias, a modo de titulares, que vendrán más adelante: “Y espere más adelante, aquí en noticias RCN...”, “Ya regresamos”.

La sección de salud, en la emisión de la mañana, es introducida por las presentadoras quienes, por lo regular, realizan un comentario previo sobre la importancia de la información sobre salud: “Todos los días tenemos información de su interés para la buena salud”. Así como en las demás noticias, la salud se convierte en una noticia más que no se diferencia de las otras. No obstante, esta sección es llamada en los titulares como “Para la buena salud”.

En cambio, en la emisión de medio día, el tema de la salud tiene una sección exclusiva llamada el ABC de la Salud. Y se distingue de las otras porque, luego de que las presentadoras anuncian el segmento, aparece una animación con una pista especial, el nombre la de sección y el símbolo de la medicina occidental: el bastón de Esculapio. El segmento sigue la línea estructural de las demás noticias: se realiza una introducción general por parte de una de las presentadoras seguida de una nota periodística (VTR). Durante el desarrollo de noticia, uno de los zócalos invita a los televidentes a consultar más “Sobre temas de salud” en una página de

internet llamada ABCMEDICUS.COM. Este es un micro sitio de la página Noticias RCN y aloja las notas de salud que se transmiten en el noticiero en sus emisiones de la mañana y la tarde.

La nota periodística del ABC de la Salud inicia con un video cuyas imágenes están relacionadas con el tema que van a informar. Una voz en off femenina comienza a desarrollar la noticia, la cual solo se detiene para darle la palabra a los profesionales de la salud que intervendrán. La misma voz en off cierra la nota realizando algunas sugerencias. La sección termina cuando el volumen de una pista, que funciona como cortinilla, es subida. Luego, la palabra es devuelta de nuevo a los presentadores quienes de manera regular hacen comentarios como “Hay que tener mucho cuidado”, más no dicen, en sus propias palabras, por qué hay que hacerlo.

Es importante anotar que la sección de salud hace parte de los últimos bloques temáticos del noticiero, junto con las noticias deportivas y del espectáculo.

El noticiero tiene, en la emisión de la mañana, un bloque publicitario que puede durar entre 5 y 10 minutos aproximadamente. Esta emisión dura en total una hora y media. En la tarde hay dos bloques publicitarios, cada uno con una duración aproximada de 10 minutos. Esta emisión dura dos horas, y a veces un poco más. El noticiero concluye con el mismo comercial del inicio.

Los zócalos del noticiero son utilizados para mostrar el nombre de los presentadores y los periodistas, el nombre del programa, mencionar el lugar donde se da la noticia, presentar el resumen de las noticias, diferenciar las notas pregrabadas de las que se hacen en directo o en vivo. Y la mosca siempre muestra la hora en vivo, el logo símbolo del programa, la página web y la cuenta de *Twitter*.

### **Actores y roles**

La sección de salud de Noticias RCN, emisiones de la mañana y la tarde, está compuesta por cuatro actores: las presentadoras del noticiero, una narradora o voz en off, los expertos y los televidentes y pacientes. Las presentadoras son las mismas que presentan las demás secciones

del noticiero, sin incluir las de deportes y farándula, que cuentan con sus propios presentadores. Su rol básicamente es introducir la sección de salud y de la temática. Esto puede estar a cargo de una o de las dos presentadoras del noticiero (o presentador y presentadora). Así: Presentadora 1: “Todos los días en RCN les tenemos noticias para la buena salud. Tenga mucho cuidado al recoger los alimentos del suelo y comérselos. Presentadora 2: “Expertos aseguran que se requiere de al menos dos segundos para que la comida en el piso se contamine con bacterias que afectan el aparato digestivo” (Sección de salud Noticiero RCN, 22 de noviembre de 2013).

El segundo actor es la una voz en off, la cual la realiza una periodista del programa; su nombre es Marta Ospina, y en pocas ocasiones la sucede Luisa Fernanda Cely. Ambas son las encargadas de informar sobre las noticias de salud en el noticiero. Los roles dentro de la sesión son: reintroducir el tema y justificar su importancia, llevar el hilo de la narración, articulando las voces de los expertos y pacientes, hacer recomendaciones médicas basadas en expertos y organizaciones reconocidas de salud (en contraste, también hace afirmaciones médicas sin citarlos), definir conceptos y hacer recomendaciones generales. Es la voz que lidera la sección.

El tercer actor son los expertos: profesionales de la salud en distintas especialidades: urología, ginecobstetricia, oncología, otorrinolaringología, pediatría y psiquiatría, por mencionar algunas. Los expertos se encargan de definir conceptos, describir y explicar diagnósticos, síntomas, tratamientos y procedimientos médicos; amplían y complementan lo que dice la narradora y los pacientes. También hacen demostraciones en sus consultorios y laboratorios. Sus intervenciones son cortas y certeras y siempre hablan desde los consultorios médicos vestidos con batas blancas o distintivos médicos. Por episodio aparecen máximo dos expertos, aunque en la mayoría de ellos, solo aparece uno.

Por último están los televidentes y los pacientes. Los televidentes, aunque solo en un par de programas de la mañana tuvieron participación, tenían la función de hacerle una sola pregunta, relacionada con el tema del día, al especialista invitado. Estos también podían participar a través de Twitter con preguntas muy puntuales que eran leídas por los presentadores del noticiero.

También hay otro tipo de televidentes que si bien no participaron con sus voces en los episodios, sí lo hacían en el desarrollo de las temáticas prestando sus cuerpos enfermos. Son los que padecen las enfermedades y que la cámara solo captaba la parte del cuerpo afectada de la que se estaba hablando: piernas, barrigas, brazos, espaldas eran enfocados a transeúntes, personas que asistían a las consultas o que, simplemente, estaban en un lugar de la ciudad y eran grabados haciendo sus rutinas diarias y luego eran presentados como parte de las imágenes que conformaban el relato periodístico en salud, imágenes de apoyo como se dice en el lenguaje audiovisual. Estos sujetos, por lo general mujeres, representan la imagen del paciente, de la persona a quien se le quiere dar la información.

Por su parte, los pacientes, así son identificados en los zócalos de la sección, son personas que tenían el rol de dar testimonio sobre sus enfermedades. Cuentan sus historias personales, expresan sus angustias por padecer la enfermedad, narran los síntomas vividos y describen cómo lograron “superar” esos momentos. Fue muy poca la participación que tenían en el desarrollo de la sección. Hay que aclarar también que este tipo de participación se presentó solo en dos programas, pues en la mayoría, los pacientes no aparecían.

Sin duda, las voces de los expertos y de la narradora son las que más tiempo están al aire y, en varias ocasiones, la voz de la narradora era la que más se escuchaba. Incluso, en uno de los episodios analizados, se abordó el tema del día a partir de una crónica periodística enfocada en el caso de una “paciente”, la cual tuvo una participación mínima si se tiene en cuenta que el foco de la historia era ella. Tuvieron más participación los profesionales que la atendieron y los expertos que complementaban o reafirmaban lo dicho por la voz en off que la misma “paciente”.

Así mismo, el único actor que transgrede su rol es la voz en off, pues asume una postura de experta cuando cita estudios o habla por organizaciones reconocidas en el campo de la salud, al tiempo que da recomendaciones médicas. Los demás actores no salen de su rol.

## **Relaciones entre los actores**

La sección de salud del noticiero de RCN no permite que haya interacción directa entre los actores que la conforman, es decir, no hay diálogos entre ellos. Las interacciones se dan en la medida que se van turnando la palabra entre los presentadores del noticiero, la voz en off, los expertos y los pacientes-televidentes. La voz en off, como ya se mencionó, era la encargada de conectar todas las voces: daba la palabra o la interrumpía.

Solo en dos de los episodios de la emisión de la mañana, se abrió un espacio para que algunos televidentes –dos o tres máximo– le preguntaran al experto invitado. La pantalla se dividió en dos y se mostraba a quien hacía la pregunta al lado derecho y a quien la respondía –experto– al lado izquierdo. La dinámica de la interacción no posibilitaba que hubiera repreguntas al experto. La presentadora del noticiero era la encargada de abrir y cerrar el espacio, cuya duración no superaba los 3 minutos. La temática que se discutía allí no estaba relacionada con el tema que se presentó en la sección de salud.

Las relaciones entre los actores son estrictamente jerárquicas. Los pacientes y los televidentes tienen preguntas, carecen de conocimiento, y los expertos tienen la respuesta, el conocimiento. En general, las intervenciones de todos los actores que participan de la sección de salud son cortas. Ninguno interviene más de 20 segundos. Esto hace que el desarrollo de los temas parece insuficiente y no se logre tratar desde otros puntos de vista la temática del día.

## **Lenguaje de los actores**

Los presentadores del noticiero usan un lenguaje coloquial e informal para introducir la sección. En varias ocasiones participan los dos presentadores quienes se dirigen el uno al otro simulando una conversación privada. Los términos usados por ellos son claros y recurren, en muy pocas ocasiones, al lenguaje técnico.

Presentadora 1: “Y aquí está la información de interés para la buena salud. La leche materna es la alimentación básica más importante de los niños en los primeros 6 meses de edad”.

Presentador: “Así es Jéssica, su consumo es garantía de nutrición y defensas para el organismo. Cada año en el mundo se salvarían un millón y medio de vidas de bebés si fueran lactados según

UNICEF. Son muchos los beneficios de esta práctica (Sección de salud noticiero RCN, 25 de noviembre de 2013).

La voz en off, al igual que los presentadores, recurre al lenguaje coloquial cuando interviene: “Realizar ejercicio, evitar el sobrepeso y consultar el especialista son la clave para prevenir y tratar a tiempo esta enfermedad” (Sección de salud noticiero RCN, 28 de noviembre de 2013). Sin embargo, en algunas ocasiones también recurre al lenguaje técnico, o mejor, a una mezcla entre lo técnico y lo coloquial: “Las amígdalas son ganglios que se encuentran en la parte posterior de la boca. Ellos ayudan a eliminar bacterias y otros gérmenes nocivos para el cuerpo” (Sección de salud Noticiero RCN, 18 de noviembre de 2013).

Los expertos, por su parte, recurren la mayoría de las veces al lenguaje técnico: usan terminología de sus áreas de experticia y expresiones propias de su gremio. Por lo general, este lenguaje no es traducido ni aclarado por ellos mismos o por los otros actores que intervienen en la sección. “[En esta parte el experto comienza hablar sobre la técnicas para tratar las várices] Técnicas como son el láser transcutáneo o algunas inyecciones de micro espuma. Y ya en los casos más avanzados, donde realmente se presentan unas dilataciones anormales, a través de un catéter especializado se mete una fibra de láser para quemar químicamente en una parte y en otra parte con energía térmica la vena por dentro y producir su oclusión” (Sección de salud Noticiero RCN, 11 de noviembre de 2013).

Ahora bien, dependiendo de la temática, este tipo de lenguaje puede ser más denso o más coloquial, como ocurre en el siguiente extracto. El tema, en aquella ocasión, era la obesidad en las mujeres. “Silvana [Nombre de la paciente tratada por la experta] no tenía chance y había perdido la fe... Realmente el pecado está en los excesos. No en combinar alimentos de una forma adecuada” (Sección de salud Noticiero RCN, 25 de noviembre de 2013).

El uso de diminutivos también es recurrente. Los profesionales de la salud los utilizan para explicar procedimientos o conceptos a quienes no hacen parte del área médica: “La preclamsia, el paciente que tiene preclamsia comienza a hincharse, comienza a sentir dolor de cabeza, o puede sentir un poquito de dolor en la boca del estómago, comienza a ver algo de

lucecitas y le pueden zumbar los oídos” (Sección de salud Noticiero RCN, 15 de noviembre de 2013).

Finalmente, la intervención de los televidentes y pacientes se caracteriza por ser coloquial y, sobre todo, por ser intervenciones cortas, solo para señalar puntos específicos: “Sí, no era chévere ser la gordita. Uno no tiene vida sentimental, por lo menos yo no tenía” (Sección de salud Noticiero RCN, 20 de noviembre de 2013). Este tipo de intervenciones eran ampliadas por los expertos y la voz en off, pero en términos médicos.

Como puede verse, para transmitir los mensajes de salud, los actores que integran la sección se caracterizan por tener un lenguaje particularmente técnico, que es matizado por un lenguaje coloquial. Los expertos son los que acuden en mayor medida a este tipo de lenguajes, los cuales no son traducidos, en la mayoría de las veces, a una terminología cercana a los televidentes. En vista de que la sección es tan corta y hay muy poca participación de los televidentes, no hay espacio para hacer aclaraciones ni ampliaciones de los conceptos o procedimientos médicos. Como se dijo, el mayor o menor uso de léxico técnico depende, en gran medida, de la temática tratada, tanto de los expertos como de la voz en off.

### **Apertura de los episodios**

La sección de salud comienza, en ocasiones, desde los titulares del noticiero y a partir de los avances informativos que se hacen entre bloque y bloque temático o antes de salir a los comerciales. Tanto en los titulares como en los avances, que pueden ser hasta dos por episodio, se muestran fragmentos de la sección enfocados en las recomendaciones. A la sección de salud los presentadores la llaman “Información de interés para la buena salud”.

Un ejemplo de lo anterior es: Titulares: “Información de interés para la buena salud. Evite comer comida del piso, y ojo, comérsela, las bacterias se adhieren en dos segundos”. Avance 1: “Y espere más adelante aquí en RCN información de interés para la buena salud. Evite recoger los alimentos del suelo y comérselos. En solo dos segundos la comida en el piso se contamina con bacterias peligrosas para el aparato digestivo”. Avance 2: Todos los días en RCN les tenemos noticias para la buena salud. Tenga mucho cuidado al recoger los alimentos del



suelo y comérselos” (Sección de salud Noticiero RCN, 22 de noviembre de 2013). Acompañan a estas palabras imágenes de apoyo que serán utilizadas más adelante en el desarrollo de la sección.

Cuando inicia la sección propiamente dicha, son los presentadores los encargados de abrirla. Para ello se hacen justificaciones genéricas del tema, realizan afirmaciones médicas basadas en expertos, organizaciones y en estudios –para los cuales muchas veces no referencian la fuente– y definen conceptos médicos. También recurren al uso de estadísticas para justificar las temáticas y su interés público: “35 millones personas viven con VHI según ONUSIDA. En este año más de 2 millones de personas se contagiaron con el virus...” (Sección de salud Noticiero RCN, 1 de diciembre de 2013).

Hay que señalar que algunas de las introducciones por parte de los presentadores y la voz en off se hacen en tono de alarma. Se apoyan en informes o anuncios de organizaciones nacionales e internacionales para justificar tal tono: “Alerta nutricional. En promedio dos de cada diez colombianos consumen frutas tres veces por semana. Los jóvenes adultos son los que menos fruta incluyen en la dieta diaria” (Sección de salud Noticiero RCN, 15 de noviembre de 2013).

### **Apoyos audiovisuales y pedagógicos**

La sección de salud utiliza varios apoyos audiovisuales y estrategias pedagógicas para hacer más comprensible este tipo de información. Animaciones, videos, imágenes, cuadros de texto, demostraciones o simulaciones, crónicas periodísticas y pistas musicales son las más utilizadas. Las animaciones son usadas para visualizar el funcionamiento interno del cuerpo y cómo ciertas enfermedades afectan sus procesos biológicos. Los videos y las imágenes se usan para ilustrar las partes afectadas y las áreas del cuerpo de las que se está hablando.

Los cuadros de texto le dan un orden a la información, además de contextualizar. Se usa para definir conceptos, describir síntomas, conocer tratamientos y puntualizar en las personas a quienes les puede interesar la información o pueden padecer la afectación. Los cuadros de

texto están distribuidos a lo largo de la nota de salud y están en forma de preguntas que serán resueltas al instante: ¿qué es? ¿síntomas? ¿a quiénes afecta? y tratamientos.

Igualmente, el uso de dramatizados y demostraciones fueron utilizados para explicar, de manera más gráfica, algunos procedimientos médicos y científicos. En los dramatizados fue recurrente ver personas simulando dolores corporales o acciones y movimientos “indebidos”. Así mismo, algunos expertos realizaron demostraciones para exponer mejor sus puntos: “Tomaremos para la muestra una lonja de pan, la cual vamos a colocar en contacto con pocos segundos con esta superficie impregnada de comino y vamos a ver cómo las partículas de comino se adhieren sobre la misma” (Sección de salud Noticiero RCN, 22 de noviembre de 2013), decía uno de los expertos mientras hacía la demostración.

Aunque no es habitual, las crónicas periodísticas también fueron utilizadas para tratar la temática del día. Iban acompañadas de imágenes, pistas musicales y narraciones que le daban tintes de suspenso: “Momentos tan importantes como la fiesta de quince años, el grado y la primera salida a bailar son situaciones que deben ser perfectas y no pueden faltar en la vida de una mujer. Sin embargo para Silvana sufrir de obesidad cambió la historia por completo”, decía la voz en off mientras se mostraban fotos de Silvana, la “paciente”, en este tipo de rituales sociales.

En cada uno de los episodios de la sección de salud, eran utilizados varios de estos apoyos audiovisuales. Ninguno de estos los utilizó todos. La complejidad de la temática determinaba en gran parte el número de apoyos utilizados.

### **Cierre de los episodios**

La sección de salud finaliza con recomendaciones generales a modo de *tips*, las cuales son dadas por la voz en off. Estas recomendaciones se apoyan, en la mayoría de las veces, en organizaciones, estudios y expertos que no siempre son citados: “Los expertos recomiendan no levantar alimentos del suelo y no consumirlos. Evitar esta costumbre protege al organismo de enfermedades gastrointestinales” (Sección de salud noticiero RCN, 22 de noviembre de 2013).

Igualmente, es reiterativo el uso de estadísticas para despedir la sección, estadísticas que en ocasiones son usadas en tono de alarma: “Si evito ser una estadística más de los tres millones de personas que mueren en el mundo por culpa de estos kilitos de más...” (Sección de salud Noticiero RCN, 22 de noviembre de 2013). O “Según la Organización Mundial de la Salud 60 de cada 100 personas mayores de 40 años sufren de esta enfermedad [Apnea del sueño]” (Sección de salud Noticiero RCN, 27 de noviembre de 2013).

No existe un distintivo visual o sonoro que marque el final de la sección de salud como pasa con los deportes y las noticias del entretenimiento. Tampoco hay una sección o algún tipo de noticias que dé cierta continuidad a la información de salud. Por lo general, esta sección se encuentra entre la información deportiva y la de entretenimiento; aunque también se encontraron noticias previas como debates entre candidatos presidenciales, entrevistas a senadores, noticias de Bogotá y nacionales, y posteriores, como avances y resúmenes de noticias. Casi siempre la sección de salud está sobre el final del noticiero, nunca al inicio.

\*\*\*

A continuación se analizarán las tendencias, de acuerdo a sus estructuras narrativas, de los cuatro programas televisivos seleccionados.

### **3.2. Tendencias en las estructuras narrativas**

#### **3.2.1. Los presentadores entre expertos y legos. Relaciones y roles complementarios**

Los programas de salud tienen una estructura narrativa que comparten: las componen ciertos actores que tienen unos roles bien delimitados, al igual que sus relaciones e interacciones comunicativas. El lenguaje que utilizan combina lo técnico con lo coloquial y hay un esfuerzo por mantener ese equilibrio. Igualmente, las formas como inician y cierran los episodios también tienen una línea en común así como los apoyos audiovisuales y pedagógicos que utilizan para hacer más comprensible los mensajes de salud. Por último, se encontró que existen unos mensajes que se repiten en todos los programas a través de sus episodios.

Los programas de salud analizados están integrados esencialmente por cinco actores que tienen unos roles y unas funciones muy específicas en el desarrollo de los episodios. Ellos son: un presentador, un experto-presentador, una narradora o voz en off, unos invitados expertos y los entrevistados-transeúntes. Los tres primeros son actores que hacen parte permanente del programa, mientras que los dos últimos son invitados que van cambiando a través de los episodios. Algunos de estos invitados, específicamente los expertos, pueden aparecer en varios episodios.

Los presentadores tienen todos algo en común: no son profesionales de la salud, son periodistas o integrantes del equipo técnico del programa. Entre sus funciones están: introducir la temática del día y dar las razones por las cuales es importante hablar al respecto – justificarla–, hacer recomendaciones médicas generales, definir conceptos médicos o traducirlos a un lenguaje más coloquial y generar interacciones entre los actores a través, principalmente, de la formulación de preguntas.

Los expertos-presentadores, al contrario, son todos profesionales de salud, médicas en el caso de la sección de salud de Noticias Caracol y de Medellín Ciudad Saludable, y fisioterapeuta en el caso de Los Buenos Años. La sección de salud del Noticiero RCN carece de una figura como esta, pues no hay un profesional sanitario que asuma la presentación de la sección, sin embargo no deja de ser una tendencia este tipo de actores en los programas de salud.

Las funciones que realizan son: reintroducir el tema del día y justificarlo a partir de su conocimiento y experiencia médica, dar recomendaciones y sugerencias generales y específicas, definir conceptos y, claro, también seguir el rol de presentador. Por ser la salud un tema tan sensible y que requiere de una alta responsabilidad en lo que se dice, este actor aparece como la voz experta del programa, alguien con la autoridad profesional para dar respuesta a las inquietudes de los televidentes. Siempre están vestidos con sus batas blancas o con los uniformes propios del personal de la salud.

El tercer actor es la voz en off o narradora y, al igual que los presentadores, no hace parte del gremio sanitario. Puede ser periodista con cierta especialidad en los temas de salud o,

simplemente, personal del equipo de producción. La voz en off siempre la realizó una voz femenina en el momento de los VTR o videos de apoyo. Sus funciones son: desarrollar los temas planteados por los presentadores, definir conceptos, hacer recomendaciones médicas generales y articular las voces de los expertos y entrevistados-transeúntes. Solo en Los Buenos Años, la narradora no cumplió la función de articulación. Por el hecho de dar recomendaciones médicas, la narradora se convierte en otra voz experta con gran peso en los programas.

Otro actor central son los expertos. También, como los expertos-presentadores, hacen parte del sector sanitario, pero con la variación de que son especialistas en las diferentes áreas médicas: urólogos, oncólogos, nutricionistas, dermatólogos, neurólogos, etc. La mayoría fueron presentados como “reconocidos” en sus respectivas áreas y hacían parte de instituciones nacionales e internacionales “reconocidas” en el campo de la salud médica. Las funciones en los programas fueron: definir y ampliar conceptos médicos, definir y describir síntomas, diagnósticos, tratamientos y procedimientos clínicos, dar recomendaciones generales y particulares y legitimar, deslegitimar o ampliar el saber de los entrevistados-transeúntes. Así como los expertos-presentadores, siempre iban vestidos con sus batas blancas o distintivos relacionados con la salud científica.

Finalmente están los entrevistados-transeúntes. Todos los programas cuentan con la participación de este tipo de actores, los cuales tienen dos funciones principales: hacer preguntas a los expertos o expresar sus conocimientos en salud, exactamente relacionados con el tema del día. Con respecto a este último punto, hay varias formas de expresar dicho conocimiento: por medio de testimonios o historias sobre experiencias vividas con ciertas enfermedades –propias o de alguien muy cercano– y a través de opiniones sobre el tema del día. También tienen la función de imitar algunas rutinas sugeridas por los especialistas como una forma de ilustrar.

Es una constante que las voces que más tiempo y espacio televisivo ocupan en los programas de salud sean las de los expertos. Al contrario, las voces de los entrevistados-transeúntes son las que menos fuerza tienen, y tienen la característica de ser intervenciones cortas y precisas.

Por otra parte, las relaciones entre los actores que componen la sección de salud son jerárquicas. Prevalece el conocimiento médico-científico sobre el conocimiento popular de los televidentes. A los expertos se les llama doctor, doctora, especialista, experto, autoridad, mientras a los televidentes no se les conoce, muchas veces, ni su nombre. No se sabe sus profesiones, solo los lugares en los que viven y se les llama “paciente” o “televidente”.

Las relaciones entre los expertos y los presentadores es directa, cara a cara, mientras las relaciones de los expertos con los televidentes es mediada, filtrada, ya sea a través de los medios electrónicos (teléfono, correo electrónico o redes sociales) o por medio de los presentadores. Las intervenciones de los televidentes son restringidas y breves, y no permite re-preguntas, incluso en los programas que se hacen en vivo, mientras que las intervenciones de los expertos son extensivas, pueden desarrollar sus argumentos, claro, de acuerdo a las posibilidades en tiempo de cada programa.

Las interacciones comunicativas entre todos los actores de los programas, por su parte, se caracterizan por ser respetuosas, cordiales y formales. Los presentadores siempre agradecen la participación de los televidentes.

Por otra parte, los programas de salud plantean un modelo de relación médico-paciente. En este modelo, los temas no los proponen los pacientes, como pasaría en una RMC tradicional, sino un equipo de producción. No es una relación privada sino pública. Los expertos nunca pueden ver a sus pacientes ni hacerles las preguntas pertinentes para conocer sus condiciones de salud. Los pacientes sí pueden verlos pero no pueden hacerles más de una pregunta. La relación está mediada por los presentadores que le transmiten las preguntas de los pacientes-televidentes a los expertos, y en algunas ocasiones traducen las respuestas de los expertos.

### **3.2.2. Lenguaje coloquial y lenguaje experto: en juego la validez de la información**

Los actores que hacen parte de los programas de salud, además de tener unos roles específicos en el desarrollo de los episodios, tienen un lenguaje, unas formas de expresarse para transmitir los mensajes de salud. Este lenguaje es de dos tipos: el médico o técnico y el coloquial. Así

como hay actores que usan solo uno de los lenguajes –médico o coloquial–, hay otros que usan ambos –médico y coloquial–. Los segundos, en algunos casos, hacen más énfasis en uno que en otro, como se verá en seguida.

Los presentadores se distinguen por ser periodistas y tener un lenguaje coloquial. Si bien dentro de sus funciones están introducir las temáticas, justificarlas, definir conceptos y hacer recomendaciones generales, estas se expresan sin la utilización de la terminología técnica. Y cuando estas son usadas –muchas veces el término técnico se refiere al nombre de la enfermedad a hablar– se hacen traducciones inmediatas o se le da la palabra a los expertos para que la definan en un lenguaje más coloquial. Sus intervenciones son cortas y sencillas en las secciones de salud de los noticieros. Y en los magazines pululan las redundancias, repeticiones y, en menor medida, el uso de diminutivos.

Los presentadores-expertos se distinguen por ser del sector de la salud, pero con entrenamiento para la presentación televisiva. Su lenguaje es a la vez médico y coloquial, aunque con algunos acentos. La médica-presentadora de Medellín Ciudad Saludable hace más uso del lenguaje coloquial que del técnico. Usa y retoma expresiones de los televidentes que llaman a participar del programa, por ejemplo. El fisioterapeuta-presentador de Los Buenos Años usa un lenguaje más técnico: nombra enfermedades óseas y musculares y describe procedimientos médicos. Un nivel intermedio lo tiene la médica-presentadora Fernanda, de Noticias Caracol. Ella trata de equilibrar ambos lenguajes, aunque la balanza tiende a ser un poco más coloquial. En vista de que en el desarrollo de las noticias de salud hay siempre un experto, la carga técnica corre más por cuenta de ellos.

En esta misma línea está la voz en off o narradora. Ella suele ser una periodista o parte del equipo de producción. No tiene una experticia en el campo de la salud; no obstante, como una de las funciones en los programas es representar en parte la voz experta, algunos de los términos que utiliza son médicos. Su lenguaje, entonces, también es médico y coloquial, con un acento más marcado en la segunda. Es un lenguaje más permisivo y relajado. Las secciones de salud de los noticieros se caracterizan por dejar frases inacabadas, las cuales son

complementadas por los expertos. En los magazines, la narradora menciona y define conceptos médicos que son traducidos en un lenguaje coloquial. Es común el uso de redundancias.

Y los expertos, por último, se caracterizan por tener un lenguaje médico, el cual se complejiza de acuerdo al tema en cuestión. Usan términos y expresiones propias de sus saberes específicos, usan siglas y abreviaturas y emplean vocablos “subtécnicos”, propios del argot del trabajo diario. Muchas veces esos tecnicismos no fueron traducidos ni por ellos mismos ni por las demás voces que participaban en el programa. Sin embargo, hubo excepciones en las que los especialistas utilizaban un lenguaje más coloquial, caracterizado por el uso de metáforas, ejemplos y diminutivos.

En resumen, el uso del lenguaje es fundamental en los programas de salud, máxime si uno de los objetivos centrales de estos es informar sobre el campo médico a quienes no hacen parte él. En este sentido, el lenguaje coloquial es el más utilizado para transmitir mensajes de salud. Los términos y expresiones populares, las metáforas, los diminutivos, los ejemplos cotidianos, las repeticiones, las redundancias, las frases incompletas y las oraciones cortas y sencillas son las características más comunes en los programas.

\*\*\*

Los programas analizados comparten una estructura narrativa que se caracterizan por: tener una manera de introducir, presentar y justificar las temáticas; tener unas estrategias audiovisuales y pedagógicas para hacer más comprensible el mensaje de salud; y unas formas de concluir los episodios.

### **3.2.3. Llamar la atención para abrir los episodios**

Los programas de salud coinciden en iniciar sus episodios con el planteamiento de un tema médico, solo en el caso de las secciones de salud de los noticieros pueden ser hasta dos temas, aunque por lo general es uno. Siempre hay una justificación de los temas, ya sea a partir de estadísticas suministradas por instituciones u organizaciones de salud nacionales e internacionales o por las “necesidades de información” que puede tener, según el presentador,



los televidentes. La fuente que más se cita para justificar los temas es la Organización Mundial de la Salud.

Las estadísticas, los números, plantean dos asuntos. El primero, dimensiona y pone en relieve los temas a tratar. Es una manera de visualizar cuantitativamente un problema de salud individual y colectivo. Y el segundo, es una forma de llamar la atención de los televidentes en clave de alarma, apelando al miedo, ya que “urge” hablar del tema: “Hay que cuidarse porque las estadísticas así lo demuestran...”, “Mucho cuidado, la Organización Mundial de la Salud dice que uno de cada tres...”.

Las dos formas identificadas para introducir el tema que se abordará en los episodios, estas son: las preguntas y las afirmaciones. En la primera, se plantean interrogantes: “¿Qué es la tendinitis?” que luego serán resueltas en el desarrollo; y, en la segunda, se realizan aseveraciones: “El cáncer de cuello uterino es el más peligroso” cuyos argumentos son expuestos posteriormente.

También se suele mencionar en las introducciones al público hacia quién va dirigido el mensaje: “¡Ojo madres!”; se definen conceptos médicos de manera muy general y se mencionan, en menor medida, a los invitados expertos.

#### **3.2.4. Apoyos audiovisuales y pedagógicos para facilitar la recepción-apropiación-acción**

Los programas de salud analizados comparten unas estrategias audiovisuales y pedagógicas para hacer más comprensibles sus mensajes. Los conceptos, los procedimientos, las cifras, los tratamientos y las recomendaciones en salud pueden ser tan complejas para quienes no hacen parte del ámbito sanitario que se hace necesario buscar alternativas comunicativas para lograr traducir las terminologías técnicas del campo de la medicina.

Se identificaron en los cuatro programas, 13 estrategias pedagógicas, de las cuales 5 son utilizadas en todos ellos. En la siguiente tabla se mencionarán y se describirán:

| Apoyo audiovisual y pedagógico  | Descripción  |
|---------------------------------|--|
| 1. Animaciones                  | Las animaciones son una serie de imágenes que generan la ilusión de movimiento cuando se unen a una determinada velocidad. Son técnicas muy utilizadas en el plano audiovisual. En los programas de salud se usan para ilustrar el funcionamiento o la afectación del cuerpo debido a las enfermedades. Vienen acompañadas por textos y flechas que señalan las zonas que se quieren resaltar. |
| 2. VTR                          | Los VTR son videos cortos que son usados para contextualizar, definir, ampliar y desarrollar los temas del día. Siempre hay una voz en off que describe, explica, define y articula todas las voces que allí aparecen. Puede incluir entrevistas, imágenes, animaciones, cuadros de texto, entre otros apoyos.   |
| 3. Imágenes de apoyo            | Las imágenes de apoyo son fotos, ilustraciones, planos de videos (primeros planos sobretodo) de personas, lugares, máquinas de salud, imágenes del cuerpo humano, etc., que se usan para visualizar las explicaciones verbales, por lo general realizadas por una voz en off.  |
| 4. Cuadros de texto o textos    | Los cuadros de texto son elementos gráficos que se usan para contener textos, los cuales tiene la función de explicar, señalar, enfatizar, resaltar, preguntar, afirmar, etc. Ocupan diferentes tamaños de acuerdo a las necesidades descriptivas o explicativas del productor. Acompañan, muchas veces, las imágenes y las animaciones.   |
| 5. Demostraciones, simulaciones | Se acude a demostraciones o simulaciones cuando se quiere explicar el funcionamiento y comportamiento de ciertos procesos biológicos. Son pequeños experimentos en los que se ilustran determinados procesos que padece o puede padecer el cuerpo humano.  |
| 6. Crónicas periodísticas       | A partir de la experiencia de una paciente, por lo general mujer, se explica la enfermedad desde sus síntomas y padecimientos. El caso permite que los expertos puedan describir mejor la enfermedad que se está abordando. Las intervenciones de las pacientes son cortas y se enfocan en la vivencia de la enfermedad ya sea propia o la de alguien cercano, como sus hijos.                 |

**La televisión colombiana y su aporte a las ciudadanías en salud**

|  |  |
|--|--|
| 7. Apoyos auditivos                          | Los apoyos auditivos son pistas musicales que ambientan ciertas situaciones, por lo regular son dramáticas, que viven los pacientes en relación a sus enfermedades. Son muy usadas en las crónicas periodísticas.  |
| 8. Campañas preventivas                      | Las campañas preventivas son videos, imágenes, cuadros de textos, comerciales que tienen como finalidad sensibilizar sobre algún asunto de salud. La prevención de la enfermedad es el enfoque desde donde se abordan.   |
| 9. Vox Populi                                | Vox populi es una expresión latina que significa “voz del pueblo”. También es un programa o sección que surgió en la radio, especialmente en Estados Unidos, en el que se les pregunta a los ciudadanos su opinión sobre determinado tema. En los programas de salud, el Vox populi es un espacio de participación a las personas potenciales televidentes que se usa, igualmente, para mostrar los conocimientos de estos sobre temas de salud. Son intervenciones muy cortas que luego serán contrastadas con las opiniones de los expertos. |
| 10. Dramatizados                             | Los dramatizados son representaciones que hacen actores basados en una realidad. Son utilizados para ejemplificar prácticas debidas o indebidas en temas de salud.   |
| 11. Dibujos                                  | El dibujo, realizado a mano, se usa para representar, ilustrar visualmente partes del cuerpo que son afectadas por la enfermedad. Se realiza en tableros de fondo blanco con marcadores de colores.  |
| 12. Dibujos sobre ilustraciones prediseñadas | Como una forma de ser más precisos sobre las zonas del cuerpo de las que se está hablando, se realizan dibujos a mano sobre imágenes prediseñadas, las cuales son proyectadas en tableros o pantallas.   |
| 13. Material pedagógico                      | Por material pedagógico se entiende aquellas representaciones artificiales de ciertas partes del cuerpo humano como columna vertebral, brazos, piernas, cerebro, esqueleto, etc., utilizadas para ilustrar su funcionamiento o las afectaciones que pueden padecer.  |

Tabla 1. Estrategias pedagógicas utilizadas en los programas analizados. Fuente: Elaborada por el autor.

Las animaciones, los VTR, las imágenes de apoyo, los cuadros de texto y las demostraciones o simulaciones fueron los apoyos audiovisuales y pedagógicos que utilizaron en todos los programas. No fue común encontrar el uso de todas ellas en un mismo episodio, solo eran usadas algunas dependiendo, en general, de la complejidad del tema abordado. Tampoco hubo un programa que tuviera las 13 estrategias comunicativas. La que más recursos usó fue Los Buenos Años, y el que menos, Medellín Ciudad Saludable; y las secciones de salud de los noticieros manejan apoyos muy similares.

### **3.2.5. La moralejas para cerrar los episodios**

Se encontró que los programas de salud tienen una forma similar de concluir sus episodios. Recomendaciones generales, resúmenes y conclusiones, y hacer énfasis en alguna de las ideas mencionadas, son las más comunes. En las recomendaciones generales se dan *tips*, instrucciones cortas y precisas sobre los hábitos que se deben tener para mantener la salud o, principalmente, para prevenir la enfermedad, así como instrucciones para aquellos que ya la tienen.

Los resúmenes y conclusiones son formas de sintetizar todos los tratados sobre un tema específico. Suele hacerse primero dicha síntesis y luego las recomendaciones generales. Por último están los énfasis o resaltos a algunas de las ideas desarrolladas durante el episodio. Los productores quieren subrayar un mensaje y lo hacen a través de reiteraciones durante todo el desarrollo del tema, pero, con mayor fuerza, sobre su final.

Solo en los magazines es habitual encontrar al final de los episodios avances sobre el siguiente o los siguientes temas. En estos avances se hacen introducciones breves y se justifican. También es recurrente cerrar los episodios con estadísticas, incluso las mismas del inicio.

### **3.2.6. Otras tendencias en los programas de salud**

Otro punto importante tiene que ver con el desarrollo de las temáticas en cada uno de los episodios analizados. Se pudo evidenciar que el desarrollo de los temas está supeditado, en

gran medida, al tiempo de duración de los programas. Las secciones de salud en los noticieros, por ejemplo, duran de 1 a 2 minutos y, en ocasiones, pueden tratar hasta dos temas.

A diferencia de otras secciones dentro de los noticieros, como política o deportes, en donde intervienen varios actores en la interpretación de un hecho noticioso, en las secciones de salud solo participa la voz de un experto –especialista médico–, máximo dos (en muy pocos casos). Esto impide que el tema sea tratado desde varios ángulos y se amplíe más la información.

Del mismo modo, muchas de las preguntas o afirmaciones que se hacen en la introducción no logran tener el cubrimiento que se requiere. La definición de conceptos es corta y bastante general, al igual que la descripción de síntomas y tratamientos (esto cuando se habla de enfermedades). Tampoco se presenta un contexto o se especifica la importancia de hablar sobre un tema determinado diferente a las estadísticas. Por lo mencionado, el desarrollo de los temas de salud en los noticieros estudiados es insuficiente.

Lo anterior coincide con otra investigación que analizó los estándares de calidad en la construcción de los relatos periodísticos sobre salud en Colombia. Con respecto al desarrollo de los temas, este concluyó que se caracterizan por su “grado de simplificación” y porque “No hay investigación periodística propia de largo aliento”. Ello se evidencia en la utilización de la “Noticia” como el género periodístico más utilizado para hablar sobre salud, con un 95.3%, en comparación con otros géneros (crónica, reportaje, perfil, informe especial, entre otros) que requieren un nivel de investigación mayor a la hora de abordar un hecho noticioso. Así mismo, señalan que el número de fuentes que componen las noticias es “poco” (la mayoría presentan solo una fuente o ninguna), lo que redundo en “un trabajo de campo escaso” (Morales & Vallejo, 2010).

Los magazines, de otro lado, tuvieron un desarrollo más amplio de los temas. Los objetivos planteados al inicio de cada episodio se cumplieron en buena medida si se tienen en cuenta las preguntas y objetivos planteados al inicio. En Los Buenos Años muchos de esos objetivos, traducidos en preguntas y afirmaciones, tenían que ver con definiciones de

enfermedades en los huesos y en los músculos, tanto desde las causas como desde las consecuencias y los tratamientos. Las causas y las consecuencias de la enfermedad se abordaron de manera más amplia a pesar de que el presentador es especialista en terapias: es fisioterapeuta. Solo en pocos episodios el presentador señaló al final que “el tiempo no fue suficiente” para decir todo lo que tenía preparado.

En Medellín Ciudad Saludable pasó algo similar. Muchos de los objetivos mencionados al iniciar los episodios se abordaron; no obstante, no se le dio el mismo tratamiento a todas las ideas planteadas. Hay que tener en cuenta que además de las preguntas que direccionaban el programa al comienzo, estaban los interrogantes realizados por los televidentes que llamaban vía telefónica. Estas intervenciones, que en ocasiones generan debates más amplios entre los expertos del programa, le restaban espacio al desarrollo de las primeras preguntas.

Finalmente, todos los programas analizados comparten, además, unos mensajes que se repiten, que son reiterativos en sus episodios. Estos son: visitar al médico, no automedicarse y asumir ciertos hábitos o prácticas “saludables”. El médico se “debe” visitar no solo cuando se está enfermo, sino como medida preventiva: antes de la aparición de la enfermedad. Y también cuando ya no se tiene la afectación: como forma de “chequeo”.

El llamado constante a recurrir siempre al médico o al especialista es una constante en todos los programas, como también lo es no automedicarse. La automedicación aparece siempre como una práctica que atenta contra la salud, pues tiene un efecto contraproducente: empeora la sensación que busca curarse o puede generar otras enfermedades. Los expertos, los presentadores y las narradoras son muy insistentes en tomar medicamentos “solo” cuando estos son recetados por un profesional de la salud.

El tercer mensaje apunta a asumir algunos hábitos y estilos de vida que ayudan a mantener o a “mejorar” las condiciones de salud individual. Por esto, al final de todos los programas siempre se plantean recomendaciones o sugerencias para los televidentes por parte de los profesionales de la salud. Hábitos como lavarse las manos antes de ingerir alimentos, realizar actividades deportivas periódicas, dormir mínimo 7 horas, incluir en las dietas diarias

más frutas y verduras y evitar el consumo de cigarrillo y alimentos altos en grasa, azúcar y sal, son los más mencionados.

Otro punto importante tiene que ver con el papel del presentador o presentadores en los programas de salud. Esta figura es vital en cualquier programa televisivo con un enfoque informativo o de entretenimiento, pues es el encargado de conseguir y mantener la atención del telespectador. El carisma, la credibilidad y las habilidades comunicativas (Rodríguez Rodríguez, 2015). En los programas de salud, la credibilidad tiene un peso especial ya que se espera que el interlocutor acepte el mensaje a tal punto que logre modificar un comportamiento.

\*\*\*

Como se ha dicho, los programas en salud tienen una estructura narrativa que comparten. Esta se evidencia en el tipo de actores que componen el mensaje, sus roles y las formas de expresarse. También en las maneras en que plantean y justifican los temas y en como los concluyen. Los apoyos audiovisuales y pedagógicos para hacer más comprensible la terminología médica son otra característica que tienen en común, así como unos mensajes que se repiten en la mayoría de los episodios. Los temas que abordan, igualmente, tienen unas similitudes que serán analizadas a continuación en el marco de las nociones de salud de los programas.

#### **4. NOCIONES DE SALUD EN LOS PROGRAMAS TELEVISIVOS ANALIZADOS: TEMAS, ENFOQUES Y DESTINATARIOS**

La salud como concepto, además de ser polisémico, es bastante complejo, pues cada sistema cultural y cada sociedad comprende y se organiza de manera particular, y al mismo tiempo heterogénea, con respecto a la relación salud-enfermedad-salud. Entre todos los sistemas de creencias y prácticas de medicina que existen en las sociedades humanas, se abordará aquí el sistema biomédico, debido a que es desde este sistema desde donde se aborda la noción de salud en los programas analizados.

La biomedicina abarca el conocimiento y la investigación propia de los campos de la medicina científica. Su desarrollo se debe a los avances en el campo de la biología y de las técnicas de campos como la física, la matemática, la química, la informática, entre otros. También de factores externos al campo científico, como lo son los de “tipo económico político y cultural, tales como la industria farmacéutica, los sistemas de salud estatales, la comercialización de las prestaciones en salud determinada en forma creciente por empresas privadas, la demografía profesional, la industria de aparatología médica, etc.” (Stagnaro, 2002, p. 19).

La biomedicina puede entenderse como un sistema médico basado “en el método científico (con todos los presupuestos y las implicaciones que esto comporta), pero al mismo tiempo, al igual que los otros sistemas, institución social y estructura de poder, y como los otros, en cada caso, aparato ideológico-cultural y organizativo históricamente determinado” (Seppilli, 2000, p. 37).

Igualmente, los teóricos de la Escuela de Heidelberg, como lo señala Stagnaro, llamaron al paradigma médico dominante actual como modelo biomédico, “subrayando su tendencia al reduccionismo biológico del concepto de enfermedad y, por ende, a la no inclusión de la dimensión subjetiva, la historicidad y la sociabilidad del paciente frente al dolor, la discapacidad y la muerte” (Stagnaro, 2002, p. 19).

Ahora bien, según Kornblit y Mendes (2000), existen dos grandes concepciones de salud correspondientes a momentos históricos particulares que coexisten en la actualidad con las nuevas definiciones. Ellas son: las concepciones médicas y las sociales. Las concepciones médicas nacieron como actividad profesional desde la mirada de la medicina y se diferencian de acuerdo a tres énfasis: somático-fisiológica, en la psíquica o en la sanitaria. La noción somático-fisiológica, la que mayor fuerza ha tenido, está basada en la enfermedad que afecta el organismo físico: “La salud es... el bienestar del cuerpo y del organismo físico, y la enfermedad es el proceso que altera este bienestar... Esquemáticamente puede enunciarse diciendo que si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud y sólo cuando haya una alteración del organismo existirá enfermedad” (Kornblit & Mendes Diz, 2000, p. 6). Dicho de



otro modo: la salud es ausencia de enfermedad, y los médicos eran los encargados de identificar y tratar las enfermedades para restablecer la salud.

La noción psíquica reconoce la relación inherente entre cuerpo y psique en el organismo humano “lo que lleva a no restringir la experiencia de salud a la salud orgánica únicamente”. La dimensión subjetiva de la salud, como la sensación de dolor de los sujetos, tiene un papel central. “La sensación de bienestar psíquico es, en última instancia, una experiencia subjetiva frente a la que el médico no puede aducir pruebas objetivas de salud –como ausencia de gérmenes u otras causas patógenas– resultado de análisis y comprobaciones clínicas” (Kornblit & Mendes Diz, 2000, p. 7).

Y la noción sanitaria de la salud se enfoca en la salud colectiva de una sociedad, más que a la individual. Esta definición es propia de la salud pública como disciplina, y sobresale “por tener un enfoque preventivo de los problemas de diversos grupos sociales diferenciados por edad, sexo, nivel socioeconómico, etcétera... los sanitaristas establecen medidas de lo que se considera saludable para cada comunidad o región de un país. Estas valoraciones de lo que se considera normal o patológico oscilan entre ciertos márgenes” (Kornblit & Mendes Diz, 2000, p. 7). Agregan las autoras que esta noción surge en el siglo pasado como respuesta a los problemas planteados por la industrialización y la urbanización debido al poblamiento masivos de obreros en las primeras ciudades. Para garantizar la salud de estos individuos en beneficio de la producción, el Estado adopta políticas de salud pública que los cobijan.

Las concepciones sociales de la salud, de otra parte, se refieren a cómo es definida desde las ciencias sociales a partir de sus enfoques disciplinares. Las formas de entender la salud desde el derecho, la economía y la sociología sobresalen. Grosso modo, la noción político-legal ve la salud como un bien general que compete a todos los ciudadanos. En este sentido la salud se convierte en un derecho a exigir a los Estados, los cuales devienen garantes y protectores, además de proveedores, no solo de los servicios, sino de las condiciones para su mantenimiento y/o su logro. La noción económica reconoce la importancia de la salud en el sentido de que percibe al factor humano central para contribuir a la eficacia de los procesos productivos. Dicho de otro modo: la buena salud es condición para la producción.

La noción cultural, por último, parte de una definición de salud como “estado de aptitud” para desempeñar diversos roles sociales:

La definición cultural de la salud según el estado de desarrollo del país de que se trate y según cuales sean los roles sociales que la persona deba cubrir, lleva a enunciar lo que se ha denominado “relatividad cultural de la salud y la enfermedad”. Ello quiere decir que cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como un grupo familiar, poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se considera “normal” en dicho grupo y que esta definición influye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a él (Kornblit & Mendes Diz, 2000, p. 9).

Ahora bien, la noción de salud que se aborda en los programas televisivos analizados es exclusiva de la biomedicina. Esta noción tiene tres características centrales 1. es biologicista enfocada en la enfermedad, 2. es predominantemente individualista y 3. va dirigida, con un énfasis importante, a las mujeres. Lo anterior se evidencia a partir de dos puntos: A. en los temas abordados en los diferentes episodios de los programas y B. en las estrategias de legitimación de los mensajes de salud.

Los temas tratados en los episodios de los programas de salud estuvieron caracterizados por: a) estar dirigidos a una audiencia en particular, b) hacer énfasis en una noción de salud: individual o colectiva y c) tener un enfoque. Con referencia a esta última, se reconocieron cuatro tipos de enfoques: 1. abordajes desde la enfermedad, 2. prevención de la enfermedad, 3. información sobre el sistema de salud y 4. hábitos y estilos de vida saludable.

Por abordajes de la enfermedad se entienden todos aquellos temas relacionados con el conocimiento, la definición y la descripción de enfermedades físicas y psicológicas registradas en el campo médico-científico. Qué es, qué la produce, cómo se diagnostica, cómo se trata, cómo se cura, cómo hacerle control y seguimiento, son algunas de las preguntas que se tratan de responder desde este enfoque.

La prevención de la enfermedad asocia las temáticas que buscan evitar que esta ocurra. Los factores de riesgo y las sanciones a ciertas prácticas y saberes populares también entran aquí. La prevención en el campo de la salud (desde la mirada biomédica) exige una acción anticipada con el propósito de hacer improbable la expansión posterior de la enfermedad (Leavell & Clark, 1976, p. 17).

La información sobre el sistema de salud incluye los temas que tienen que ver con su funcionamiento, las estrategias para transitar en él y su normativa. También, las experiencias y las denuncias ciudadanas por la negación de servicios de salud; los derechos y deberes en salud; y la información que promueva la movilización individual y social en pro del mejoramiento del sistema, así como a la participación ciudadana.

Cabe mencionar que el sistema de seguridad social en Colombia fue reformado a inicios de 1990, basado en un modelo de salud mixto. Es financiado y regulado en buena medida por el Estado con la intermediación administrativa de empresas aseguradoras y prestadoras de servicios tanto privadas y como públicas. Su estructura se basa en la administración del aseguramiento de empresas que contratan los servicios de salud con clínicas y hospitales (Instituciones Prestadoras de Servicios de salud IPS) organizados en planes de derechos.

El Estado, en este modelo, mantuvo las funciones de financiación, regulación y control. Se consideran dos tipos básicos de regímenes de aseguramiento: el contributivo, para personas con capacidad de pago y, el subsidiado, dirigido a personas sin capacidad de pago. A los últimos el Estado les subsidia o les presta directamente los servicios de salud.

La vulneración sistemática de los derechos a la salud a los ciudadanos, en especial al derecho al acceso a los servicios médicos (J. F. Yepes Luján, 2010), ha llevado a que se trate el tema con regularidad en los diferentes noticieros televisivos. El desconocimiento por parte de los ciudadanos sobre las lógicas del sistema y sobre sus derechos en él, ha tenido un impacto adverso sobre la salud de los ciudadanos (Agudelo Calle, 2009b).

Y por hábitos y estilos de vida saludables se comprenden las temáticas conectadas con la promoción de saberes y prácticas, en especial desde el campo médico-académico, que permitan mantener o mejorar la salud individual y colectiva de los televidentes-ciudadanos.

Las siguientes tablas describirán, por programa, los anteriores ítems.

### 4.1. Medellín Ciudad Saludable

| Tema  | Enfoque   | Destinatario del mensaje                | Noción individual o colectiva de la salud |
|---|---|---|---|
| 1. Nutrición en el embarazo                                 | <b>Prevención de la enfermedad</b>                                | Mujeres                                 | Individual                                |
| 2. Licor adulterado   |   | Hombres y mujeres                       | Individual                                |
| 3. Prevención del uso de la pólvora                         |   | Hombres y mujeres. En especial hombres. | Colectiva                                 |
| 4. Ejercicio y alimentación saludable vs cirugías plásticas |   | Mujeres y hombres. Más las mujeres      | Individual                                |
| 5. La no violencia en festividades                          |   | Hombres y mujeres                       | Colectiva                                 |
| 6. Salud oral en la primera infancia.                       |   | Mujeres                                 | Individual                                |
| 7. Riesgos asociados al consumo de alimentos y bebidas      |   | Hombres y mujeres                       | Colectiva                                 |
| 9. Cáncer de próstata                                       | <b>Abordaje desde la enfermedad</b>                               | Hombres                                 | Individual                                |
| 10. Síndrome del ovario Poliquístico                        |   | Mujeres                                 | Individual                                |
| 11. Enfermedades respiratorias                              |   | Mujeres                                 | Individual                                |
| 12. Insuficiencia pulmonar                                  |   | Hombres y mujeres                       | Individual                                |
| 13. Cefaleas  |   | Mujeres y hombres. Más las mujeres      | Individual                                |
| 15. Salud materna y perinatal                               | <b>Abordaje desde la enfermedad y prevención de la enfermedad</b> | Mujeres                                 | Individual                                |
| 16. El insomnio   |   | Hombres y mujeres                       | Individual                                |
| 17. La obesidad   |   | Mujeres y hombres                       | Individual                                |
| 18. Acceso a los servicios de salud en la ciudad            | <b>Información sobre el</b>                                       | Un sector de Medellín                   | Colectiva                                 |
| 19. Acceso a los servicios de salud: Belén                  |   | Un sector de Medellín, Belén            | Colectiva                                 |

|  |   |                                    |            |
|--|---|------------------------------------|------------|
| 20. Inauguración de Unidad Hospitalaria Nuevo Occidente                    | <b>sistema de salud</b>   | Hombres y mujeres                  | Colectiva  |
| 21. Deporte y alimentación saludable. Alternativa a las cirugías estéticas | <b>Hábitos y estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad</b> | Mujeres y hombres. Más las mujeres | Individual |

Tabla 2. Características de la noción de salud del programa Medellín Ciudad Saludable. Fuente: Elaborada por el autor.

Aclaración: los temas de este y los demás programas se clasificaron con base en la forma como fueron abordados en los episodios y no a partir del título que los productores les dieron. Esto porque hay temas que prometen con el título un enfoque, pero la forma en que fueron tratados cambió.

Como se puede observar, las temáticas relacionadas con la enfermedad y su prevención fueron las más abordadas, así como los temas que tocan ambos enfoques. Le sigue, en menor medida, la información sobre el sistema de salud y, por último, los hábitos y estilos de vida saludables.

Los temas desde el enfoque de la prevención de la enfermedad fueron tratadas desde la salud pública, entendida esta como aquella que “engloba todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida; la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, planificación, gestión y educación” (Organización Mundial de la Salud). Nutrición en el embarazo, licor adulterado, prevención del uso de la pólvora, la no violencia en festividades y salud oral en la primera infancia fueron las temáticas con este enfoque.

La elección de las temáticas en noviembre, diciembre y enero estuvo marcada por lo coyuntural, pues estuvieron relacionadas con las festividades de final de año y la temporada de vacaciones. En uno de los episodios la experta-presentadora lo explicitó: “Cogimos este programa en esta época porque precisamente es cuando más aumenta el consumo del licor” (Medellín Ciudad Saludable, 11 de diciembre de 2013).

En noviembre y diciembre fue muy recurrente hablar del uso de la pólvora: un episodio abordó en extenso este tema, incluso se tituló “Prevención del uso de la pólvora”. En él participaron el capitán del Cuerpo Oficial de Bomberos de Medellín y el Secretario de Salud de Medellín y se reflexionó sobre las consecuencias en la salud individual y colectiva de continuar celebrando con este tipo de explosivos. El mensaje fue claro: “No quemar pólvora de ninguna clase porque no hay pólvora inofensiva. Hasta apagada la pólvora nos va hacer daño”.

Además, durante todo el mes de diciembre, a pesar de que el tema no fuera directamente sobre el uso de la pólvora, hubo campañas de prevención auspiciadas por la Secretaría de Salud, la Alcaldía de Medellín y el Área Metropolitana. Durante los episodios aparecían constantemente este tipo de mensajes en la parte inferior de la pantalla y en el segmento de los mensajes institucionales. Otros temas relacionados con la época decembrina fueron: La no violencia en festividades, licor adulterado y riesgos asociados al consumo de alimentos y bebidas.

En enero, al menos en la primera semana de emisión, los temas estuvieron asociados a ciertas prácticas producto de las “vacaciones”. Debido a que en las vacaciones las personas “viajan” y realizan otras rutinas, se trataron temas como las lesiones en la piel (a causa de la sobre exposición al sol), el insomnio y la obesidad.

La alimentación fue un tema que transversalizó muchos de los episodios, pero se trató más a profundidad en los capítulos sobre: obesidad, nutrición en el embarazo, salud materna y perinatal y, riesgos asociados al consumo de alimentos y bebidas, deporte y alimentación saludable. Alternativa a las cirugías estéticas y ejercicio, y alimentación saludable vs cirugías plásticas.

La información sobre el sistema de salud se abordó a partir de los resultados de una investigación realizada por la Universidad de Antioquia y financiada por la Secretaría de Salud de Medellín. Esta tenía como propósito, según el presentador del programa, valorar el acceso y los obstáculos a los servicios de salud en tres comunas de la ciudad. Durante los episodios se invitó a funcionarios de la Secretaría para que respondieran las dudas que tenían los ciudadanos sobre el funcionamiento del sistema. La experiencia adversa de quienes llamaron a

los programas evidenció la falta de conocimiento sobre él y los obstáculos que persisten para lograr acceder a ciertos servicios sanitarios, en especial las citas con especialistas. Este punto será desarrollado a profundidad en el capítulo tres.

Si bien en muchos de los episodios se hace referencia a que el programa tiene un enfoque de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, solo en dos programas se abordaron las temáticas desde esta perspectiva. Para ser más exacto, se trataron desde los hábitos y estilos de vida saludable. Las secciones de los lunes y los miércoles, que por cierto no tienen relación con los temas que se desarrollan esos días, visibilizan las rutinas que tienen algunos ciudadanos para estar saludables. Estas “experiencias exitosas” entran en el enfoque de hábitos y estilos de vida saludable.

Por otra parte, los destinatarios de los mensajes fueron, a excepción de uno de los episodios, las mujeres. Cuatro de estos fueron dirigidos exclusivamente para ellas. Y tres de ellos estaban relacionados con la maternidad: nutrición en el embarazo, salud oral en la primera infancia y salud materna y perinatal. El tipo de mujer a la que iba dirigido el mensaje es madre o mujer con familiares a su cuidado.

De igual modo, la participación de las mujeres que llamaban vía telefónica al programa fue preponderante. Las preguntas que les realizaban a los expertos tenían que ver con su propia salud o con la de algún miembro de su círculo cercano. A diferencia de los hombres que llamaban que solo preguntaban por la propia salud. Finalmente, la noción de salud que más se trató en los episodios fue la individual; no obstante, un poco menos de la mitad estuvo enfocada en una noción más colectiva y comunitaria.

#### 4.2. Los Buenos Años

| Tema                 | Enfoque                             | Destinatario del mensaje          | Noción individual o colectiva de la salud |
|----------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| 1. Condromalacia     | <b>Abordaje desde la enfermedad</b> | Adultos mayores hombres y mujeres | Individual                                |
| 2. Hernia del núcleo |                                     | Adultos mayores                   | Individual                                |

|   |   |  |            |
|---|---|--|------------|
| pulposo                                     |   | hombres y mujeres  |            |
| 3. Tendinitis en la rodilla                 |   | Adultos mayores<br>hombres y mujeres.<br>También deportistas:<br>hombres y mujeres | Individual |
| 4. Dolor cervical                           |   | Adultos mayores<br>hombres y mujeres   | Individual |
| 5. Dolor lumbar                             |   | Adultos mayores<br>hombres y mujeres   | Individual |
| 6. Gimnasia en el adulto mayor y la rodilla | <b>Abordaje desde la enfermedad y prevención de la enfermedad</b>       | Adultos mayores<br>hombres y mujeres   | Individual |
| 7. Rehabilitación de hombro II              | <b>Abordaje de la enfermedad y Tratamiento de la enfermedad</b>         | Adultos mayores<br>hombres y mujeres   | Individual |
| 8. Máquinas de ejercicios para las rodillas |   | Adultos mayores<br>hombres y mujeres   | Individual |
| 9. Vita Procolágeno                         | <b>Prevención de la enfermedad</b>                                      | Mujeres desde los 20 años en adelante  | Individual |
| 10. Pausas activas I                        | <b>Prevención de la enfermedad y hábitos y estilo de vida saludable</b> | Hombres y mujeres (sobre todo mujeres) que trabajan en oficinas y amas de casa     | Individual |
| 11. Pausas activas II                       |   | Hombres y mujeres  | Individual |

Tabla 3. Características de la noción de salud del programa Los Buenos Años. Fuente: Elaborada por el autor.

Los temas que se tratan en Los Buenos Años se caracterizan por su enfoque desde la enfermedad; incluso los títulos de los episodios llevan el nombre de ellas. Estas enfermedades, como el mismo presentador lo afirma, son relacionadas con los huesos y los músculos. Son



abordadas desde las causas, los síntomas, las definiciones y los tratamientos. A pesar de que el presentador es un fisioterapeuta, “arte y ciencia del tratamiento” como lo define la OMS, la parte del tratamiento es la menos desarrollada, pues solo se tocó en dos episodios. Los demás estuvieron más centrados en mostrar lo que le hace la enfermedad al sistema musculoesquelético.

Un segundo enfoque, aunque no tan relevante, fue la prevención de la enfermedad, pero asociada más a los hábitos y estilos de vida saludable. Allí se propusieron algunos ejercicios para evitar enfermedades posteriores asociadas a los músculos. El único episodio donde se abordó exclusivamente la prevención de la enfermedad, se hizo a través de la venta de un producto que “frenaba” el proceso de envejecimiento. Allí la vejez se definió como una enfermedad. La enfermedad fue, en definitiva, el enfoque desde donde se discutieron todas las temáticas.

Referente al destinatario del mensaje, el programa es coherente con el público al que se dirige: “adultos mayores”, hombres y mujeres. El presentador se dirigía a su audiencia como “televidentes”: “Los televidentes que nos están viendo”, decía repetidamente. No obstante, sí hubo un énfasis especial en las mujeres, sobre todo aquellas que están en el hogar realizando labores domésticas. “...la señora que también está en la casa haciendo la actividad doméstica. Lo que pasa es que hay una gran diferencia, una actividad doméstica requiere de movimientos. La mamá está allá trapeando, está barriendo. Ellas se exceden en sus actividades repetitivas, pero también hay que estirar. La señora que también está tejiendo, pintando y bordando tiene que parar...” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

También hubo episodios que estuvieron dirigidos a “personas” que realizaban cierto tipo de actividades repetitivas: como deportistas, oficinistas y amas de casa. Aquí el criterio fue el oficio para dirigir el mensaje.

Con respecto a la noción de salud del programa, es claro, de acuerdo con la tabla, que la noción individualista, más que una tendencia, es la regla. Ningún programa trató la enfermedad

desde una mirada colectiva, siempre se hizo referencia a la enfermedad individual: esa que le da a quien tiene ciertos hábitos no saludables.

### 4.3. Sección de salud Noticias Caracol

| Tema  | Enfoque                            | Destinatario de mensaje        | Noción individual o colectiva de la salud |
|---|------------------------------------|--------------------------------|---|
| 1. EPOC y 2. Carro que detecta infartos   | <b>Prevención de la enfermedad</b> | Fumadores, en especial hombres | Individual                                |
| 1. Día nacional de cáncer de próstata   |                                    | Hombres y mujeres              | Individual                                |
| 1. Desmontar mitos, navidad no es sinónimo de excesos y 2. "Efectos de la pobreza".   |                                    | Mujeres                        | Individual                                |
| 1. Proteger los ojos de los rayos del sol, gafas de sol y lentes de lectura, reducen los daños oculares. 2. Jabones antibacterianos |                                    | Mujeres                        | Individual                                |
| 1. Quemados con pólvora   |                                    | Hombres y mujeres. Más hombres | Colectiva                                 |
| 1. Recomendaciones, cena de navidad saludable   |                                    | Mujeres                        | Colectiva                                 |
| 1. Infecciones después de las vacaciones  |                                    | Mujeres                        | Colectiva                                 |
| 1. Examen físico y 2. Protección de los ojos  |                                    | Hombres y mujeres              | Individual                                |
| 1. Cuidados básicos de la piel  |                                    | Mujeres                        | Individual                                |

|  |   |  |            |
|--|---|--|------------|
| 1. Protector solar, recomendaciones para comprarlo   |   | Mujeres                                    | Individual |
| 1. Alergias en los niños: Dermatitis atópica   | <b>Abordajes desde la enfermedad</b>      | Mujeres                                    | individual |
| 1. Problemas del sueño y 2. Record Guinness de mamografía  |   | Mujeres                                    | Individual |
| 1. Día Mundial del VIH sida y 2. Niños y tecnología  |   | Hombres y mujeres                          | Individual |
| 1. Cáncer de pulmón, mama y colón y 1. Escopolamina  |   | Mujeres                                    | Individual |
| 1. Anorexia y 2. Enfermedades en los testículos  |   | Mujeres y hombres                          | Individual |
| 1. Día mundial de la Diabetes  |   | Mujeres, abuelas                           | Individual |
| 1. Propiedades del Noni  |   | <b>Hábitos y estilos de vida saludable</b> | Mujeres    |
| 1. Beneficios de consumir Habas  | Mujeres                                   |  | Individual |
| 1. Consejos para el bienestar de los niños<br>2. Existen diferentes tipos de lágrimas.               | Mujeres                                   |  | Individual |
| 1. Mamografía gratuita en Bogotá y 2. Nuevo sistema de cotización de seguridad social para empleados | <b>Información sobre Sistema de salud</b> | Mujeres                                    | Colectiva  |
| 1. Vacuna de varicela será gratis en Bogotá y 2. Aumentan quemados                                   |   | Mujeres                                    | Colectiva  |

|   |   |                      |            |
|---|---|----------------------|------------|
| con pólvora   |   |                      |            |
| 1. Cirugía histórica:<br>primer trasplante de<br>corazón artificial | <b>Novedades,<br/>descubrimientos,<br/>inventos</b> | Hombres y<br>mujeres | Individual |

Tabla 4. Características de la noción de salud de la sección de salud de Noticias Caracol. Fuente: Elaborada por el autor.

En la sección de salud del noticiero Caracol sobresalieron temáticas desde el enfoque de la prevención de la enfermedad. Los temas no siguieron una línea coherente, sino que fueron bastante heterogéneos. Igualmente, en la mayoría de los episodios se trataron dos temas sin relación entre ellos. La parte del cuerpo a la que más se hizo alusión fue la piel: jabones, protectores solares, cuidados especiales y los efectos de la pólvora sobre esta fueron los abordajes que se le dieron.

Generalmente, las segundas noticias de salud de la sección están destinadas para hablar de “novedades”, “descubrimientos” e “inventos”, sobre todo en el ámbito internacional.

Un segundo enfoque importante fue el de los abordajes desde la enfermedad. Los temas desarrollados fueron: el cáncer, el VIH SIDA, la diabetes, la anorexia y las enfermedades en los testículos. La forma en que se abordaron se caracterizó por una tendencia hacia la dramatización y a generar alarma a través de las estadísticas y de los números de afectados o víctimas fatales.

Los hábitos de vida saludables, el tercer enfoque, estuvieron asociados a ciertos alimentos y desde la perspectiva de la prevención de la enfermedad. Luego de mencionar los beneficios de aquellos (“el noni tiene antioxidantes”, por ejemplo), se hablaba de sus beneficios (“ayuda a regular la tensión arterial, artritis y otras enfermedades articulares”).

Sobre el sistema de salud, la información que se emitió desde la sección de salud se centró en la capital del país, Bogotá, específicamente se habló de unos servicios “gratuitos” (mamografías y “vacunas de varicela”) ofrecidos por instituciones estatales. No se trataron temas relativos a los deberes y derechos de los ciudadanos en el sistema de salud ni, mucho

menos, información sobre los recorridos burocráticos como los llaman Abadía y Oviedo (Abadía Barrero & Oviedo Manrique, 2010), esto es los procedimientos administrativos para acceder y disfrutar de los servicios de salud.

El noticiero Caracol destinó otras secciones, como la sección Colombia, para tratar el tema del sistema sanitario, el cual siempre estuvo vinculado con la crisis de los hospitales y la negación de servicios médicos a los ciudadanos por parte de las Entidades Promotoras de Salud EPS. Este tipo de noticias fueron desarrolladas, incluso, en los primeros minutos del programa. Ninguna de estas informaciones fue tratada o ampliada en la sección de salud.

Por otra parte, las destinatarias de los mensajes de salud eran, en su mayoría, mujeres casadas y con hijos. Los temas relacionados con la alimentación, el cuidado de la piel y el cuidado de los hijos, la relación mujer-salud fue aún más estrecha. Solo en uno de los programas estaba destinado exclusivamente a los hombres, en especial los fumadores.

Inclusive en otros temas que solo les compete a ellos, como el cáncer de próstata, el mensaje fue dirigido hacia las mujeres: “Uno de cada 6 hombres será diagnosticado. No es terrorismo, es la realidad que podemos cambiar con un sencillo chequeo. Y mujeres, a motivar a sus esposos, amigos, hermanos, papás, hijos, a todos” (Sección de salud Noticias Caracol, 19 de noviembre de 2013).

Coincide este resultado con otro estudio cuyo propósito fue analizar las representaciones de salud, enfermedad y oficio médico en la sección de salud del mismo noticiero. El autor encontró, además, que muchas de las enfermedades que se trataban en esta sección “les daba solo a las mujeres” (Hernández Salazar, 2015).

Por último, la mayoría de los mensajes tenían una noción individual de la salud. Los temas asociados con la prevención del uso de la pólvora en la temporada de final de año, las jornadas de vacunaciones y el nuevo sistema de cotización de seguridad social para empleados, estas dos últimas en el marco de la información sobre el sistema de salud, fueron la excepción.

#### 4.4. Sección de salud Noticiero RCN

| Tema  | Enfoque                              | Destinatario del mensaje         | Noción individual o colectiva de la salud |
|---|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| 1. Anemia y 2. Alimentación en los adultos mayores              | <b>Abordajes desde la enfermedad</b> | Hombres y mujeres (tercera edad) | Individual                                |
| Sida  |                                      | Hombres y mujeres                | Individual                                |
| 1. Vena várice y 2. chupar dedo                                 |                                      | Mujeres                          | Individual                                |
| Sobrepeso   |                                      | Mujeres y hombres                | Individual                                |
| Hipertensión pulmonar   |                                      | Mujeres y hombres                | Individual                                |
| Apnea del sueño   |                                      | Mujeres                          | Individual                                |
| Hipertensión arterial   |                                      | Hombres                          | Individual                                |
| Gripa   | <b>Abordajes desde la enfermedad</b> | Hombres y mujeres                | Individual                                |
| 1. Acné y 2. Cirrosis   |                                      | Mujeres                          | Individual                                |
| 1. Adicción de los niños a los videojuegos y 2. Desintoxicación |                                      | Mujeres                          | Individual                                |
| Adicción a las redes sociales                                   |                                      | Mujeres, jóvenes                 | Individual                                |
| Amigdalitis   | <b>Abordajes desde la enfermedad</b> | Mujeres y hombres                | Individual                                |
| Las varices   |                                      | Mujeres                          | Individual                                |
| 1. Cuidado de riñones y 2. Calvicie                             | <b>Prevención de la enfermedad</b>   | Hombres                          | Individual                                |
| Depresión en Diciembre  |                                      | Hombres y mujeres                | Individual                                |
| Ginecología en adolescentes                                     |                                      | Mujeres adolescentes             | Colectiva                                 |
| Cuidado de las gargantas y la voz con los cambios               |                                      | Mujeres y hombres                | Individual                                |

|  |  |                                 |            |
|--|--|---------------------------------|------------|
| climáticos                                   | <b>Prevención de la enfermedad</b>         |                                 |            |
| Vacuna por meningitis                        |  | Mujeres                         | Individual |
| Aceite de cocina                             |  | Mujeres                         | Individual |
| Lactancia materna                            |  | Mujeres                         | Individual |
| Lesiones musculares                          |  | Hombres y mujeres               | Individual |
| Evitar comer cosas del suelo                 |  | Hombres y mujeres               | Individual |
| 1. Infertilidad y 2. Embarazo de alto riesgo | <b>Prevención de la enfermedad</b>         | Mujeres en edades reproductivas | Individual |
| Comidas y alimentos light                    |  | Mujeres                         | Individual |
| Alimentación balanceada                      | <b>Hábitos y estilos de vida saludable</b> | Mujeres                         | Individual |
| Alimentación equilibrada                     |  | Mujeres                         | Individual |

Tabla 5. Características de la noción de salud de la sección de salud del Noticiero RCN. Fuente: Elaborada por el autor

La sección de salud del Noticiero RCN sobresale por tener un enfoque predominante desde la enfermedad y su prevención. Al igual que la sección de salud del noticiero Caracol, no hay una línea que articule todos los temas. Del mismo modo, en muchos de los episodios se desarrollaron dos temas que no tenía conexión entre sí. Las enfermedades a las que se hicieron referencia fueron: várices, anemia, apnea del sueño, hipertensión arterial, amigdalitis, hipertensión pulmonar, acné y sida, además de las adicciones, presentadas como enfermedad, a las redes sociales y a los video juegos.

Con respecto al enfoque de la prevención de la enfermedad, se tocaron temas como el cuidado de los riñones y la garganta, ginecología en adolescentes y lesiones musculares. Los temas relacionados con la maternidad fueron abordados desde la lactancia materna, la infertilidad y los embarazos de alto riesgo. La alimentación se enfocó desde los riesgos a abusar de comidas y alimentos light, ingerir alimentos del suelo y el uso del aceite de cocina. La salud mental fue tratada solo una vez por medio del tema: la depresión en diciembre. Y se habló de la

vacunación como estrategia para prevenir la meningitis. Al final de cada episodio se describían, a modo de listado, las enfermedades que se podrían prevenir.

Los hábitos y estilos de vida saludables se desarrollaron a partir de dietas sugeridas por especialistas. Ellos describían una serie de alimentos con cuya combinación se podría alcanzar el “equilibrio” nutricional. En ambos episodios se resaltaron al final las enfermedades que se pueden “evitar” al tener una alimentación “balanceada”.

Algunos de estos temas estuvieron relacionados con coyunturas, tales como los relacionados con la alimentación y la depresión en diciembre. La temporada navideña fue una forma de justificar estos temas.

De otro lado, no hubo información sobre el sistema de salud o la salud pública en la sección de salud; sin embargo, en otras secciones se trató repetidamente el tema. “Madre se encadena [para exigir atención en salud para su hijo]”, “Joven murió en liposucción” y “Top 5 de entidades con mayor número de tutelas” fueron algunas de las noticias que se trataron en el programa, al igual que las denuncias sobre el sistema de salud a través de crónicas periodísticas.

Con referencia al destinatario del mensaje, la mujer estuvo, a excepción de dos episodios, siempre como interlocutora principal. Muchos de los temas estuvieron incluso dirigidos exclusivamente para ellas, tal es el caso de tópicos como la vena várice, el sobrepeso, los exámenes y chequeos ginecológicos, y temas asociados a la maternidad y a la alimentación. Las dos veces que se trató la várice y la vez que se habló del sobrepeso, se hizo desde un enfoque estético: la várice, por ejemplo, no como un problema de circulación, sino como un asunto de belleza.

Y la noción de salud que primó fue la individual. Ningún episodio abordó la salud desde su dimensión colectiva o pública. Todos los programas, sin excepción, se dirigieron al sujeto, único responsable de su salud. Ni siquiera el tema de la “Vacuna por meningitis” fue abordada desde lo público, pues se le decía a los televidentes que se vacunaran individualmente. En el capítulo 2 se establece que los productores sacrifican su noción amplia de salud por una



biomédica y centrada en la enfermedad, dado que este tratamiento permite un enganche emocional de la audiencia. Lo cual coincide con lo que se ha descrito en este capítulo, derivado del análisis del mensaje emitido en los programas analizados. Así mismo, en el capítulo 2 también se analizan las estrategias que desde la perspectiva de la producción son esenciales para mantener una audiencia vinculada con los programas con contenidos en salud.

## **5. ESTRATEGIAS DE LEGITIMACIÓN Y CREDIBILIDAD DE LOS MENSAJES DE SALUD**

Los programas analizados utilizan estrategias para darle legitimidad y credibilidad a sus mensajes. Se identificaron cinco estrategias preponderantes: 1. Participación de expertos en el área de la salud, 2. Uso del lenguaje médico para desarrollar los temas, 3. Uso de fuentes científicas para validar la información que se presenta, 4. Uso de imágenes y espacios relacionados con la medicina y la ciencia y 5. Contrastación del conocimiento médico con el conocimiento popular.

La primera estrategia se revela en que quienes emiten los mensajes de salud en los programas televisivos son por su participación en los episodios analizados los profesionales de la salud y otros representantes de otras instituciones del sector. Médicos, especialistas, científicos y representantes de organizaciones de salud como alcaldes, secretarios de salud, entre otros funcionarios administrativos, fueron los más representativos. Sus voces ocuparon gran parte de los espacios televisivos. En ninguno de los episodios estudiados fueron invitados representantes de la medicina tradicional o alternativa. Todos los expertos hacían parte de la medicina occidental.

En un segundo lugar, como ya se mencionó, el lenguaje utilizado por los profesionales de la salud y demás expertos era predominantemente médico. El uso de conceptos, terminología y expresiones técnicas fue una constante. Aunque hay que decir que hubo excepciones, médicos y especialistas combinaron un lenguaje mixto: médico-coloquial para hacer más comprensible sus observaciones al público no experto.

Con respecto al lenguaje técnico como una estrategia para legitimar el discurso médico, Muñoz afirma que existen varias interpretaciones. En la relación médico-paciente, el primero

recurre a esta forma de expresión sobre el segundo para generar una “magia” que dispone al sujeto a “confiar” en su hacer, así como ocurre en la práctica de brujos que despliegan su ceremonial con rezos, en ocasiones, inentendibles (Muñoz, 2009).

Del mismo modo, de acuerdo con interpretaciones de la propia comunidad médica, la tecnicidad en el lenguaje busca la incompreensión para “abrumar” al paciente con demostraciones de sabiduría como forma de resguardar “un poder ilusorio” (Muñoz, 2009).

La tercera estrategia consiste en recurrir al uso de fuentes científicas para certificar la información emitida. Los datos que se daban para justificar las temáticas o las prácticas saludables sugeridas, ya sea a modo de estadística o comentario, eran basados en instituciones nacionales e internacionales del campo de la salud. La Organización Mundial de la Salud OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO fueron las más citadas en todos los programas (menos en Los Buenos Años que nunca se citaron fuentes).

Hay que señalar que no siempre se mencionaban las instituciones de donde provenían los datos. Con solo usar expresiones como “algunos estudios señalan” o “de acuerdo con unas investigaciones” se validaba o se justificaba la información. También algunos expertos mencionaban las siglas de las instituciones que realizaron los estudios sin hacer mayores aclaraciones. “Realmente la FDA [Academia Norteamericana de Dermatología] y la Unión Europea dijeron...”, dijo una de las especialistas en uno de los programas, por ejemplo.

Como cuarta estrategia se evidenció que lo visual, la imagen, jugó un papel central para imprimir la sensación de veracidad en los mensajes de salud. La indumentaria de los expertos, los lugares y los espacios donde se emitía el mensaje, los objetos que la cámara registraba y sus planos configuraban toda una representación simbólica sobre la salud y sobre quién tiene la autoridad sobre ella. Con la descripción y análisis simbólico de las imágenes se puede identificar el sistema de creencias de un determinado grupo social, en este caso, la comunidad médica.

Uno de los símbolos más recurrentes para representar al médico en los programas televisivos es, junto al fonendoscopio y el espejo de cabeza, la bata blanca. Esta prenda, usada

por los presentadores-expertos y profesionales de la salud, connota autoridad, además de respeto y seriedad (Tristán Fernández et al., 2007). “Bajo el símbolo de la bata blanca, el concepto social de ser médico se intensifica, adquiere un fuerte carácter al mismo tiempo que se extiende. Su importancia se pone de manifiesto cuando los medios publicitarios desean representar a una persona con autoridad; generalmente, lo muestran vestido con una bata blanca, aunque los profesionales sobre los que se hace referencia sean reacios a este tipo de emulación” (Tristán Fernández et al., 2007, p. 39).

Lo anterior coincide con lo mencionado por los presentadores-expertos de los programas. Según ellas, el equipo de producción les “exige” utilizar esta prenda durante las grabaciones como una forma generar “credibilidad” y “seriedad” a los televidentes. También es una manera de diferenciar los actores que hacen parte de la narrativa y sus roles: en este caso quienes tienen la bata blanca son los expertos.

Lo mismo sucede con los lugares y espacios desde donde se entrevistan a los expertos o las imágenes de apoyo que se usan para ilustrar lo que narra la voz en off. Consultorios médicos, salas de cirugía, salas de urgencias, pasillos de hospitales y laboratorios son los más comunes.

La puesta en escena de todos los programas trataba de emular espacios clínicos y médicos. Por ejemplo, en los Buenos Años, el set estaba decorado como un consultorio para realizar ejercicios de fisioterapia: balones medicinales y bandas elásticas sobresalían. Y las entrevistas a los expertos en los noticieros se hacían, aparentemente, en los consultorios donde regularmente tratan a los pacientes.

Estos espacios eran complementados con algunos objetos representativos del universo médico: agujas hipodérmicas, fonendoscopios, tecnología para realizar exámenes clínicos o para hacer intervenciones médicas, guantes de cirugía e instrumentos quirúrgicos fueron los más reiterativos. En los noticieros, se reutilizaban estas imágenes para distintos episodios. La imagen de dos médicos observando los resultados de un examen a la luz de una máquina se vio en varios episodios de la sección de salud del Noticiero RCN, por citar un ejemplo.

Finalmente, los planos, es decir, los encuadres o dimensiones que se les da a los objetos o a las personas en una imagen ya sea fotográfica o audiovisual, se caracterizaban por hacer enfoques a ciertas partes del cuerpo o a los objetos mencionados. La cámara realizaba, sobretodo, primeros planos a las partes afectadas por la enfermedad de la que se estaba hablando. La parte del cuerpo que más se mostró fue el abdomen con exceso de grasa. Cada que se hablaba en los noticieros de la alimentación, la obesidad o de las enfermedades relacionadas con el aparato digestivo, se mostraban primeros planos de vientres, en especial de mujeres, con exceso de tejido adiposo.

En suma, la relación salud-enfermedad siempre estuvo representada con espacios, indumentaria y objetos del entorno médico. Imágenes que son a menudo utilizadas para representar y validar los discursos de salud.

La última estrategia es la contrastación del conocimiento médico con el conocimiento popular. En muchos de los episodios analizados de los cuatro programas, los expertos usaban la expresión “mitos” o “creencias” para referirse al conocimiento popular, es decir, no médico científico. El objetivo de estos episodios era “desmitificar” aquellos saberes y prácticas populares, los cuales, según los expertos, en vez de “mejorar la salud”, la podían afectar. Incluso, tales saberes y prácticas producían afectaciones que luego debían ser “curadas” por los expertos. De esta manera, se deslegitimaba el conocimiento popular y se señalaba, inclusive, como “peligroso”.

En los programas donde había alguna clase de interacción con el televidente o se incluía la voz de los ciudadanos, los cuales eran interpelados en la calle, fue más evidente esta contrastación. Los programas donde se usaba el *vox populi*, primero, los ciudadanos expresaban su punto de vista sobre un tema de salud en particular. Puntos de vista que eran posteriormente validados, ampliados o desmentidos por los expertos, quienes siempre tenían la última palabra.

En Medellín Ciudad Saludable, verbigracia, una televidente llamó para compartir su conocimiento, o “reflexión” en sus palabras, sobre el tema del día:

Más que una pregunta es una reflexión... Yo desde niña nos enseñaron en la familia a cuidarnos mucho la piel porque es el órgano intenso de nuestro cuerpo. ¿Cómo se cuida una piel? Una buena alimentación, menos asolarnos, tomar buena agüita, menos cigarrillo y alcohol, hidratarnos con mascarillas caseras que son las mejores que es eso lo que yo uso. A mi edad que ya tengo, mi piel es perfecta... Y otra cosa, nunca en mi vida he usado jabones. Los jabones resecan la piel. Eso es como un misterio en la familia. En mi casa nunca usamos un jabón para la piel, nada. El agüita y el shampucito cuando nos bañamos y ya, y las cremitas que nos echamos, pero cremas naturales de casa... (Medellín Ciudad Saludable, Televidente, Lucía Espinosa (Medellín Ciudad Saludable, 13 de enero 2014).

Una vez la televidente comparte su saber sobre cómo cuidarse la piel –saber que le ha funcionado a su familia– Felipe, el presentador no experto del programa, pone en duda tal conocimiento y le pide a la experta (“pero usted es la especialista”) que confirme o desmienta tal información. Felipe Aramburo: “Y Doña Lucía nos entregaba de entrada unas propuestas básicas de cuidados de la piel, pero usted es la especialista, usted es la médica dermatóloga, entonces cuáles son esos elementos, tal vez los más fundamentales para hacer prevención en esta materia, para cuidar este órgano tan vital de nosotros”.

La experta, entonces, valida una parte del conocimiento de la televidente y deslegitima otra, anteponiendo su rol de especialista a través del uso de un lenguaje técnico:

Desde el punto de vista como dermatóloga, quiero decirle a las personas que estoy de acuerdo con la oyente que el exceso de jabón daña la piel. Nuestra piel está recubierta por un manto lipídico propio y el exceso de jabón daña la piel. Ahora hay muchos jabones en el comercio que los llamamos syndets, que son unos jabones suaves que básicamente desmaquillan o quitan la impureza que la piel da, pero que son jabones que no hacen ese efecto cáustico y dañan la piel... Yo quiero retomar un puntico... y es lo de las mascarillas caseras. Yo no voy a entrar en esta discusión, pero creo que como las puede haber buenas las puede haber no tan buenas. Muchos productos por decir algo, por ejemplo una naranja, un limón, vamos hablar de un tema fotofitodermatosis, es decir, estos cítricos que si bien tienen vitamina C y son muy útiles, aplicados sobre la piel y expuestos al sol pueden dar manchas, ampollas que se llaman fotofitodermatosis y es lo que vemos ahora los dermatólogos en la consulta porque comieron mango viche con sal o porque comieron limón, margarita... No porque sea natural es completamente bien, habría que ver cómo se depuró y cómo se hizo... (Medellín Ciudad Saludable, 13 de enero 2014).

Otra forma de contrastación entre ambos saberes para convalidar el saber médico es a través del llamado constante a no automedicarse y a visitar los expertos en caso de prevenir o tratar las enfermedades. Como ya se mencionó, estos mensajes fueron los más recurrentes en la mayoría de los episodios analizados. No automedicarse es un llamado a no usar el saber

popular para mantener o recuperar la salud; y visitar siempre al médico reitera que el saber veraz está en los profesionales de la salud y no en familiares, amigos u otro tipo de restauradores de la salud.

De igual forma, se encontró que la intencionalidad de los mensajes en los episodios estudiados tienden más a sancionar los saberes y las prácticas populares, que a reconocerlas, complementarlas o dialogar con ellas. A la vez que se deslegitiman los conocimientos y las prácticas populares, se estimulan los saberes médicos.

Para la medicina científica, los saberes y las prácticas populares en torno a la salud constituyen una especie de “prácticas ilegítimas”. El modelo hegemónico médico prioriza la dimensión biológica sobre la dimensión social, la cual no es eliminada sino subordinada y reestructurada a partir de sus prioridades teórico-operativas (Bejarano, 2004).

Finalmente, la medicina, como señala Lupton, ha venido ganando espacio en las sociedades modernas industriales; no obstante, a pesar de sus avances tecnológicos y científicos, sigue siendo un credo, una forma, de las tantas que existen, de entender la salud:

La creciente secularización de las sociedades occidentales, la dependencia de la racionalidad y el individualismo, legados de la ilustración, el aumento de la esperanza de vida y la disminución del número de muertes por enfermedades infecciosas, el recurrir a la biomedicina y a la ciencia como armas definitivas contra las dolencias, la enfermedad y muerte prematura han generado ideas y prácticas que tienden a negar la fragilidad y la mortalidad del cuerpo humano. Para quienes viven en sociedades occidentales las enfermedades graves y la muerte son acontecimientos extraños, misteriosos, aterradores e inesperados, tal vez con la excepción de las de los más ancianos. La medicina, o la fe en ella, es un credo (Lupton, 2014, p. 123).

## **6. TENSIONES EN EL MENSAJE DE SALUD: LO COMERCIAL, LO EDUCATIVO Y EL ENTRETENIMIENTO**

La televisión empezó en muchos países como un sistema de servicio público, su financiación provenía de la audiencia y era independiente de los gobiernos. En otros países, la financiación venía del gobierno o de las empresas o del gobierno y las empresas (modelo mixto). En Colombia la televisión fue pública en sus inicios, pero pronto comenzó asumir un modelo mixto, en el que el estado contribuyó con la infraestructura televisiva y otorgaba espacios a empresas privadas para que se ocuparan de la programación. En la actualidad existen canales públicos y

privados, los cuales son regulados por una autoridad pública: la Autoridad Nacional de Televisión.

La financiación es central para entender las dinámicas de la televisión, puesto que va a determinar sus contenidos especialmente en lo que a la autonomía se refiere: “El grado de autonomía de un medio de comunicación se mide, sin duda, por la parte de sus ingresos que proviene de la publicidad o de la ayuda del Estado... así como el grado de concentración de los anunciantes” (Bourdieu, 1996, p. 103).

Al respecto, hay autores que afirman que la televisión es, sobretodo, una empresa, un medio predominantemente publicitario que vela más por los intereses privados que por los intereses públicos: “... la televisión es una institución que sirve a los intereses de las empresas, las que patrocinan sin velar por los intereses del público... la televisión es un medio publicitario...” (Condry, 1998, p. 84).

Los programas televisivos de salud, además de tener unos intereses informativos y formativos en salud, tienen otros intereses de tipo comercial e institucional, lo que fue señalado por algunos productores como fuente de tensión con relación a la autonomía; pero también en la literatura se ha planteado la tensión subyacente a la configuración del mensaje televisivo: entre lo comercial, el entretenimiento, lo educativo y lo informativo. En los cuatro programas analizados, solo uno de ellos (magazine privado regional) tiene contenido comercial explícito en el desarrollo de los episodios y en los cortes comerciales (publicidad de productos).

### **6.1. Relación entre mercado y salud en los programas televisivos**

Las secciones de salud de los noticieros nacionales privados no tienen contenidos publicitarios de productos o servicios explícitos relacionados con los temas que se abordan; no obstante, en los comerciales es frecuente la publicidad de productos relacionados con la salud, la higiene y la estética, imitando incluso la estructura narrativa que se usa en dichas secciones para transmitir los mensajes de salud. Y en el canal público regional, si bien tampoco hay un interés comercial, sí se publicita de manera explícita los servicios y la “buena gestión” de la institución pública que

financia el programa. La relación entre los intereses informativos sobre temas de salud y otros tipos de intereses, será analizado a continuación.

Las secciones de salud de los noticieros RCN y Caracol no incluyen mensajes publicitarios con intenciones de vender o promover algún producto o servicio comercial. Esto coincide con estudios que se han preocupado por analizar la salud en los noticieros nacionales “... la publicidad no ha logrado, dentro de los espacios informativos, construir relatos publicitarios a manera de secciones insertadas con un explícito ánimo de lucro, con la obvia excepción de las televentas” (Morales & Vallejo, 2010, p. 4).

Sin embargo, en el desarrollo del noticiero RCN se encontró, en dos de sus episodios, una publicidad de una EPS privada en la que invitaban al televidente a mejorar su salud a través del consumo de frutas y verduras. La publicidad mostraba una imagen de una canasta con frutas y verduras acompañada del logo símbolo de la institución, mientras una voz en off decía: “Dile sí al cuidado. Incluir frutas y verduras en tus comidas es darle sabor a tu vida. Cuidarte es lo más importante. Un propósito de ARL y EPS Sura. Vigilados Supersalud” (Sección de salud Noticiero RCN, 25 de noviembre de 2013). No obstante, no hubo relación entre el mensaje comercial y los temas tratados en ambos episodios.

También tenían en común que en los comerciales de los dos noticieros había publicidad de productos que eran ofrecidos por profesionales de la salud, en especial médicos y odontólogos. Antigripales, bloqueadores solares, cremas dentales, complementos nutricionales, productos para el aseo corporal y medicamentos para combatir infecciones usaron este tipo de expertos para recomendar los beneficios de las marcas.

Los profesionales de la salud se caracterizaban por vestir batas blancas y hablar desde consultorios y hospitales. En uno de los comerciales, incluso, un médico le receta a otro un antigripal y, luego de ser sanado de inmediato, continúa atendiendo a sus pacientes en el hospital. El uso de animaciones para explicar cómo actúa el producto en el cuerpo afectado, es otro elemento que se repite en los mensajes publicitarios, así como el uso narradoras o voz en off.



Hay un comercial en el noticiero de RCN que simula la sección de salud. En él aparece una de las presentadoras del noticiero (no es la misma de la emisión de la mañana y del medio día) en otro set de noticias, dando una información sobre un tipo de hongo que afecta las uñas de las manos y de los pies. Después de describir los efectos del hongo en las uñas, afirma que hay productos que pueden “curar”, pero no lo menciona. Después de despedir la “sección de salud”, la cual tiene nombre y eslogan (“La línea de la salud. Información que cura”), aparece un médico hablando de los beneficios de una crema que “cura” los hongos de las uñas. A primera vista parece que son dos comerciales distintos, sin embargo, son el mismo.

Presentadora: “Hola, ¿qué tal? Permíteme ofrecerte información que cura. Las micosis son enfermedades ocasionadas por hongos. En Colombia muchas personas padecen de hongos en las uñas de manos y pies, esto se llama Onicomycosis. Los hongos producen en las uñas malformaciones y colores amarillentos. La uña se hace gruesa, opaca y crece fuera de sus bordes. Extremar las medidas higiénicas como el lavado frecuente de manos y pies y no compartir objetos de manicure o pedicure pueden prevenir el contacto de los hongos. Hoy existen potentes antimicóticos en crema que además restituyen la dureza y el color a las uñas. Te espero en la siguiente entrega. La línea de la salud, información que cura” (Noticiero RCN, 15 de noviembre de 2013).

Mientras la presentadora menciona lo anterior, una animación va ilustrando los efectos del hongo en las uñas, al tiempo que un cuadro de texto hace énfasis en los cuidados que se debe tener. La estructura narrativa del comercial copia la de la sección de salud en la medida que es una presentadora, periodista, quien plantea un tema, lo introduce, define conceptos y lo justifica a partir de estadísticas. En el desarrollo se hace uso de apoyos audiovisuales como animaciones, cuadros de texto, imágenes y sonido.

Al finalizar se hacen recomendaciones y se advierte que hay tratamientos que pueden “prevenir”, sin dar una marca en especial como una forma de acudir a la objetividad de la noticia y del oficio periodista. Se despide la sección anunciando que vendrá nueva “información de salud”, cosa que en efecto es cierta, pues en otro comercial ella habla, ya no de los hongos sino de las infecciones vaginales. El eslogan del comercial es usado al inicio y al final de la nota: “información que cura”.

La estructura continúa cuando después viene un experto –médico– que da respuesta a la pregunta implícita planteada por la periodista ¿Cuáles son esos “potentes antimicóticos” que

pueden curar los hongos? El experto responde: “Fíjate muy bien en el color de tus uñas. Compáralas e identifica si alguna ha cambiado su color porque puede ser Onicomycosis. Entre más claro sea el tono, más rápido aliviará el hongo de las uñas con Unesia”. Los apoyos audiovisuales que acompañan lo dicho por el experto son variados: animaciones, imágenes, cuadros de texto, ejemplificaciones y dramatizados. Otro actor interviene al final: una voz en off masculina que ofrece de manera explícita el producto: “No esperes ni un día más, solo lima y aplica Unesia. Verás cómo tus uñas recobran su tono natural. Unesia, renovador de uñas”.

El comercial, además de copiar la estructura de la sección de salud, emula otro género televisivo: el noticiero. El contrato comunicativo que ofrece este género con el televidente es de “realidad”; lo que está pasando allí es “verdadero”, por ello la periodista no menciona la marca del producto. Igualmente se crea un efecto que intenta hacer creer que ambos escenarios (el set de noticias y consultorio desde donde habla el médico) son mensajes diferentes, como una forma de legitimar lo que la periodista dice. Incluso la duración del comercial se asemeja al tiempo que dura la sección de salud: un minuto. Muchos de estos comerciales de ambos noticieros (RCN y Caracol) son marcas de grandes laboratorios. Sobresalen dos: Tecnoquímicas y Genoma Lab.

Ahora bien, como una forma de darle legitimidad a los beneficios de los productos, se acude a la utilización de periodistas y expertos, son ellos quienes avalan, recomiendan y venden. También se usan imágenes de máquinas “tecnología avanzada” para connotar eficiencia y eficacia en los productos, o se citan instituciones con autoridad en temas de salud: “Clínicamente comprobado y certificada según los parámetros de la FDA”. Los lugares desde donde se desarrollan las tramas publicitarias son hospitales y laboratorios médicos. El uso de la simbología médica como batas blancas de cirujanos, estetoscopios, entre otros, se usan para persuadir a la compra de las marcas.

El lenguaje también juega un papel central en las estrategias para ganar credibilidad. Se acude a términos y conceptos médicos y científicos para describir, valorar y justificar la compra de los productos. Lo anterior coincide con un estudio en los que se analiza la noción de salud en

la publicidad de productos de belleza. El lenguaje utilizado por los publicistas de productos cosméticos se caracteriza por usar términos científicos para darle acento médico.

Los textos publicitarios contienen términos técnicos y pseudotécnicos, pertenecientes al lenguaje científico-médico y sanitario, como colágeno, epidermis, lípidos, phytoenergía, nanoenergía, sensoenergía, phytolípidos... estos términos no denotan un contenido referencial, sino que se explotan con fines persuasivos aprovechando su carga evocadora y connotativa asociada a la autoridad y objetividad científicas. A través de unos términos científicos, supuestamente neutros desde el punto de vista emotivo, el emisor construye un mensaje eminentemente valorativo cargado de intención (Díaz Rojo, 2002, p. 115).

En suma, si bien en las secciones de salud de los noticieros televisivos RCN y Caracol no se promocionan de manera explícita bienes o servicios, sí hay mensajes en el bloque comercial que beben de la estructura narrativa de aquellas para vender productos que parten de la noción de salud propuesta por el noticiero. Sin embargo, no fue posible establecer un hilo conductor que permitiera identificar la intencionalidad en la secuencia del hecho. Algunos de los mensajes publicitarios llegaron incluso a contradecir el mensaje de salud de la sección. En una de las ocasiones, por ejemplo, se habló de la obesidad y, entre una de sus múltiples causas, estaba el alto consumo de azúcar. Posteriormente, en los comerciales, se publicitaban bebidas gaseosas las cuales son reconocidas por el alto contenido de esta sustancia.

Así como las bebidas gaseosas, hay otros productos que publicitan en los comerciales, inclusive durante todo el día, que van en contravía de las sugerencias y recomendaciones dadas por los expertos en las secciones de salud. Este tipo de mensajes comerciales son más reiterativos que los mensajes de salud, si se compara con número de programas destinados a promover prácticas saludables. Hay estudios que señalan cómo las publicidades en ciertas franjas horarias de los canales de la televisión colombiana se caracterizan por el “alto contenido de nutrientes trazadores de riesgo y bajo contenido de nutrientes protectores de los alimentos y bebidas no alcohólicas publicitados” (Mejía-Díaz et al., 2014, p. 858).

En este sentido, advierte Condry que la televisión envía más mensajes enfocados a la proliferación de prácticas que ponen en riesgo la salud pública que las que apuntan a generar reflexión sobre el riesgo del abuso de otras:

Por cada mensaje televisivo que dice: “Digan no a la droga”, existen, pues, seis que dicen: “Si no te sientes bien toma una droga o un fármaco para superar tu estado”. ¿No logras dormir? Toma algo. ¿No logras estar despierto? Toma algo. ¿Quieres adelgazar? Toma algo... Por tanto, si bien las campañas de interés público son eficaces para influir en las actividades sobre los riesgos del abuso de drogas y de alcohol, la mayor parte de los mensajes televisivos configuran un mundo en el que uso del alcohol y de las drogas se difunde de manera alarmante (Condry, 1998, p. 74).

La relación, entonces, entre los mensajes de las secciones de salud y los contenidos comerciales de los noticieros es bastante compleja, pues en muchos de los casos no se logra evidenciar de manera explícita. Si bien los programas analizados tienen una financiación pública o privada que afecta de alguna manera los contenidos y los propósitos de generar cambios de comportamientos prosalud en los televidentes, la confusión con los contenidos comerciales no permite ver con claridad sus fronteras.

## **6.2. Las publicidades en los magazines televisivos regionales**

Los magazines regionales Los Buenos Años y Medellín Ciudad Saludable tienen lógicas comerciales muy diferentes. Los Buenos Años, que hace parte de la programación de un canal privado católico, tiene pautas comerciales explícitas con ánimo de lucro en el desarrollo de sus episodios. El anunciante principal y periódico es una IPS llamada Arthros, propiedad del presentador del programa. También, en algunos episodios, se invita, en medio de la conversación que tienen sus dos actores principales, a visitar un centro comercial de la ciudad. Otra forma de pauta es la realización de episodios exclusivos sobre algún tipo de producto relacionado con las temáticas gruesas del programa: las enfermedades musculoesqueléticas. Por último están las publicidades propias del canal que se presentan en la sección comercial y que tienen como objetivo la promoción de otros programas y la venta de bienes religiosos.

Arthros, como ya se mencionó, es una IPS privada que presta servicios de rehabilitación muscular a través de fisioterapias. En Medellín hay dos sedes. El público hacia quien va dirigido el programa es el mismo público de Arthros: adultos mayores con necesidad de fisioterapia. Aunque, como el mismo Jorge lo indica, también van a la IPS deportistas y otras personas con lesiones musculares. Esta relación entre el público que ve el programa y el que asiste a la IPS se hizo explícita en uno de los episodios. En aquel, Georgy afirmó que la forma de recuperarse de una de las enfermedades de las que se estaba hablando, es yendo a Arthros.

-Georgy: “¿Es recuperable [la tendinitis]?”

-Jorge “Sí, claro, todo esto se recupera”

-Georgy: “¿En Arthros?”

-Jorge: ¡Ah sí! O donde quieran los televidentes” (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

La IPS es publicitada de varias formas en el programa. Una de ellas se presenta en medio de los diálogos entre los presentadores, como se mostró arriba. Jorge le pide a Georgy, además, que mencione los teléfonos de las sedes de Arthros, al tiempo que aparecen en pantalla en cuadros de texto. El presentador complementa la información recordando los servicios que se prestan allí.

Otra manera es a través de una publicidad en video. En este, se muestran las sedes y las instalaciones de la organización y algunos de los fisioterapeutas que allá laboran. Igualmente, Jorge aparece realizando ejercicios de fisioterapia con algunos pacientes. Esta publicidad se presenta dentro del desarrollo de los episodios y empata con la publicidad propia del canal. Diferenciar entre ambos tipos de publicidad (interna y externa) es difícil, puesto que el mismo presentador, una vez concluido el primer bloque del programa, anuncia que vienen “los mensajes” y, acto seguido, inicia la publicidad de Arthros, la cual podría ser considerada como una sección más, pues está en el marco del programa. Ello se evidencia cuando, una vez terminado este “mensaje”, aparece una animación con el logo del canal –cortinilla– que dice: “Estás viendo Los Buenos Años”, como una forma de separar el contenido del programa de los mensajes institucionales del canal.

La última forma de pauta es por medio de entrevistas. Se invita a un experto que tiene conocimiento de un producto para que este explique sus beneficios. En estos casos, Georgy no participa y Jorge asume su rol en la medida que pregunta a quien tiene el saber: el experto. En uno de esos programas, de los dos que se registraron, se vendía un producto llamado Procolágeno. El experto, presentado como “científico reconocido” por el presentador, argumentaba, “basado en investigaciones propias a través de muchos años”, que el producto

“tenía” que ser consumido para evitar el envejecimiento, y que no había otra forma, ni con una buena alimentación, para contrarrestar los efectos de la vejez:

Para las personas que nos acaban de sintonizar ahora, tenemos que entender que el Procolágeno es producido por nuestro cuerpo normalmente. Se deja de producir en cantidad suficiente después de los 20 años. E infelizmente no hay una dieta ni un alimento que te ayude a recuperar el Procolágeno del cuerpo. La única manera que tienes de recuperarlo es tomando el Vital Procolágeno después de los 20 años, todos los días de tu vida (Los Buenos Años, noviembre-diciembre, 2013).

El programa, en esta ocasión, contradijo sus propios objetivos. Relacionó la vejez con un problema no solo físico sino también estético: “Nos estamos envejeciendo, nos estamos oxidando”, decía el presentador mientras promovía la compra del producto. Los intereses comerciales modelaron completamente la línea que traía el programa: impusieron el tema, la forma de abordarlo y la estructura narrativa del programa, sobre todo con la exclusión de Georgy.

Por último están los comerciales propios del canal. En este espacio se venden productos y servicios relacionados con la línea católica de la Congregación Mariana. Charlas y conferencias de los líderes religiosos de esta congregación y artículos religiosos es lo que más se publicita. Cuando se trata de los artículos, quedan claros los precios de estos, pero cuando se “invita” a las charlas o conferencias no es claro si es un servicio gratuito o si tiene algún costo, al menos no aparece de manera explícita; sin embargo, aparecen en la pantalla los teléfonos para “separar su cupo”.

Jorge Vélez, director y presentador de Los Buenos Años, afirmó que su programa de televisión es el medio por “donde me llegan los pacientes”, es la plataforma por la cual se hace conocer y motiva a sus televidentes, a los cuales llama “pacientes”, a visitar sus sedes de fisioterapia: es su “negocio”. Al preguntársele: “¿Entonces hay una relación entre el contenido del programa y los pacientes que van a Arthros?”, Jorge Vélez responde: “Sí. Eso es porque es mi negocio. Yo soy honesto y te digo... es mi negocio”.

En este sentido, él asevera que es rentable hacer un programa de salud: “Honestamente es un gran negocio por muchas cosas. Un fisioterapeuta que salió de la universidad hace 5 años

no se gana lo que se gana en un negocio de estos...” (Entrevista a Jorge Vélez, Los Buenos Años, 2013). No obstante, dice que no ha querido publicitar otros productos a pesar de que puede y se lo han propuesto, la razón: “ese no es mi negocio”. Y agrega que “lo ideal sería poder articular con productos de salud, que sean afines a lo que nosotros hacemos... pero eso no lo hemos hecho...”. Esto último, como se ha mencionado, no es cierto, pues en dos de los programas analizados se promocionaban de manera explícita bienes de consumo y se publicitó la visita a un centro comercial de la ciudad.

### **6.3. La televisión pública y la mediatización de la oferta social gubernamental**

Medellín Ciudad Saludable es el único programa, de todos los analizados, que hace parte de un canal público. Así pues, su lógica comercial es diferente. Es financiado plenamente por la Secretaría de Salud de Medellín, así que sus intereses no son comerciales, es decir, no se busca un lucro monetario, lo que no significa que no tenga otros intereses más allá de informar sobre la enfermedad, prevenirla y promover hábitos de vida saludables.

Esos otros intereses se develaron cuando se indagó por el origen del programa. Según la comunicadora de la Secretaría de Salud de Medellín, Laura Muñoz, la idea de Medellín Ciudad Saludable surgió de la necesidad del Secretario de Salud, Gabriel Jaime Guarín Alzate, de crear un medio para informar a la ciudadanía sobre la buena gestión de esta institución estatal. Debido a la percepción negativa que tienen los ciudadanos sobre el sistema de salud, el programa mostraría otras caras más positivas de la gestión de esta secretaría:

[La idea del programa fue] del secretario. Simplemente quería tener un medio directo a la ciudadanía donde tuvieran la oportunidad de conocer lo que se está haciendo en la secretaría, porque muchas veces como el tema de salud es un tema tan delicado, a uno le hablan de salud y todo es malo, todo es negativo, entonces en el hospital las urgencias están llenas y no me atendieron o me devolvieron con una pastilla. Entonces el objetivo de él era mostrarle a la ciudadanía realmente qué se estaba haciendo desde la Secretaría de Salud como programa institucional, porque eso es imposible así nosotros tratemos de manejar mucho tema cotidiano es un programa institucional y hay que mostrar gestión. Era acercar esas personas y decirles: “Vea, hay mucho y falta mucho, pero también se está haciendo. Nosotros también queremos que usted valore y usted vea que se está haciendo desde la Secretaría”, que muchas veces también son por desconocimiento (Laura Muñoz, comunicadora Secretaría de Salud de Medellín, 2015).

Evidentemente los episodios analizados reflejaron esta postura, pues se hacía alusión en todos ellos a los programas y a los servicios que brinda la Secretaría de Salud desde un enfoque de gestión positiva. El episodio que evidenció con mayor rigor esta perspectiva fue el último de 2013. Este episodio, además de resaltar algunas de las temáticas y los invitados durante el año, estuvo dirigido a resaltar y reconocer la “buena gestión” de esta institución estatal. En uno de los videos, el Secretario intervino diciendo:

Finalizamos el año con nuestros programas de salud, brindándole una muy buena atención a todos nuestros ciudadanos. Sabia Salud [EPS que atiende el Régimen Subsidiado de Salud de Medellín] viene garantizando la atención de los más pobres de la ciudad. Metrosalud [Red pública hospitalaria], el Hospital General, el Hospital Infantil Concejo de Medellín están prestando servicios normales, y han tenido un mayor número de cirugías, de atención de urgencias. Nuestros programas de promoción y prevención se siguen brindando en toda la ciudad y ustedes nos están utilizando. Las Unidades Móviles están llegando a los barrios; las ambulancias están atendiendo a nuestros pacientes. Salud en el Hogar hoy atiende a 32 mil familias, 150 psicólogos; en fin, una gran cantidad de programas... Llegamos a 300 programas y para el año entrante todo el apoyo de la Secretaría... (Medellín Ciudad Saludable, 20 de diciembre de 2013).

Del mismo modo, los presentadores del programa estuvieron agradeciendo y elogiando la gestión de la Secretaría de Salud y de sus dirigentes:

Felipe Aramburo: Esta es solo una estrategia [El programa de Medellín Ciudad Saludable], pero no es la única, son muchas. Admiro lo que hace la Secretaría de Salud y la Alcaldía de Medellín por generar movilidad y estar cerca de la gente. Es decir, llevar este mensaje de diversas formas a muchos rincones, entonces evalúa uno el proyecto Salud en el Hogar, que era una propuesta de campaña del Alcalde Aníbal Gaviria... Y eso revolucionó sin duda la presencia y la visión de la salud en Medellín porque hoy estamos llegando en el puerta a puerta a muchos hogares... Escuelas y colegios saludables, el escuadrón antidengue, tantos programas... (Medellín Ciudad Saludable, 20 de diciembre de 2013).

Fanisabel Álvarez: Gratamente sorprendida, porque yo soy médica hace 15 años, y he trabajado en instituciones públicas y privadas, conocer de cerca estos programas, estos proyectos de la Secretaría de Salud es una maravilla. Saber que la secretaria y la alcaldía se preocupan tanto por facilitar todos los servicios a la comunidad es encantador. Cuando conocí la primera vez la Unidad Móvil me quedé descremada... es una ayuda espectacular, es un diseño para los jóvenes, para la salud mental y reproductiva y llega hasta las comunas, hasta el sitio más lejano, a los corregimiento, entonces... son unas actividades que impactan mucho... Son cosas que definitivamente que esta ciudad esté más saludable (Medellín Ciudad Saludable, 20 de diciembre de 2013).

Según Laura Muñoz, existe una injerencia importante por parte de este único patrocinador en los contenidos y en las temáticas del programa, pues son ellos los que “dan



línea”, línea encaminada a visibilizar la gestión favorable de la Secretaría de Salud: “Sí, ellos son los patrocinadores, los que auspician el programa. Entonces muchas de las decisiones que se toman obviamente también son de ellos, incluso las temáticas que tratamos” (Laura Muñoz, comunicadora Secretaría de Salud de Medellín, 2015).

Como puede verse, no solo los intereses económicos y comerciales afectan los mensajes de salud, también los intereses institucionales y políticos pueden condicionar los contenidos de los programas de salud. En este caso, lo que motivó la creación de Medellín Ciudad Saludable fue la necesidad por visibilizar la gestión positiva de una institución pública, más no la formación ciudadana en salud. La salud fue el medio, más no el fin.

\*\*\*

La relación programas de salud-empresas privadas y públicas es simbiótica. Los mensajes de salud están imbricados con los intereses económicos y políticos en niveles diferenciales. El magazine regional privado Los Buenos Años es el programa con mayor contenido explícito de ventas de bienes y servicios en salud. Su presentador y director usa el programa como medio para captar clientes para su empresa de salud (IPS Arthros) y vender otros productos relacionados con su público objetivos: hombres y mujeres de la tercera edad, en especial mujeres.

Las secciones de salud de los noticieros privados nacionales, por su parte, no promocionan bienes o servicios de manera explícita en su desarrollo; sin embargo, sí hay mensajes en la sección comercial del noticiero que promueven productos (bebidas gaseosas altas en azúcar, por ejemplo) que pueden afectar la salud, además de contradecir las sugerencias de los expertos promovidas en dichas secciones, pero también los productos para la salud estética.

El magazine Medellín Ciudad Saludable, único programa que hace parte de la programación de un canal público, no tiene intereses comerciales o de lucro, pero sí tiene intereses de tipo institucional en el sentido que promueve una imagen favorable de su único patrocinador: una institución pública.

Esta relación simbiótica entre los programas de salud-empresas privadas y públicas afecta, igualmente, de manera diferenciada los mensajes de salud. Los contenidos en las secciones de salud de los noticieros se ven afectados en el desarrollo de sus ideas. En vista de que las noticias de salud no pueden superar cierto límite de tiempo (máximo 2 minutos), no es posible tratar los temas con el rigor que se merece, razón por la cual deben enfocarse en mensajes “directos y concisos” que carecen de contexto para su mayor comprensión.

El magazine Los Buenos Años condiciona su contenido a los intereses económicos de la empresa que patrocina en mayor medida el programa. El “negocio”, como lo llama su presentador, consiste en hablar de las “enfermedades” que se curan en su IPS. En este sentido, los temas y las formas como son abordados están dirigidos a este fin. Caso similar ocurre con Medellín Ciudad Saludable, pues su génesis partió de la necesidad de “mostrar la gestión” de una institución pública más que de informar o formar a la ciudadanía en temas de salud. Los contenidos se ven afectados, como lo señaló la comunicadora, en la selección de los temas, además, según lo analizado, de los invitados que participan de los episodios: muchos pertenecen a la Secretaría de Salud de Medellín.

De otra parte, todos los productores y presentadores indagados coinciden en que el presupuesto condiciona el formato o género televisivo, presupuesto que está ligado a las maneras de financiar el programa. Si contaran con un presupuesto ilimitado para la producción de los episodios, el cual se logra en general con comerciales, elegirían un formato híbrido integrado por varias secciones, dramatizados, alianzas estratégicas con instituciones de salud, duración más amplia de los episodios, saldrían del set de grabación a la comunidad e interactuarían más con su público. Pero debido a que esto no es posible, los formatos que tienen se deben ajustar a los presupuestos con los que cuentan dejando por fuera información relevante que afecta el mensaje global.

Se podría decir, entonces, que los programas de salud en canales públicos tienen más potencial debido a que tienen la ventaja de no estar amarrados a la publicidad con fines económicos. La función de los canales públicos es brindar información de interés colectivo en pro

de la formación ciudadana. Pero la desventaja está relacionada con el presupuesto y, en mayor medida, con los intereses políticos que pueden direccionar los contenidos de su fin central.

Los programas de salud en los canales privados, en cambio, disponen de mayor presupuesto para diseñar contenidos con mayor profundidad y estrategias pedagógicas, no obstante, la salud no tiene la relevancia que se merece, pues hay otros temas que pueden generar más ingresos como lo expresó la doctora Fernanda.

Un ejemplo de lo anterior fue el programa El Doctor S.O.S del canal RCN. Este *Talk Show* ha sido el programa de salud más importante que se haya producido y transmitido en la televisión nacional colombiana. Tenía una duración de una hora y se emitía después del noticiero. Se caracterizaba por los apoyos audiovisuales y pedagógicos que se usaban para la comprensión del funcionamiento del cuerpo, las explicaciones de enfermedades y la promoción de la salud. Contaba con secciones para un público más amplio y se trataban diferentes temáticas. Después de su segunda temporada salió del aire porque su rating no pudo competir con un programa de concurso del canal Caracol (Entrevista con Juan Ignacio Velásquez, canal Caracol, 2015).

La versión original de este programa, El Doctor OZ, no tuvo el mismo resultado que el Doctor S.O.S nacional. El Doctor OZ es un *Talk Show* médico que debutó en Estados Unidos en 2009. Desde sus inicios ha incrementado su rating y se ha expandido a través de varios países en el mundo. También ha tenido versiones locales como la colombiana. Ha ganado varios premios internacionales y ha sido nominado en otros. Lo más destacado de este programa es que pudo demostrar que un programa de salud puede ser entretenido, educativo y rentable al mismo tiempo.

\*\*\*

En este capítulo se evidenció cómo la salud es abordada en la televisión colombiana desde tres perspectivas: géneros y formatos televisivos; nociones, enfoques e intereses; y estructura narrativa. Los géneros de televisión más utilizados para tratar la salud en los canales nacionales privados son los noticieros y los *talk show*. En los canales regionales, el magazine es

el formato líder. Lo mismo pasa con los canales públicos nacionales. En los canales nacionales y regionales, públicos y privados, los dramatizados, que incluyen telenovelas y seriados, también fueron usados para abordar la salud, pero no de manera exclusiva. Esta tendencia será explicada por los productores en el siguiente capítulo.

Por otra parte, la noción de salud televisiva colombiana es estrictamente biomédica y se caracteriza por ser biologicista, individualista y centrada en la enfermedad. Esta noción de salud no solo excluye otros sistemas curativos sino que los deslegitima, llamándolos muchas veces como mitos y catalogándolos, en algunas ocasiones, como peligrosos. En este sentido, se identificaron algunas estrategias para legitimar, dar credibilidad y posicionar la noción biomédica de la salud: la participación exclusiva de especialistas del campo biomédico, la utilización de fuentes científicas para validar la información y el uso de lenguaje técnico por parte de estos, entre otras.

Lo anterior se reveló con más detalle a partir del análisis a los programas analizados a través de sus estructuras narrativas. Dicha estructura permitió visibilizar los actores que componen el mensaje de salud: expertos en las diferentes áreas biomédicas principalmente. Estos tienen más espacio y tiempo para expresar sus puntos de vista e interpretaciones respecto a los temas tratados. Su relación con los demás actores legos (presentadores, pacientes y ciudadanos) es claramente jerárquica, lo cual se manifiesta, entre otras cosas, en el uso de un lenguaje técnico.

La estructura narrativa de los programas de televisión también permitió identificar un orden narrativo del mensaje de salud. Este se destaca por tener una forma particular de abrir, desarrollar y finalizar cada uno de los episodios. En las aperturas sobresalieron algunas estrategias para llamar la atención de la audiencia y justificar las temáticas. Cifras, datos estadísticos y términos y expresiones que apelaban al miedo o que evidenciaban el riesgo fueron la tendencia. El desarrollo de los temas sobresalió por hacer uso de estrategias pedagógicas y audiovisuales para hacer más comprensible el mensaje. El lenguaje de los presentadores y los profesionales de la salud biomédica hicieron parte de ello. Y los cierres se

caracterizaron por responsabilizar a la audiencia de sus “males” y dejar moralejas en las que se insistía en acatar las recomendaciones de los especialistas.

Por último, se logró establecer los intereses comerciales y políticos que permean los mensajes de salud. La televisión es ante todo una empresa que imbrica, en niveles diferenciados, los mensajes de salud con tales intereses. Precisamente, para entender las formas en que se condicionan dichos mensajes, se indagará sobre el proceso de producción de los programas de salud en el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO 2**

### **LA PRODUCCIÓN DEL MENSAJE TELEVISIVO: ENTRE LAS AGENDAS DEL CANAL Y LAS INTENCIONALIDADES DE LOS PRODUCTORES**

En el capítulo anterior se analizó el primer elemento del proceso comunicativo en salud: el mensaje. En el presente capítulo la mirada estará, ya no sobre contenidos, sino sobre quiénes los producen, es decir, los emisores de los mensajes. Se abordará a continuación el segundo elemento del proceso comunicativo en salud: el proceso de producción.

En un primer momento se determinarán las agendas televisivas en salud y los intereses que las originan. Se identificará, desde la mirada de los productores, el potencial económico, educativo y de entretenimiento que tiene la realización de programas con este tipo de contenidos. Luego se describirán los procesos de selección de la agenda temática en salud y la incidencia que tienen las televidentes en el proceso. También se abordará el papel que tiene la medición de impacto de los programas en la construcción de dicha agenda y las razones por las cuales permanecen este tipo de programas en las parrillas de los canales.

En un segundo momento se propone una comprensión de la producción del mensaje en salud. Para ello se conocerán las nociones de salud de los productores en contraste con la noción emitida en los programas. Posteriormente, se conocerán las razones por las cuales las mujeres (amas de casa) son el target de los programas de salud. En esta línea se reflexionará, a partir de la literatura especializada, sobre la relación mujer-salud. Este segundo momento también explica la selección de los temas para los programas. Se hará un énfasis en la pregunta por la viabilidad del sistema de salud y la salud alternativa como temas. Finalmente se identificarán las fuentes, en orden de jerarquía, que son utilizadas para desarrollar los tópicos

de salud, y se determinarán las estrategias que usan los productores para ganar en legitimidad y credibilidad a la hora de informar en salud.

Y en un tercer momento se evidenciarán las experiencias e intencionalidades de los productores; su relación con la televisión y con los programas televisivos de salud; sus pretensiones con los programas que dirigen o presentan; sus restricciones y limitantes a la hora de producir los mensajes; y sus consideraciones sobre cómo debería ser un programa de salud ideal en televisión.

A diferencia de la literatura especializada que analiza los contenidos audiovisuales en salud, la cual es amplia y con unos alcances importantes, no existe una línea académica vasta que reflexione sobre la producción de este tipo de contenidos. Solo existen algunas experiencias, especialmente latinoamericanas, que evidencian procesos locales, así como guías para periodistas y productores que muestran rutas para tratar ciertas enfermedades en los medios de comunicación.

Con respecto a la primera, señala Andaló (2003) que uno de los pioneros en la producción de programas de entretenimiento con propósitos educativos en forma deliberada fue el vicepresidente de la cadena mexicana Televisa Miguel Sabino. Si bien el proceso de este tipo de producciones comenzó a mediados de los años setenta, fue a comienzos de los ochenta que logró afianzarse. Durante esta época Sabino realizó siete seriales denominadas como “telenovelas pro desarrollo”.

Una de las series que tuvo un enfoque de salud fue Caminemos, la cual “promovía responsabilidad sexual entre adolescentes”. Allí se reflexionaba, entre otras cosas, sobre la equidad de género en la sociedad mexicana o la educación para adultos: “Intenté que la televisión comercial tuviera un beneficio social a través de las telenovelas, justamente un producto que está dentro de las casas de aquellos que más necesitan informarse –cuenta Sabino–. Me propuse ofrecerles herramientas para que ellos mismos pudieran mejorar sus vidas” (Andaló, 2003, p. 11).

Agrega la autora que en Brasil, la cadena privada TV Globo también tuvo una apuesta destacable en la realización de producciones de ficción y entretenimiento con temas sociales. En el informe del 2002 de la compañía dicen haber emitido en telenovelas un total de 1.138 escenas vinculadas con temas de salud. Abarcaron desde alcoholismo, salud sexual y donación de órganos, hasta uso de preservativos y cuidado del medio ambiente (Andaló, 2003).

De igual forma, desde los ministerios de salud de Colombia y Argentina se promovieron y se financiaron programas televisivos con contenido en salud. La experiencia nacional, mencionada en la primera parte, tuvo como resultado producciones como Santa María del Olvido y Francisco el Matemático, ambas trataron temáticas sociales y de salud. En el caso de Argentina hubo una alianza entre el Ministerio de Salud y la industria del entretenimiento que se materializó en la creación de unos reconocimientos a los programas de ficción que promovieran conductas saludables: “Para la evaluación de las producciones, se tuvo en cuenta no solo la ausencia o presencia de conductas saludables, sino también de escenas donde se aborda el tema y se brinda una respuesta saludable que estimule positivamente a la audiencia” (Ministerio de Salud, 2012, p. 46).

Además de los reconocimientos, el Ministerio de Salud de Argentina diseñó una guía dirigida a guionistas, productores y directores de radio, televisión y cine con la finalidad de “colaborar para la inclusión de contenidos saludables en la programación y evitar mensajes que puedan tener efectos nocivos en la salud”; en consecuencia, proponen capacitarlos para que en “los guiones y personajes instalen y den continuidad a determinados temas de salud en la sociedad” (Ministerio de Salud, 2012, p. 47). Esta guía ofrece los fundamentos sobre la importancia de incorporar mensajes saludables en los medios de comunicación, un análisis de la relación entre televisión, cine y salud en el país y un resumen con recomendaciones sobre los problemas de salud pública más importantes.

Al igual que en Argentina, en Estados Unidos existe un proyecto llamado *Hollywood, Health & Society*, de la Universidad del Sur de California que, en alianza con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, capacita a escritores y productores de televisión y cine en el manejo de temáticas de salud. La organización busca,



además, sensibilizar a los productores sobre el potencial educativo que tienen las historias audiovisuales que realizan en el tema de salud. En este sentido, ayudan a que las historias sean más realistas y precisas. Igualmente, brindan asesoría gratuita y conectan a los escritores con los principales expertos en medicina especializados en cientos de diferentes temas de salud (de Castro Buffington, 2013).

Las anteriores guías buscan crear, mejorar y potencializar las escenas, específicamente en los géneros de ficción, en las que se traten situaciones que tengan que ver con la salud y la enfermedad. Ahora bien, en cuanto al fortalecimiento en este aspecto de otros géneros, como los noticieros y los magazines especializados, también hay una serie de guías e instructivos para que periodistas, comunicadores sociales, organizaciones y demás interesados en producir información en salud, puedan hacerlo con la mayor calidad posible.

Fundaciones, Ministerios de salud, organizaciones nacionales e internacionales sin ánimo de lucro, asociaciones científicas, entre otras, son algunas de las instituciones que auspician estas guías en salud. Entre las temáticas que abordan las guías sobresalen: epidemiología (Casino & Fernández, 2015), cáncer (Asociación Española Contra el cáncer, 2006), salud mental (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), 2008), VIH/Sida (Medios Latinoamericanos sobre Sida, 2009; Organización Mundial de la Salud, 2000).

Es importante mencionar que no se encontraron investigaciones que trataran la producción televisiva en salud como objeto de estudio, solo trabajos que indagan por algunos de sus componentes: fuentes, temáticas, etc. Por esta razón, los datos que se presentarán en seguida marcan una ruta para determinar las diferentes formas de producción de los contenidos televisivos en salud. Se hará énfasis en los efectos deseados y en las intencionalidades de quienes fabrican estos mensajes.

## **1. AGENDAS E INTERESES EN EL ORIGEN DE LAS AGENDAS TELEVISIVAS EN EL CAMPO DE LA SALUD**

### **1.1. La salud se convierte en temática televisiva: su potencial económico, educativo y para el entretenimiento**

La salud es uno de los tantos contenidos que se encuentran en la programación de los canales colombianos. Los productores y presentadores de los programas analizados expresaron, en relación a su experiencia, sus percepciones sobre la importancia de la salud como temática televisiva, así como el valor que tiene este tipo de contenidos para el programa y el canal. Con respecto a los programas, enunciaron los objetivos y sus alcances, las estrategias de legitimación y credibilidad de los mensajes de salud, y las consideraciones que tienen en cuenta a la hora de construir dichos mensajes. Igualmente, describieron los elementos que debería tener un programa de salud, así como los métodos con los que miden el impacto de sus contenidos.

Referente a la salud como tópico televisivo, los productores<sup>31</sup> manifestaron que este tipo de contenidos tiene potencial, tanto desde el punto de vista educativo como comercial. Tienen claro que la demanda de estos programas por parte de los televidentes ha venido aumentando en los últimos años. Tal demanda se debe, en parte, a que la salud se entiende desde una dimensión más amplia que incluye el bienestar y la estética corporal. Existen diferencias entre las formas de entender la importancia de los contenidos de salud en los canales públicos y privados.

Hernández, del canal Caracol, afirma que si bien la salud está teniéndose en cuenta en el noticiero, en la medida en que hay una sección solo para el tema, esta no se le da la importancia y la trascendencia que tiene. Incluso la tendencia es a restringirle el espacio restándole minutos y personal: “Yo creo que los medios no se han dado cuenta de la responsabilidad que tienen... está ahí pero no es una noticia que va en primera página... entonces es algo que poco a poco lo vamos logrando, ahí estamos fijos a pesar de que los

---

<sup>31</sup> Se incluirá a los presentadores de los programas dentro del equipo de producción de aquí en adelante.

noticieros los han recortado y fácilmente pudimos haber desaparecido...” (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud, Noticias Caracol, 2014)<sup>32</sup>.

Ahora bien, en vista de que el sistema de salud no está respondiendo a las dudas de los ciudadanos (información sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la enfermedad misma, etc.) estos se vuelcan a los medios para informarse. Los medios, en este sentido, llenan de alguna manera el vacío que deja el sistema de salud, el cual está enfocado en la enfermedad: “Otro factor tiene que ver con nuestro sistema de salud, la gente tiene un prejuicio de que el médico siempre me va a mandar lo mismo, entonces que acetaminofén, siempre ibuprofeno, siempre Loratadina, es que a mí el médico no me explica nada, el médico no me dice nada. Entonces qué mejor que tener la información en mi televisión, en mi casa... sin tener que moverme” (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud, Noticias Caracol, 2014).

Está convencida de que la salud como temática tiene gran futuro y se puede consolidar más que otros temas de la agenda informativa. La salud, entendida como bienestar, puede abarcar diversos temas de interés general que se salen del universo biomédico: “Ese es el éxito”: “Hace un año más o menos estuvo aquí Arianna Huffington, de Huffington Post, y dijo que los que tienen mayor futuro son los contenidos de salud y bienestar. Todo lo que tiene que ver con bienestar. Bienestar es cómo me visto para ir a una fiesta de grados un sábado a las 4 de la tarde, entonces si alguien me lo está diciendo buenísimo. Pero si además me dicen cómo me debo limpiar la cara, qué es lo mejor para la lonchera de mi hijo, pues buenísimo; y definitivamente el cambio y la vuelta que va a haber es internet” (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud, Noticias Caracol, 2014).

En este sentido, los directores de los programas Medellín Ciudad Saludable y Los Buenos Años afirmaron que la salud es un tema muy demandado por sus televidentes e incluso por algunos profesionales de la salud. Visto así, dicen que la salud como temática televisiva tiene potencial, el cual tratan de “aprovechar para enganchar”.

---

<sup>32</sup> La citación a lo largo de esta tesis a productores, presentadores, directores y televidentes es producto de entrevistas personales.

El director de los programas de entretenimiento del Canal Caracol afirma que la función de los canales privados no es la educación sino el entretenimiento, así las cosas no ve viable un programa de salud dentro de su plan de programación, a no ser, aclara, que los enfoques llamen la atención de sus televidentes (los cuales no buscan aprender sino divertirse: “nuestros televidentes no están buscando eso”). Propone, por ejemplo, que se traten temas sobre “remedios caseros”, la sexualidad desde “el disfrute del cuerpo” o la nutrición desde las “dietas” con fines estéticos. Lo anterior ya lo ha aplicado en el magazine Día a Día, que se transmite todos los días en las mañana y que tiene secciones de “bienestar”, más que de salud, enfatiza. Recuerda, además, el caso del Doctor S.O.S del canal RCN (la competencia) que “fracasó” porque a los a “los televidentes de la televisión privada no les interesa eso”, “¿por qué no marcó *rating*?”, se pregunta, “porque la gente prefería ver al Precio es Correcto, a la gente ganándose, aunque sea una licuadora, y celebrando y alegrándose la tarde por un segundo” (Juan Ignacio Velásquez Gallego, director de programas de entretenimiento, Canal Caracol, 2014)<sup>33</sup>.

Dicho así, no ve en la televisión privada un potencial educativo para formar en salud. Esta función la descarga en los canales públicos y regionales, los cuales, menciona, fracasan porque olvidan el componente de entretenimiento:

Nosotros no somos ni profesores ni matemáticos ni catedráticos universitarios que vamos a educar al pueblo, eso no lo hace el entretenimiento. Ahora, el error de los canales locales, públicos y regionales, es que eso que sí tienen que hacer ellos no lo hacen de manera entretenida y, al no hacerlo de manera entretenida, por eso es que fracasan en todos sus contenidos, por más buenas intenciones que tengan (Juan Ignacio Velásquez Gallego, director de programas de entretenimiento, Canal Caracol, 2014).

A diferencia de Velásquez Gallego, que piensa que la educación y el entretenimiento no son compatibles en los programas televisivos, existe una corriente consolidada que opina lo contrario, y ve en los programas de entretenimientos un potencial para la educar en salud. El Edu-entretenimiento es la combinación del entretenimiento con la educación de “manera

---

<sup>33</sup> La entrevista a Juan Ignacio Velásquez Gallego, director de programas de entretenimiento del Canal Caracol, fue realizada por Marcela Escobar, estudiante de la Maestría en Comunicaciones de la Universidad de Antioquia a partir de la guía de preguntas construida por el autor de esta tesis.

integrada”, usando, la mayoría de las veces, los géneros ficcionales en los medios masivos con el propósito de mejorar la comprensión, por parte de la audiencia, de sus mensajes (Tufte, 2004b). En el campo de la salud, como ya se mencionó en el primer capítulo, este enfoque ha sido utilizado con éxito, contribuyendo al proceso para el cambio de comportamiento prosalud de ciertos sectores de la sociedad (Andaló, 2003; Arroyave, 2008). Enfatiza Tufte que los productores deben manejar el “balance apropiado” entre educación y entretenimiento para que la estrategia sea más eficiente y tenga un mayor impacto.

La salud, dicen los productores, es un tema importante para el canal y los programas, aunque estos no tengan un espacio tan amplio en comparación con otras temáticas. La permanencia de este tipo de contenidos depende de su rentabilidad.

Hernández afirma que si bien la salud es un tema de gran interés general, los medios en general, incluyendo en el que trabaja, no lo ven así; ello se evidencia, en su caso, en el tiempo de duración la sección a comparación con otras, en el lugar que ocupa la salud en la jerarquía temática (nunca está al inicio sino al final del noticiero, entre las secciones de deporte y farándula) y en el equipo de trabajo con el que cuenta, caracterizado por ser poco –y cada vez menor– y sin experiencia o con una capacitación mínima:

... la salud no es una prioridad [para el noticiero], a pesar de que es tan importante y de tanto interés. Todavía no se siente en los medios como una prioridad. Entonces tú te puedes dar cuenta que en la mayoría de los medios siempre [la sección de salud] es manejada por un practicante, por un estudiante. La salud nunca va hacer el protagonista o abrir una emisión, a menos que haya algo coyuntural: que el presidente se enfermó, que el ébola, que el chikunguña... Somos dos [el equipo de salud en el noticiero] y todo el tiempo estamos peleando los espacios (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud, Noticias Caracol, 2014).

En el caso de Televid, canal al que pertenece Los Buenos Años, la salud es un tema central. Esto se debe, afirma Jorge Vélez, a que su público objetivo –televidentes de la tercera edad, en especial mujeres– demandan este tipo de contenidos por sus condiciones de salud: “esa gente pregunta mucho por las enfermedades que, por la edad, tienen o van a tener”. Agrega que Televida sobresale entre otros canales regionales porque varios de sus programas abordan la salud de manera exclusiva, pues tienen su “nicho”, y las necesidades de este, muy claro:

... es que el nicho de TeleVid es un nicho que oscila entre los 60 y 85 años... Y se le apunta ahí porque la gente lo pide además... la gente, cuando salen a los encuentros, a las peregrinaciones, son personas que tienen afecciones músculo esqueléticas, entonces a raíz de eso... que a esa gente se le pregunta sobre ese tipo de enfermedades... eso en la parte óseo muscular... y en la parte cardiorrespiratoria... lo identifica la Cardio [programa del canal], que es de la Congregación Mariana... Entonces por ese lado le apuntan a programas de salud (Jorge Vélez, director y presentador Los Buenos Años, Televid, 2014).

La directora y presentadora de Red Vital<sup>34</sup> menciona que Teleantioquia “valora” y entiende la importancia de tratar la salud en su parrilla televisiva. La amplia franja educativa de la mañana y de la tarde, los programas exclusivos a la salud auspiciados por instituciones públicas y el control a la publicidad de ciertos programas que tratan directa e indirectamente la salud son las formas de evidenciar dicho interés y valor por parte del canal:

... yo siento que lo valoran, y la muestra es que en la mañana, en la franja de la mañana, también está Para Vivir Mejor que es un programa directamente de la Dirección Seccional de Salud, pagado por la gobernación, para hablar de salud... entonces, está ese espacio allí, estamos nosotros en la tarde... Entonces yo creo que hay una apuesta clara en la supervisión de los contenidos que no afecten la salud, y en que lo periodistas y realizadores se interesen por hablar de salud (Ana Lucía Acosta, directora y presentadora Red Vital, Teleantioquia, 2013).

El programa, agrega, desapareció, y cuando se realizaron las grabaciones no estaba definida la franja de salud o la de educación.

La anterior dinámica –la salud en los canales públicos y privados– responde a diferentes lógicas. Los canales privados deben responder a una lógica de lucro que solo se logra si el programa tiene *rating*: se cobra por los comerciales. La salud es importante para este tipo de canales en la medida que genere ganancias, y las ganancias se presentan cuando los contenidos son entretenidos y logran enganchar a sus televidentes. La experiencia mexicana de Televisa y brasilera con Globo demuestran que es posible entretener, educar en salud, obtener ganancias y apelar a la responsabilidad social, unión que no concibe el director de programas de entretenimiento del Canal Caracol. Si bien el Doctor S.O.S fue una apuesta desde el entretenimiento del Canal RCN, no hay estudios que den cuenta de las causas por las cuales no tuvo la aceptación suficiente de los televidentes.

---

<sup>34</sup> Red Vital era un magazine que se transmitía en directo por Teleantioquia dos veces a la semana en las tardes (3:30PM). Lo presentaba una comunicadora, quien a la vez era la directora, y trataba tres bloques temáticos: salud mental, sexualidad y vida familiar. Entró al aire en 2010 y salió en 2013.

En los canales públicos la salud hace parte de los temas que aportan a la formación ciudadana<sup>35</sup> como forma de garantizar un espacio para la discusión y el interés general; no obstante, al igual que los canales privados, también ha sido una plataforma para vender productos y servicios (caso del programa Las Tres Gracias en Teleantioquia) y como estrategia de mejoramiento de imagen corporativa (caso de Medellín Ciudad Saludable). En este orden de ideas, la salud ha sido el vehículo para lograr objetivos comerciales y posicionamiento de marca institucional.

## 1.2. La selección de la agenda temática en salud

Una agenda es un conjunto de tópicos que son comunicados en orden jerárquico de importancia en un momento determinado del tiempo. El proceso de construcción se basa en una competencia constante sobre diferentes asuntos sociales para llamar la atención de quienes trabajan en los medios, las élites (sobre todo políticas) y el público en general. Su establecimiento explica por qué en una democracia se informa sobre ciertos temas y sobre otros no, y sobre cómo se forma la opinión pública (Dearing & Rogers, 1996).

Existe una teoría en comunicación denominada Agenda Setting, que muestra cómo los medios masivos de información logran instaurar en sus audiencias sus agendas: “Con la Teoría de la agenda-setting se consolidó un método empírico para mostrar cómo los medios de difusión consiguen transferir a sus audiencias las listas jerarquizadoras de los temas o problemas más destacados de la sociedad. Mediante el análisis de contenido de los medios y el sondeo a la audiencia se descubre que, en efecto, existe una elevada correlación entre los temas que dan importancia los medios de difusión y los que interesan a sus audiencias” (Díaz Rodríguez, 2004 Cita a López-Escobar, et al., 1996e, p. 9).

Ahora bien, como lo plantea Cohen, la agenda mediática no le indica a la gente qué pensar sino sobre qué pensar: “*The press may not be successful much of the time in telling people what to think, but it is stunningly successful in telling its readers what to think about*” (Cohen, 1963, p. 13).

---

<sup>35</sup> Tema que se tratará con más detalle en el capítulo 4.

En el caso de la agenda televisiva en salud, igualmente, cada programa prioriza unos temas de acuerdo a sus intereses (económicos en su mayoría) y a sus formas de entender la realidad social en este campo. Estas formas de entender la realidad están consideradas en la segunda generación de la agenda setting: la teoría del *framing*.

*Framing* o enmarque es la teoría más importante con la que se está estudiando actualmente el periodismo en el mundo. La teoría dice que el profesional de la información, por más de que quiera ser objetivo, está atravesado por una forma particular de ver el mundo. Su educación, valores y creencias configuran su mirada, mirada que plasma en la construcción periodística. En consecuencia, entre todos los elementos que pueden entrar en la narrativa periodística, siempre hay unos que terminan siendo más visibles.

La teoría del *framing* dice, entonces, que el periodista encuadra o enmarca la realidad desde una perspectiva y así la cuenta: “La Teoría del *framing* ayuda a comprender el establecimiento de filtros por los que ha pasado el hecho noticioso” (Pérez Fumero, 2013, p. 71). Dicho de otro modo, la noción de encuadre se refiere “al ángulo, enfoque, perspectiva o tratamiento de una información que se manifiesta en la elección, énfasis o importancia atribuida a los diferentes elementos” (Muñiz et al., 2004, p. 6).

La teoría del *framing* se ha utilizado para analizar los enfoques que tienen los medios cuando abordan temas de salud. Una de estas investigaciones muestra, por ejemplo, cómo los encuadres noticiosos y visuales en la prensa española durante el Día Mundial de las Enfermedades Raras entre los años 2010-2012 privilegian escenas de tristeza familiar como valor noticioso e imágenes de afectados junto a representantes institucionales e imágenes de menores afectados por este tipo de enfermedades (Sánchez Castillo, 2013). Otro estudio analizó el encuadre que se realizó en prensa española sobre las crisis sanitarias de la gripe A y la bacteria E.coli. Se comprobó que en las crisis sanitarias se privilegiaron las fuentes institucionales por encima de las fuentes científicas o del sector sanitario (López Villafranca, 2012). Un estudio más indagó por los tratamientos del consumo de alcohol y su prevención en prensa española. En los hallazgos sobresale la relación entre consumo de alcohol con el delito y



los pocos enfoques sobre la prevención o consumo moderado de este tipo de sustancias (Paricio-Esteban, Rodríguez-Luque, & Rabadán-Zaragoza, 2012).

Finalmente, afirma Arroyave, que en varios de los estudios que utilizan la teoría del *framing* para indagar por las perspectivas que usan los medios al tratar la salud, se tiende a ignorar los contextos socio-estructurales generales (condiciones sociales y ambientales) y se privilegian los enfoques individualistas en donde se responsabiliza al sujeto por su enfermedad (2015). Esto se pudo constatar en los análisis a los programas televisivos colombianos.

Partiendo del anterior panorama, se buscó en esta tesis determinar los procesos propios de la producción de los mensajes televisivos en salud, haciendo un énfasis en las intencionalidades o efectos deseados por los productores.

### **Los procesos de selección de la agenda temática**

Los criterios que señalaron los productores para seleccionar los temas que se abordan en los diferentes episodios fueron<sup>36</sup>: 1. promover programas y servicios de los patrocinadores, 2. experiencia en los consultorios de las médicas presentadoras, 3. búsquedas personales en internet, 4. agrupar las enfermedades que dan en ciertas partes del cuerpo, 5. días mundiales, 6. temas coyunturales, 7. temas novedosos que se convierten tendencia (no precisamente en el campo médico) y 8. grupos de investigación.

Ahora bien, los actores que tienen injerencia en la selección de los temas son<sup>37</sup>: 1. Presentadores expertos, 2. los directores, 3. los patrocinadores, 4. entidades gubernamentales autoridades en la salud, 5. Los televidentes, 6. organizaciones internacionales de salud y 7. los presentadores no expertos.

En el proceso de selección de la agenda temática de Medellín Ciudad Saludable intervienen, en el siguiente orden de jerarquía: 1. la Secretaría de Salud, 2. la presentadora experta (Álvarez) y 3. la directora. Los criterios para elegir los temas son: la Secretaría de Salud lo hace desde la necesidad de promover sus programas de prevención de la enfermedad y

---

<sup>36</sup> La enumeración está en orden de jerarquía.

<sup>37</sup> La enumeración está en orden de jerarquía.

promoción de la salud; la presentadora experta, desde su experiencia en el consultorio personal y a través de consultas a sus colegas; y la directora, por medio de búsqueda en Internet y, también, a través de profesionales de la salud. Existen unos temas fijos, los cuales son presentados por la Secretaría, y unos temas que varían: los propuestos por la directora y la médica del programa.

Dice Muñoz (2015), comunicadora de la Secretaría de Salud, que periódicamente tienen reuniones con los diferentes “subsecretarios de salud” para “conocer las principales problemáticas de la ciudad”. De estas reuniones salen los temas que se abordarán en el programa: “... la idea es que cada mes se toquen [las problemáticas de salud que informan] todas las subsecretarías y el despacho del secretario”. Igualmente, se consultan varios profesionales de la ciudad para conocer sus lecturas en cuando a “necesidades de salud” que se deben tratar. Los “epidemiólogos” son los más consultados.

Al respecto, agrega Álvarez que la Secretaría de Salud les envía el “cronograma” con los temas que se deben desarrollar durante el mes, “generalmente quince días antes de que empiece el mes”. Los temas están relacionados con los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud de la secretaría:

...uno [de esos programas] que estamos reforzando mucho es Medellín sana y libre de adicciones, que busca sensibilizar sobre el tema de la prevención de las drogas... otro es Salud en el Hogar... O Buen Comienzo... Entonces es reforzar y contarle a la gente que todos esos programas existen, que no son solamente para el Régimen Subsidiado, que cualquier persona sin ningún costo puede ir a hablar de sexualidad, de que le enseñen pues, que pueda hablar, que pueda encontrar un psicólogo, un trabajador social, que lo ayude, que lo oriente (Fanisabel Álvarez, presentadora-experta Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014).

Álvarez también tiene la función de proponer temas para el programa. La “experiencia de la consulta” es su principal insumo para elegirlos: “Es más por la experiencia de la consulta, que uno todos los días conversas con la gente y sabes que hay vacíos en ciertas cosas, y que uno quisiera tener más tiempo que los veinte o treinta minutos de la consulta para explicarle. Entonces con base en eso yo los propongo”, explica. Además de los temas que salen de “la consulta”, recurre a sus colegas, especialistas la mayoría, para conocer “sus conceptos” y poder tener “más sustento”. Algunos de esos especialistas son luego invitados al programa para

hablar de los temas: "... saco datos de especialistas ya conocidos, el mismo especialista que hay ahí. Yo les ayudo muchas veces a escoger también los invitados porque para mí es más fácil porque han sido profesores míos o los he visto..." (Fanisabel Álvarez, presentadora-experta Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014).

Pulgarín, directora de Medellín Ciudad Saludable, afirma que en vista de que no tiene un conocimiento amplio sobre la salud biomédica, se apoya en las consultas personales que hace en Internet. Las dudas que tiene, luego del proceso de consulta, son "resueltas" por "la doctora Fanisabel": "Las propuestas desde la parte médica las generamos entre la doctora y yo. Yo empiezo a investigar... mira este tema no lo hemos hecho. Hoy, por ejemplo, tratamos la meningitis, nos falta la migraña, entonces empezamos a hacer un listado, y nos sentamos y lo tratamos" (Lina Pulgarín, directora de Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014).

Un criterio importante para seleccionar los temas, dice la directora, son "las necesidades de salud de la ciudad": "No solamente emitir un tema por emitirlo. Hay cosas que son importantes, por ejemplo, nos hemos dado cuenta, con el tema de vacunación que la gente tiene unos vacíos inmensos... la gente no sabe que vacunación es gratis... entonces por medio del programa damos toda esa información" (Lina Pulgarín, directora de Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014).

De otro lado, Vélez afirma que es él mismo quien selecciona los temas y los enfoques. Y reconoce que el principal criterio para hacerlo es tratar temas relacionados con su "negocio", es decir, la fisioterapia, su clínica de rehabilitación. Dice que cuando inició el programa su criterio era diferente: hablaba de enfermedades que daban en "ciertas partes del cuerpo": "Yo empezaba de pies a cabeza, y cogía hasta diabetes, hipertensión, problemas de tiroides, cáncer...". Después se dio cuenta que "esos programas, para lo mío, lo que es mi negocio, no son tan vendedores", razón por la cual empezó a estudiar su público objetivo, a entenderlo y a "segmentarlo" según lo que le conviene a su negocio: "Lo mío es óseo-muscular, óseo-articular... Entonces, eso es lo que yo hago, porque para mí es benéfico por negocio... Sí, eso es porque es mi negocio... Yo soy honesto y te digo, porque es mi negocio..." (Jorge Vélez, director y presentador de Los Buenos Años, canal Televid, 2014).

En la sección de salud del Noticias Caracol los temas los eligen Álvarez y el director del noticiero. Por lo regular es ella quien toma ese “tipo de decisiones”; sin embargo, cuando hay una coyuntura en salud (un virus, una pandemia, por ejemplo), la voz del director del noticiero tiene más peso. El proceso comienza con la construcción de “unos planes semanales”, en los que se eligen unos temas para la emisión de la mañana y otros para la tarde. Los episodios de la mañana “se graban con anterioridad” para “que se editen por lo menos el día antes y estén listos a las 6:30 de la mañana... y queremos son cosas nuevas, no queremos repetir lo del día antes...” (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud Noticias Caracol, 2014).

Se procura que los temas de la tarde sean “noticias frescas... con algo que tenga que ver con el día o que se haya publicado ese día”. En este sentido, uno de los criterios para seleccionar las temáticas es la novedad: resultado de investigaciones recientes, avances tecnológicos en salud, una coyuntura sanitaria. El otro criterio importante es seguir “los días especiales mundiales”, como las fechas de ciertas enfermedades mortales o crónicas como el cáncer y el VIH Sida, verbigracia. “Hay 60 días mundiales. Entonces con anterioridad sabemos... y se llaman a los voceros” (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud Noticias Caracol, 2014).

Hernández señala que “no se subestima ningún tema”, y aprovecha ciertas noticias que se convierten virales en las redes sociales y otros medios de comunicación masivos en Colombia y en el mundo para abordarlos desde un ángulo “más profesional”: “si una niña en Estados Unidos se inventó una pastilla para curar el hipo... aprovechemos y hablamos del hipo...”, la idea es darle “la altura que se merece” y que no se quede solo la noticia en salud en una especie de “chisme” (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud Noticias Caracol, 2014).

En esta misma línea va Castellano, periodista responsable de las noticias de salud del Noticiero RCN, quien afirma que los temas se eligen a partir de las coyunturas de salud, en este sentido el criterio de “noticiabilidad” es el que mayor peso tiene: “Las noticias tienen que ser noticias, si no hay un hecho novedoso, coyuntural entonces no sale. Entonces es buscar

mediante esas coyunturas, mostrar realidades y mostrar hechos que son noticias... La elección de los temas están muy enfocados al momento noticioso, a la coyuntura noticiosa” (Katriz Castellanos, periodista encargada de la sección de salud del Noticiero RCN, 2016).

Cuenta Mora que, en su caso, las temáticas ya estaban escogidas por “varios grupos de investigación” que hacían parte de la producción del programa, quienes, igualmente, se encargaban de seleccionar los profesionales de la salud que participarían como expertos en los episodios: “Todo venía en el libreto, y el libreto venía por un grupo grande, había varios grupos de investigación, y ellos se encargaban de que cada tema fuera desarrollado por un especialista del tema”. El criterio que más valor se le daba a la hora de elegir los temas era la “pertinencia nacional”. En vista de que el Doctor S.O.S es un formato comprado a una productora internacional, muchos de los temas, incluidos en el paquete, “no aplicaban” en el contexto nacional, razón por la cual en el comité semanal que se hacía para tomar estas decisiones, se discutía “la pertinencia” de aquellos temas: “Hubo temas que me parecían ridículos y que no aplicaban en nuestro país. No recuerdo cuáles. Pero sí partía de la necesidad de lo que pasaba aquí [Colombia]” (Luis Felipe Mora, Doctor S.O.S segunda temporada, canal RCN, 2014).

Por otra parte agrega que, a pesar de no tener “ninguna injerencia” en dicho proceso de selección temática, “tenía libertad y contaban siempre conmigo para decir si un tema me gustaba o no me gustaba”. Solo en dos oportunidades no estuvo de acuerdo con los temas por tratarse de “medicina alternativa... Sin ningún sustento científico”; no obstante, asegura que en esos casos de “desacuerdo” no era obligado a decir lo que no consideraba “verdad”: “Yo no decía nada que no estuviera de acuerdo, pero yo no escogía los temas” (Luis Felipe Mora, Doctor S.O.S segunda temporada, canal RCN, 2014).

Finalmente, Acosta expresa que los temas los escoge ella misma de forma muy “intuitiva”. Las “experiencias propias”, la “vida cotidiana de las personas cercanas” y las “conversaciones” que surgen de manera “espontánea” alimentan esa “intuición”. Del mismo modo, las fechas internacionales de salud, propuestos por organismos internacionales como la OMS, son utilizados para diseñar la agenda: “... estamos atentos a lo que pasa en términos de fechas, hay calendarios establecidos, que tienen que ver con inclusión, con género, con lo que

la OMS considera... Entonces el día internacional del Alzheimer, contra la prevención del VIH, para la prevención del cáncer de mama... eso es una base, es básico y sirve muchísimo...” (Ana Lucía Acosta, directora y presentadora Red vital, canal Teleantioquia, 2014).

De modo que se podría concluir preliminarmente que no existe una planeación con base en una agenda propia de la producción del canal. Más bien, hay una confluencia de temáticas de actualidad, que reproducen la tendencia mundial, esto es, la producción de los contenidos de salud en la televisión colombiana analizada busca ser actual y estar en sintonía con las tendencias mundiales en noticias de avances científicos y también de las problemáticas epidemiológicas que agencias internacionales, nacionales y locales pretenden abordar con políticas públicas. Esto podría consolidar la afirmación de que la televisión produce mensajes (en forma de productos) a ser consumidos: productos novedosos, recientes, reemplazables, etc. Con una mirada a las fuentes utilizadas se puede evidenciar este postulado: se trata de la web como repositorio de fuentes científicas (publicaciones y asociaciones), agencias y organismos internacionales, nacionales y locales, gubernamentales y no gubernamentales y otros medios de comunicación como la prensa.

De modo que puede decirse que las tendencias mundiales y la coyuntura las que dictan la producción, mientras que la incidencia de las televidentes en la agenda temática es mínima.

### **1.2.1. La incidencia de las televidentes en la agenda temática**

Cabe mencionar que Acosta fue la única que mencionó a los televidentes como fuente desde donde provienen los temas, sin realizarle la pregunta de manera explícita: “a veces los mismos televidentes [proponen los temas] cuando llaman al programa, dicen: hay que bueno que tocan este tema o una segunda parte de este tema... es que yo quiero aprender más sobre esto...”.

Los demás productores, es menester repetirlo, solo mencionaron a los televidentes cuando se les preguntó explícitamente. Todos afirmaron tenerlos en cuenta en la elección de los temas a través de las interacciones que se daban en las redes sociales, el correo electrónico, las llamadas telefónicas y las conversaciones cara a cara. Sin embargo, reconocen que el peso

de las opiniones de sus televidentes es mínima comparada con los actores ya mencionados. Para compensar un poco ese desbalance, muchos de ellos responden las dudas de sus interlocutores a través de los canales virtuales: “Ayer respondí en la tarde 61 *twitter* de gente haciendo preguntas”, dice Hernández.

En la revisión de cuáles son las fuentes privilegiadas por los productores se nota la clara tendencia a seleccionar fuentes especializadas, provenientes del conocimiento biomédico. A excepción del productor que hace fuerte énfasis en el propósito de entretenimiento, según el cual son los “modelos” televisivos quienes marcan la tendencia para el productor, el resto de productores y presentadores señalan la importancia y delicadeza que exige el tratamiento de información sobre salud, por lo cual se fundamentan en fuentes científicas o validadas por una comunidad fuerte. Incluso cuando usan medios de comunicación como la prensa o páginas web, señalan la validez que estas tienen por sus fuertes equipos editoriales o por ser de asociaciones o colegios profesionales reconocidos. En este sentido mencionó Hernández que ella siempre valida el conocimiento científico. Nunca haría mención de una creencia curativa popular.

Sin embargo, aunque no lo mencionan, se podría decir que también hay una lectura de los pacientes, por lo menos, gracias a la interacción que algunos productores sostienen con ellos. Pareciera que en el discurso aducen más el uso de fuentes legítimas para ellos, mientras que en la práctica habría en la selección del tema y en la producción misma del mensaje una lectura de las manifestaciones de los pacientes (que son sus televidentes). Esto se ve reflejado en los testimonios de los productores y presentadores que reconocen recibir mensajes de sus pacientes y/o televidentes, que están atentos a sus pacientes durante la atención clínica, pero sobre todo, podría inferirse de la necesidad de utilizar un lenguaje asequible. Incluso para alguien que no es profesional médico, busca fuentes que ya desarrollen sus contenidos con un lenguaje comprensible para sus televidentes.

Aunque todos coinciden que no hay forma de medir el impacto de los programas, los productores si se rigen por el *rating*.

### **1.2.2. El rol de la medición del impacto en la construcción de la agenda temática**

La única información con la que cuenta es la información suministrada por instituciones como el IBOPE Colombia y el Estudio General de Medios que miden el Rating, es decir, el número de televidentes que los ven. El otro instrumento son los comentarios de algunos televidentes ya sea personalmente o a través de medios como las redes sociales o el correo electrónico. Cabe recordar que todos los programas cuentan con medios virtuales para interactuar con los televidentes.

Vélez afirma que no conoce el efecto que sus mensajes tienen en los televidentes. Sabe que el canal está constantemente monitoreando sus programas a través del rating y que Los Buenos Años tiene “picos” de sintonía, los cuales bajan cuando, a su parecer, los temas no logran cautivar a la audiencia: “a ellos [Canal Televida] les mandan algo [informe de rating] que es a nivel nacional... y nos han medido... eso ha tenido sus picos, ha tenido sus llanos... Yo creo que cuando los temas no son tan apasionantes para el televidente es cuando la gente lo ve menos...” (Jorge Vélez, director y presentador de Los Buenos Años, canal Televid, 2014).

Así mismo lo piensa la directora de Medellín Ciudad Saludable quien señala que “no tiene cómo medir” el impacto que generan los contenidos en salud; ni siquiera conoce si estos son de interés para los televidentes, cosa que realmente le preocupa. La “retroalimentación” sobre lo que piensa la audiencia sobre el programa la recibe a través de tres canales: los comentarios que les hacen a los presentadores en la calle, las llamadas que reciben a diario y por medio de los informes de IBOPE Colombia:

Yo creo que ahí sí puede haber una falencia, porque no tenemos cómo medir eso [impacto del programa]. Hay una forma de saber si el programa sí está llegando, o si el contenido sí le está interesando a la gente, y es por los comentarios que recibimos, o digamos, en el caso de los presentadores, el presentador se va a pasear incluso por fuera [de Medellín]... y se le acercaban y le decían: ese programa es muy bueno, y entonces empiezan a hacerle comentarios... Recibimos llamadas, no solamente de Medellín... nos ven mucho de Bello, de Itagüí, de la Estrella. Recibimos llamadas, entonces es más de la retroalimentación de lo que podríamos llamar el voz a voz, como para reconocimiento del programa... Hay otro tipo de medición, que es el rating, que se maneja por medio del IBOPE, pero a veces queda uno como con ciertas dudas, aunque sin embargo la marcación desde ahí es buena... (Lina Pulgarín, directora de Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014).



También señala, al igual que Vélez, que los temas tienen mucho que ver con el aumento o la disminución de audiencia. El horario y el público hacia quien va dirigido el episodio también influyen en los movimientos del rating: “Hay temas que suben mucho, hay temas que bajan mucho, depende mucho del horario y del público... entre unos dos mil quinientos o dos mil ochocientos hogares, en ese horario que es de once a doce del día nos ven” (Lina Pulgarín, directora de Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014).

Álvarez agrega que otra forma de saber si a la “gente” le “están sirviendo” los mensajes que emiten diariamente son los programas que se hacen cada final de año. En este se les pregunta a varios de sus televidentes “fieles” frente a las cámaras sobre su concepto del programa y lo que han aprendido. De esta forma, ellos tienen un referente cualitativo para “medir el impacto” del programa. Cabe señalar que todos los comentarios son positivos y de agradecimiento: “Pues yo al principio me preguntaba mucho eso, como que me generaba mucha duda, ¿esto sí servirá?, ¿Esto sí le calará a la gente? Y en los últimos meses veo que sí, que hay un impacto, que sí es bueno, porque muchas personas lo manifiestan... es que se han hecho programas a final de año, cuando vamos a cumplir un año, y se entrevistan personas, porque hay unos televidentes que son fieles...” (Fanisabel Álvarez, presentadora-experta Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014).

La directora y presentadora de Red Vital, además de reiterar que no tiene forma de conocer los efectos del programa en quienes lo ven, siente “frustración” porque no es posible realizar un “seguimiento” a la recepción; información que le permitiría mejorar las estrategias comunicativas en los episodios: “La televisión igual para mí genera cierto nivel de frustración porque nunca le puedes hacer un seguimiento real a esas personas que de repente tomaron un dato y te toca soltarlo... el que lo entendió lo entendió porque se acabó la hora del programa” (Ana Lucía Acosta, directora y presentadora Red Vital, canal Teleantioquia, 2013).

Todos los programas tienen canales diversos para interactuar con los televidentes y poder así medir “cierto impacto”. El uso de las redes sociales es vital para mantener el contacto con la audiencia. Todos tienen *Facebook*, *Twitter* y correo electrónico. Todos responden

algunas de las dudas en salud a los televidentes, es, además, una especie de continuación del programas.

Como se puede deducir hasta ahora los productores entrevistados coinciden en la potencia educativa de la televisión para abordar temas relacionados con la salud, pero reconocen que no pareciera haber una fórmula única para que estos programas sean exitosos y, por lo tanto, sean de interés de los canales. Para los canales privados, mientras los programas con contenidos de salud cumplan con los criterios de alto rating y creación de marca y recordación pueden ser sostenibles. Para los públicos, es una obligación y responsabilidad, pero no cuentan con los recursos para hacerlos entretenidos. Pareciera que existe una paradoja: importancia del tema versus potencial televisivo (para el entretenimiento).

Una pregunta que surge es cómo se construye un producto televisivo. Muchos de los productores señalaron los retos éticos y técnicos que implica el tratamiento de temas de salud en los programas de televisión. El producto debe ser “consumible”, debe ser atractivo para el cliente-televidente. La televisión busca diseñar un producto que pueda ser consumido o que lleve al consumo de otro (y además ser entretenido). Pero hay paradojas, especialmente entre los productores que entienden la responsabilidad que conlleva el tratamiento de temas de salud en la televisión ¿Cómo hacer una producción responsable de un producto que sea y promueva el consumo? Para avanzar en la respuesta a esta pregunta es necesario comprender cómo los productores entienden la salud. Como ya se ha mencionado la comprensión amplia de la salud que incluye el bienestar y la estética es corriente entre los productores. En adelante se avanza más en detalle esta afirmación.

### **1.3. Razones de la permanencia del programa en el tiempo**

Los programas analizados se mantienen al aire por varias razones. En los canales privados nacionales prima el tema económico. Así el programa sea muy bueno desde la producción, la planeación y los contenidos, si este no logra posicionarse económicamente, sale del aire. Una forma de posicionarse es convirtiéndose en una marca, un referente para los televidentes. Los programas regionales públicos dependen de las voluntades políticas de los nuevos gobiernos.

Cada cambio de administración en las instituciones públicas financiadoras es un riesgo para la continuidad de los programas.

Muñoz, comunicadora de la Secretaría de Salud, señala que la continuidad del programa depende exclusivamente del Secretario de Salud de turno. Cada cambio de gobierno pone en riesgo la producción. Recuerda que ya le pasó con otro programa de televisión regional en el que participaba, que, con el cambio de gobierno, decidieron “acabarlo”: “yo estaba en el equipo de producción del programa que te mencioné, entonces ya llegó el nuevo gobierno y dijo “no me gusta este programa o simplemente no me parece estratégico con lo que yo voy hacer”, y listo, terminaron el programa. Eso de la continuidad sí es un poquito complicado porque cada gobierno que llega decide” (Laura Muñoz, comunicadora Secretaría de Salud de Medellín, 2014). Esta versión es respaldada completamente por Ana Lucía Acosta, directora y presentadora de Red Vital.

Hernández afirma que la sección de salud ha permanecido, y continuará por más tiempo, porque la información es basada en las evidencias científicas y eso le da credibilidad, no solo entre los televidentes, sino también entre sus colegas y la comunidad científica en general. La credibilidad se la ha venido ganando con el tiempo, enfatiza.

La continuidad de los programas de salud en los canales privados nacionales depende, principalmente, de los ingresos que genere. Esto lo confirma tanto el director de programación de entretenimiento del Canal Caracol y el Doctor S.O.S de la segunda temporada. La razón principal por la que se sacó del aire al Doctor S.O.S fue porque no pudieron competir con un programa de concurso emitido por la competencia: “...no hay que echarle la culpa solo a la producción del programa sino que el público prefería, por ejemplo, siempre el programa de la competencia. Siempre estábamos un puntico o medio puntico por debajo, ligeramente a veces llegábamos a igualarlo, y era un programa de entretenimiento puro de concurso” (Luis Felipe Mora, Doctor S.O.S segunda temporada, canal RCN, 2014).

Vélez, por su parte, manifiesta que el programa se ha logrado mantener por dos razones: porque va en la línea con el “nicho” del canal: personas de la tercera edad –en especial

mujeres– y porque él lo financia a través de la pauta, casi exclusiva, de su centro de fisioterapias Arthros. También aduce que cuenta con una audiencia “muy fiel” que lo ha acompañado durante muchos años.

Hasta aquí se presentaron los principales factores que inciden en la producción de programas en salud, indicando que básicamente los canales y productores reproducen tendencias en las agendas mundiales y atienden coyunturas. La demanda que señala Bonilla (2004) de contenidos en salud, parece estar reconocida por los productores pero no tienen, según ellos, herramientas para captar mejor dichas demandas. En cualquier caso, pareciera que se ciñen por la presunción de que a todos interesa el tema de salud y tal vez por ello lo abordan. Sin embargo, cuando se trata de hacer esfuerzos mayores de producción de contenidos más profundos o de mayor envergadura, con continuidad y con potencial educativo, reconocen las dificultades que esto implica y la paradoja que representa en términos de rating. ¿Cómo producir programas y contenidos en salud entretenidos y económicamente viables, al mismo tiempo que educativos?

## **2. LA PRODUCCIÓN DEL MENSAJE EN SALUD**

La producción del mensaje en salud tiene en su centro la noción que se tenga de este concepto y a quién va dirigido, con el fin de que este haga sentido, es decir, tenga la posibilidad de ser apropiado en el proceso de recepción. El equipo de producción es un equipo variado en cuanto a los profesionales: médicos, comunicadores sociales, periodistas, productores de televisión, camarógrafos, editores, principalmente, que lo componen. Cada uno de ellos tiene una noción de salud que entra en juego al momento de producir el mensaje, lo cual se conjuga con su imaginario sobre el público al cual dirigen el mensaje.

### **2.1. Noción de salud en los productores**

Para Vélez, Pulgarín y Velásquez la salud está ligada al “cuerpo” y a sus “enfermedades”. El cuerpo es como “una máquina” que, “mal tratada”, puede “dañarse”; ese daño son las enfermedades. En cambio, para las médicas Álvarez y Hernández la salud es un “equilibrio”, más que ausencia de enfermedad; el equilibrio se presenta entre lo “emocional”, lo “mental” y

lo “físico”. Para Hernández, este equilibrio es más una sensación o percepción individual que un dictamen médico:

Usted puede usar gafas pero se siente saludable y está totalmente integrado y ser funcional... Yo creo que es algo como muy individual. Tú le puedes preguntar a mi papá que tiene 75 años, que es diabético, cómo se siente y él responde: “Estoy saludable”. Entonces él sale, él camina, lo saluda todo el mundo en el pueblo, es decir, como puede haber alguien que esté perfecto y no se siente saludable ni integrado, entonces es una cosa dinámica, de equilibrio, en el que interviene una cantidad de factores (Fernanda Hernández, directora y presentadora de la sección de salud de Noticias Caracol, 2014).

El bienestar, a veces usado como sinónimo de equilibrio, también se utilizó para definir la salud. Asocian el bienestar con sentirse bien en términos biológicos, psicológicos o “mentales” y sociales. En este sentido, la salud tiene que ver con “todo”, pues “integra aspectos sociales, económicos, políticos, individuales, espirituales” (Ana Lucía Acosta, directora y presentadora Red vital, canal Teleantioquia, 2014). Y en palabras de Hernández: “A mí me parece que todo tiene que ver con salud: el conflicto tiene que ver con salud, la economía tiene que ver con la salud, la política tiene que ver con salud” (Fernanda Hernández, directora y presentadora de la sección de salud de Noticias Caracol, 2014).

Ahora bien, la mayoría reconoce que la noción personal de salud es “mucho más amplia” que la presentada en los programas, y que debido a factores como el “tiempo”, el “presupuesto” y “prioridades” de los directores de los programas, deben enfocarse específicamente en lo biológico: “... no entran la mayoría de elementos porque la salud no es considerado un tema prioritario para el noticiero, a no ser de que sea algo coyuntural. Siempre les están restando tiempo en el espacio del noticiero y recursos (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud Noticias Caracol, 2014).

La salud, entonces, a pesar de ser entendida como bienestar y equilibrio, queda reducida a la enfermedad cuando sale al aire. Lo anterior también se debe a que algunos productores parten de que si se tratara la salud desde esta noción amplia, los televidentes “no identificarían el programa” como un “programa de salud”. Se recurre a la enfermedad, pues, aprovechando la supuesta noción biologicista de los televidentes.

En este sentido, la enfermedad, como temática, según los productores, vende más que la salud, pues llama más la atención de la audiencia porque se presta para generar drama, emotividad. La enfermedad, vista así, tiene más potencial para vender productos y servicios en salud, pues la mayoría de los medicamentos y tratamientos que soportan financieramente estos programas tienen como fin curar y prevenir los padecimientos físicos y mentales (esta idea se ampliará en el último capítulo). Esto parece coincidir con lo hallado en el análisis del primer capítulo, en cuanto a que el drama, las alertas y las alarmas son estrategias privilegiadas para llamar la atención en la apertura de los episodios.

Aunque en las entrevistas con las televidentes (analizadas en el capítulo 3), ellas no mencionan que el tratamiento de los contenidos en salud, centrados en la enfermedad y activados por alertas y alarmas, sea el gancho que las impulsa a quedarse viendo un programa, sí es posible inferir que ellas esperan este tipo de contenidos en la televisión, es decir, ellas están acostumbradas a que en la televisión encuentran un tratamiento biomédico de la salud, el cual las moviliza, el cual es el efecto deseado por los productores. Es coherente entonces, que el mensaje en salud que se produzca esté concentrado en la enfermedad y trate temas de interés de las mujeres, en quienes los productores siempre están pensando como el *target* de sus mensajes en salud.

## **2.2. La mujeres “amas de casa” como target de los programa de salud**

Los programas televisivos en salud son dirigidos a las mujeres: “Las personas que manejan los medios aquí lo tienen clarísimo” (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud Noticias Caracol). Así mismo, productores y presentadores concuerdan que sus mensajes tienen como destino la mujer. Esta mujer tiene unas características especiales: permanece en el hogar, tiene personas a su cargo (hijos, esposos, madres...) y son mayores de edad. También tienen un nivel de escolaridad y un estrato socioeconómico bajo-medio, pues se asume que son las que menos posibilidades de acceso a la información especializada en salud poseen:

El enfoque de nosotros de las amas de casa es porque aquí se trabaja mucho con el tema de madres cabezas de familia y todo eso que lo manejamos en todas las cosas como en salud mental, en salud sexual; porque consideramos que son las que dan siempre el mensaje o van bajando el mensaje a la familia... aquí lo que se quiso fue enfocarse en la ama de casa, que es la

que va a dar el mensaje o va a dar cierto cuidado en la familia y en el hogar (Laura Muñoz, comunicadora de la Secretaría de Salud, Medellín Ciudad Saludable).

En este sentido, las mujeres, “amas de casa”, son consideradas como “agentes cuidadores” de salud (Lina Pulgarín, Directora Medellín Ciudad Saludable).

Jorge Vélez afirma que Georgy, el esqueleto que habla, cumple la “función de televidente”, una televidente bastante específica: mujer adulta mayor “con patologías musculoesqueléticas”. Georgy personifica, entonces, este tipo de televidente, la cual tiene muchas preguntas sobre su condición física:

...el esqueleto hace la función del televidente que quiere preguntar cosas que se le ocurran... entonces él habla desde la abuelita... si mi abuelita baja escalas, entonces por qué le duele la rodilla... y por qué le duele cuando sube... Venga yo le muestro... y le quito, y empieza a gritar [Georgy] ¡ay! ¡No, no, no! Entonces yo le muestro cómo flexiona el ángulo, y así lo hacemos... Entonces yo lo que hago es que le digo a Georgy: ¿qué has pensado de esa señora que está allá sentada y está tomando el chocolate, que sufre de hipertensión y diabetes? (Jorge Vélez, director y presentador Los Buenos Años).

Así las cosas, las mujeres no solo son aquellos “agentes” que se ocupan del bienestar familiar, sino también quienes más propensas están de padecer alguna enfermedad.

El horario de estos programas está programado para que aquellas mujeres los puedan ver. Las mañanas y las tardes son, dentro de la parrilla de programación de los canales, el espacio diseñado para ellas: “...en el target que nosotros tenemos, que son mujeres, por la mañana y al medio día, que son las personas que permanecen en el hogar. Las mujeres son las que sacan las citas para los niños, para su esposo, son las que toman las decisiones sobre la alimentación” (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud, Noticias Caracol). Así mismo afirma que cuando mira la cámara piensa que detrás de ella está su mamá o su abuela.

Ser ama de casa es un mandato de la sociedad moderna que implica asumir el rol de madre y esposa. Para ser mujer, esta debe casarse, tener hijos y cuidar de los otros (Vega Montiel, 2006). Tales elementos, afirma Lagarde, “se trazan como hechos incuestionables en cumplimiento de sus atributos sexuales, como eje social y cultural de su feminidad” (Lagarde, 1990 Citada en Vega Montiel, 2006, p.72).

Así, las fuentes de identidad de las amas de casa se determinan por medio de tres factores centrales: la reproducción, el espacio y el trabajo. La reproducción, relegada “al ámbito de la naturaleza y excluido de toda consideración pública”, lleva consigo las responsabilidades del cuidado de los otros y la nutrición. El espacio doméstico es el lugar donde se define y “se interioriza lo que es ser mujer, en términos de la división sexual del trabajo y de la construcción socio-histórica de género”. Y el trabajo, también en el ámbito doméstico, se define como inactividad “puesto que engloba el conjunto de actividades privadas, individuales y concretas... lo que les asigna el carácter de gratuito y obligatorio” (Vega Montiel, 2006, p. 69).

La relación mujer-salud ha sido histórica. A lo largo de la historia humana, a las mujeres se les ha asignado el cuidado de su grupo familiar por sus funciones de madre (Hernández Tezoquipa, Arenas Monreal, & Valde Santiago, 2001). Se les ha enseñado, como parte de sus roles sociales y asignación en la división sexual del trabajo, a velar por el bienestar familiar a partir de hacerse cargo de las tareas del hogar y del apoyo afectivo y material. En este sentido han sido consideradas brujas, curanderas, expertas comadronas o sanadoras, poseedoras de un saber ancestral, transmitido por vía matrilineal, con amplísimos conocimientos de medicina (Carosio, 2008).

Más allá del cuidado doméstico, a las mujeres se les ha encomendado la labor de cuidar enfermos y personas dependientes (Esteban, 2003) y ser las principales promotoras de la salud en la sociedad (Salazar Aguilar, 1996). En el marco de los sistemas de salud de la medicina moderna y tradicional, son consideradas el primer nivel de salud (Carosio, 2008). En esta línea, queda claro que la atención pública a la salud no podría sostenerse sin el sistema doméstico de salud encabezada por ellas (Menéndez, 1990). Finalmente, la participación de las mujeres en el conjunto de actividades diversas y ligadas a la salud-enfermedad-atención es predominante (Pagnamento, 2012).

Pero esta relación generalizada entre mujer y salud no refleja una realidad, sino que hace parte de un proceso de construcción social, es decir, un proceso naturalizador (A. Rincón, 2004) que se da a partir “de la articulación del sistema de género, sistema de parentesco y de edad, afectando más a las mujeres adultas, y apoyándose en una caracterización social



diferente de los trabajos realizados por hombres y mujeres y en una separación cultural de lo racional que queda ligado a los hombres, y lo emocional, asociado a las mujeres” (Comas d’Argemis, 1993, p. 20).

Ahora bien, en los últimos años esta naturalización de los cuidados femeninos se ha venido reforzando (Esteban, 2003), pero también se ha debatido desde la ética del cuidado. No es posible feminizar el *care*, el cuidado o la preocupación por los otros. De hecho, se ha demostrado que no existe una disposición psicológica diferencial de la mujer para tener una postura frente al cuidado particular, sino que esta postura reposa sobre una serie de experiencias y actividades que la sitúan en una relación con los otros basada en la preocupación por sus necesidades, por lo cual no es exclusiva de las mujeres ni de todas ellas (Molinier, Laugier, & Paperman, 2009).

Sin embargo, en nuestras sociedades y por los roles asignados a las mujeres, si hay una tendencia a que ellas sean las que se sitúen más frecuentemente en el lugar de la preocupación por los otros. Esta división social de las actividades e, incluso, de la disposición de las mujeres frente a la salud y frente al cuidado, son reproducidas por la televisión, como ya fue mostrado, tanto por el análisis textual de los programas como por las entrevistas con los productores y por la literatura consultada. La selección de los temas responde justamente a estos roles asignados a las mujeres.

### **2.3. Selección de los temas para los programas**

Entre la diversidad de temas que se abordan en cada uno de los episodios de los programas, hay unos que se repiten y son tratados desde diferentes ángulos. Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer (y sus diferentes tipos), la salud mental y la salud sexual y reproductiva son los más recurrentes según los productores.

En Medellín Ciudad Saludable, los temas relativos a la vacunación, la salud sexual y mental y las enfermedades cardiovasculares son reiterativos. Debido a su enfoque desde la salud pública, dice Muñoz, la vacunación es un tema central para prevenir enfermedades, por ello se promociona a partir de su “gratuidad”: “Yo pienso que en el que más se le hace énfasis

es en la vacunación. Aquí la gente no tiene un hábito de eso y por eso se desarrollan muchas enfermedades... en el programa y en las redes sociales de la Secretaría le decimos a las personas; vacúnate, vacúnate... porque aquí la gente no tiene esa costumbre y sabemos de lo importante que es para prevenir” (Laura Muñoz, comunicadora de la Secretaría de Salud de Medellín, 2014).

Además de la vacunación, Álvarez agrega que se tratan otros tópicos relacionados con las enfermedades cardiovasculares: “... la enfermedad cardiovascular la hablamos mucho porque es una enfermedad temible, es incontrolable. Hablamos mucho de diabetes y de hipertensión, siempre son los que se repiten continuamente, sobre todo por la población mayor” (Fanisabel Álvarez, presentadora-experta Medellín Ciudad Saludable, canal Telemédellín, 2014).

Pulgarín, por su parte, menciona que una temática que ha venido ganado protagonismo es la “educación sexual”. El número de adolescentes con hijos, según ella, ha venido aumentando, al punto de convertirse en un asunto de “salud pública”. Por este motivo, “es que cíclicamente estamos tratando ese tema desde diferentes puntos de vista” (Lina Pulgarín, directora de Medellín Ciudad Saludable, canal Telemédellín, 2014).

Mora y Acosta coinciden con Pulgarín en cuanto a que el tema de la “salud sexual” de los adolescentes es un tema vital y reiterativo. “Siempre hablábamos de embarazo en adolescentes y siempre era con el aval de un especialista” (Luis Felipe Mora, Doctor S.O.S segunda temporada, canal RCN, 2014). La franja educativa de Teleantioquia tuvo un programa durante 12 años llamado Más que piel, que posteriormente se convirtió en Red Vital, y trabajó la “sexualidad” desde “todos los ángulos”. Si bien Red Vital trató “muchos temas”, la sexualidad, como lo llama Acosta, fue un tópico recurrente.

Finalmente, Hernández y Mora concuerdan en que el cáncer, y sus diferentes tipos, se trataron con regularidad. El cáncer de pulmón, por ser producto en la mayoría de los casos causados por el tabaco, tuvo mayor peso que otros tipos de cánceres; esto por las campañas “a nivel mundial” que han venido advirtiendo sobre lo “mortal” del hábito de fumar.

El tema menos recurrente, o “menos taquillero” como lo llama Hernández, es el Sistema de Salud. Esta opinión la tienen los demás productores. Jorge Vélez, por ejemplo, afirma que no lo ha “tocado” y no lo “tocará” en su programa por las siguientes razones: “desconocimiento del tema”, “miedo a equivocarse en televisión” (por ser un tema tan complejo y sensible) y “temor” a las reacciones de los televidentes. La última es la que más le “preocupa” debido a que las personas tienen cierto resentimiento con el sistema, y no quiere generar malestar en sus interlocutores.

Así mismo, Mora afirma que ese tema “nunca se propuso” en el Doctor S.O.S, incluso expresa con sorpresa: “Vengo a caer ahorita en cuenta. Ni yo lo pensé”. El desconocimiento del sistema pudo haber sido la causa, reflexiona, por la que nunca se trató: la gente no sabe, es más uno no sabe, uno como médico no conoce el sistema en su totalidad, uno se vuelve una ficha dentro del sistema pero no sabe cómo verlo completamente.

Los programas que sí han tratado el sistema de salud como tema, declaran que lo han hecho con “muchas prevenciones”, además de salirse del objetivo principal del programa. Acosta, verbigracia, declara que ha tenido que renunciar al tema por “salirse de sus alcances”, pues el programa pasaría a convertirse en una especie de “consultorio jurídico”; sin embargo, menciona que lo ha “tocado por un ladito”: “... el programa se me volvería un consultorio jurídico... entonces yo he tenido que hacer la renuncia, de pasar por un ladito... cuando hablamos de cáncer de mama, entonces cómo las mujeres solo con tutela pueden hacer una reconstrucción mamaria... ahí lo tocamos... me siento un poco a veces un poco distante de ese tema, y no sé si es un error, pero a veces es como una renuncia que hago en términos del alcance realmente del programa” (Ana Lucía Acosta, directora y presentadora Red vital, canal Teleantioquia, 2014).

Hernández, por su parte, dice que “no es un tema dominante en el noticiero”, pero cuando es abordado, se “hace pero más como denuncia”. En este sentido, no es posible tratarlo en su sección de salud: “Yo pienso que mi espacio no es tanto de denuncia, porque es bastante complicado...”. El principal obstáculo para hablar del tema, agrega, además de “no puede tomar

partido”, es un asunto ético, pues no se sentiría bien denunciando a sus colegas por “responsabilidades” que no les compete:

... yo les he dicho acá muchas veces, porque yo llevo seis años y medio aquí, pero soy médica y sigo pensando como médica y me duelen los médicos, entonces no me pongan a hacer una denuncia de que los médicos no están atendiendo a los pacientes porque es que no es culpa de ellos... Está bien que haya un problema de atención, de calidad, y de otras cosas... pero que tenga muchos pacientes acostados en las camillas, entonces el médico qué hace, dónde lo va a acostar. No es responsabilidad del médico (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud Noticias Caracol, 2014).

Medellín Ciudad Saludable es el programa que más ha tratado el tema del sistema de salud, aunque no es recurrente. Cuando lo hacen, se preparan para recibir “todo tipo de quejas” por parte de los televidentes, o en palabras de la directora: “es un tema de coger con pinzas, porque uno sabe que la gente ese día va a llamar es a quejarse”. Una de las estrategias para romper con esta tendencia de “denuncias”, dice la directora, es “mostrarles” a los televidentes la otra cara del sistema, es decir, “mostrarles” a ellos todo el trabajo que se hace desde la Secretaría de Salud para mejorar los servicios de salud.

Otra estrategia, dice Muñoz, es abordarlo desde un ámbito más amplio, por ejemplo, hablar de la seguridad social. Igualmente, se “intenta” que durante el año “se aborde una semana completa [el tema] que es la semana de la seguridad social”. La última estrategia, continúa Muñoz, es invitar a los funcionarios de la Secretaría de Salud para que respondan las dudas y las denuncias de los televidentes, pues ellos son los directos responsables y sobre los que debe caer el peso de las denuncias:

¿Qué hacemos nosotros siempre que vamos hablar del tema de servicios de salud? Acudimos a los gerentes de los hospitales, en este caso a la doctora Castrillón que es Metro Salud, al Secretario, al Subsecretario de acceso a los servicios o al doctor Leopoldo... Yo les digo: jese chicharrón es de ustedes! Contesten las cosas porque obviamente no va ser positivo (Laura Muñoz, comunicadora de la Secretaría de Salud de Medellín, 2014).

A pesar de las dificultades que tienen los productores para hablar del sistema de salud en sus programas, todos concuerdan en que el tema es necesario para los televidentes, pues no existe un espacio televisivo que informe sobre cómo transitar por el sistema y reclamar los derechos en salud. Incluso se aventuran a decir que de existir un programa con este tipo de

contenidos, sería un “éxito”. No obstante, no serán ellos quienes emprendan dicha aventura, aseguran.

La directora y presentadora de Red Vital concluye que los canales públicos, por su carácter, deberían liderar y diseñar este tipo de contenidos para “alfabetizar” en el sistema de salud. De lo contrario, no se podría esperar mayores avances en el tema. En efecto, en los canales privados prefieren no tocar el tema excepto cuando se trata de una noticia y, como dice la Doctora Fernanda, se produce en tanto una denuncia. No se hace un proceso pedagógico alrededor del sistema de salud. En este sentido, se puede argumentar que los programas analizados para este trabajo, en términos de los temas que seleccionan, solo estarían aportando contenidos para una de las dimensiones de la formación ciudadana en salud: el conocimiento del estado de la salud, el manejo de las enfermedades y los comportamientos o estilos de vida pro-salud. La dimensión propiamente política del conocimiento de los derechos y deberes, de la institucionalidad detrás de estos, de las responsabilidades de los actores estatales y no estatales involucrados en dicha institucionalidad y las acciones políticas que los ciudadanos podrían activar para tener incidencia en el sistema de salud no se abordan.

Otras temáticas que tampoco se abordaron en los programas de salud fueron las concernientes a la medicina no biomédica, como la medicina alternativa o casera, por ejemplo. Los más reacios a tratar este tipo de contenidos fueron los expertos presentadores. De entrada afirmaron que, precisamente, los programas buscan, de alguna manera, “rebatir” este tipo de conocimientos y prácticas, muchas de ellas catalogadas incluso como peligrosas y mortales.

La principal crítica a este tipo de medicinas es que no están sustentadas bajo evidencias científicas. No están basadas en procesos rigurosos, metódicos y de verificación. Mora cuenta que hubo una vez terminó “agarrado” con un “especialista” que practicaba la medicina alternativa porque este invitaba a dejar los tratamientos de la “medicina formal” para tratar el cáncer: “Hubo un tema en el que llevamos a un especialista que hablaba de curar cáncer tomando jugo, lo cual yo no puedo decir que sirve o no sirve... lo que pasa es que yo no creo, no creo que un paciente puede abandonar su medicina formal y dedicarse a los jugos. Fue una sección súper debatida, yo terminé casi agarrado con el médico, yo dije que lo respetaba

mucho pero que no estaba de acuerdo...” (Luis Felipe Mora, Doctor S.O.S segunda temporada, canal RCN, 2014).

En esta línea está tanto Vélez como Hernández. Esta última, como ya se mencionó, fue más allá, pues no solo titula algunos de los episodios con el término “Mitos sobre...”, sino que escribió un libro cuyo objetivo es deslegitimar las prácticas en salud diferentes a la medicina biomédica.

Álvarez, aunque no tiene una postura tan radical como las anteriores, reconoce que en los 400 episodios que llevan desde que ella hace parte del programa, no ha habido uno de ellos destinado a otros tipos de medicina. No obstante, asegura que le gustaría “conocer” sobre “medicina alternativa” para tener una postura más clara.

Tanto la selección de los temas como su desarrollo están determinados por la profundidad y alcance posibles de lograr. Consideran los productores de manera consensuada que el tiempo para desarrollar los temas es insuficiente (punto que es reiterativo cuando ellos responden por la inclusión del sistema de salud y de los derechos y deberes de los ciudadanos como temas a tratar). En las secciones de los noticieros el espacio para hablar de salud es de un minuto y medio máximo, y deben estar “peleando” con el director del noticiero para que les dé más tiempo o, en su defecto, no se los quiten. En consecuencia, los contenidos pueden perder “seriedad”, es decir, el mensaje corre el riesgo de quedar incompleto: “Somos dos [el equipo de salud en el noticiero] y todo el tiempo estamos peleando los espacios [con la dirección del noticiero]. Que no, que esa nota duró 2:30 [segundos], que bájele [Les dice el director]. Entonces cómo se va hablar de algo serio en un minuto. Entonces necesitamos un poquito más de tiempo” (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud, Noticias Caracol, 2014).

En el magazine Medellín Ciudad Saludable, a pesar de ser de una hora, el tiempo es consumido, afirma Fanisabel, en la interacción con los televidentes, quienes “aprovechan para hacer consultas personales” que se pueden alejar del tema central. La directora señala que “los temas de la Secretaría de Salud tienden a ser los menos inconclusos” porque se repiten en el mes o en el año. Mientras otros temas, como los que hablan de “enfermedades”, solo se tratan

una vez y, difícilmente, se tratan en episodios posteriores. “Siempre quedan faltando cosas por decir”, concluye.

Y en Los Buenos Años, la complejidad de los temas, o mejor, de las enfermedades, son “casi imposible” tratarlas en un solo episodio. Por eso su estrategia es “hablar de una sola parte del cuerpo” y “mostrar todas las patología que pueden dar ahí”. Cada episodio habla de una “patología” y, “si no da el tiempo”, se retoma en el próximo episodio. También dice que como sus televidentes lo siguen “desde hace años”, “ya saben de qué habla”, así que puede retomar temas que se le quedaron por desarrollar en episodios anteriores.

El debate podría estar en la misma pregunta que se hace esta tesis: ¿aporta la televisión a la formación de ciudadanos? En este punto podría ser posible analizar la producción de los programas y los programas mismos desde dos perspectivas: la primera, recogiendo las afirmaciones que argumentan que la televisión tiene potencial educativo; la segunda, que la televisión produce entretenimiento o, mejor, ofrece productos de entretenimiento. Pareciera que la confluencia de estas dos perspectivas en la producción de un programa es bastante compleja. Para los canales privados prima la segunda y, cuando hay algunos visos de contenidos o secciones o programas con intención pedagógica, se hacen a partir de la voluntad de un vicepresidente como el de Televisa, o al interior de un noticiero que tiene la intención de informar. En los canales públicos parece prevalecer la primera, e intentan en lo posible con sus precarios recursos, integrar las estrategias del entretenimiento.

De modo que la producción de mensajes televisivos en salud que se ofrecen como secciones o programas en la parrilla de programación de los canales puede ser comprendida como un proceso en el cual la selección de las temáticas, los formatos y los estilos televisivos, los presentadores y personajes protagonistas, depende de la perspectiva dominante (que pareciera estar ligada a la propiedad del canal –público o privado–). Sin embargo, coinciden en temas y presentadores y se distancian en formatos y estilos.

Otro de los criterios que induce a la escogencia de los temas identificados y el tipo de tratamiento es la consideración por parte de los productores de que las televidentes movilizan

imaginarios y creencias no científicas, propias del saber popular. El conocimiento sobre salud que tienen los televidentes es considerado por los presentadores-expertos de los programas como mitos. Aunque sobre este tema se reflexiona en el capítulo 4, es justo decir en este punto que pareciera que en algunos casos, los productores están en una cruzada por desmontar y transformar creencias y conocimientos de las televidentes.

Las explicaciones sobre las causas de la enfermedad y las formas de nombrarla, los diagnósticos, los cuidados y los tratamientos hacen parte, afirman, de esas construcciones populares que las televidentes, a través de la tradición oral, han venido tejiendo con el tiempo. Y agregan que la legitimidad de estas formas de entender la salud-enfermedad se desvirtúa por “no tener sustento científico”.

Para Álvarez, uno de los criterios para proponer temas en los diferentes episodios es abordar los mitos, entendidos como “esa cosa que se cree” sobre las enfermedades pero “no es cierta”: “es importante tratar de abordar también el tema de los mitos, en muchas enfermedades y en muchos tratamientos, hay muchos mitos y muchas creencias; y de ahí surgen una cantidad de temas para el mismo programa. Entonces vea, el señor mencionó tal cosa y eso no es así, el otro dijo algo incluso que ni siquiera lo habíamos pensado... es como tratar de captar lo que la gente piensa de esos temas y es muy interesante lo que uno encuentra” (Fanisabel Álvarez, presentadora-experta Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014).

Vélez manifiesta que “los mitos sobre la salud” no solo se encuentran en los televidentes, sino también en los mismos médicos y periodistas que abordan el tema. Desde su programa trata de “desmitificar” esas creencias que pueden redundar en “verdaderas lesiones”:

“... uno escucha muchos mitos... más en la parte de salud y del ejercicio... Uno escucha que el ácido láctico duele cuando uno hace ejercicio... eso es un mito... eso no es verdad, pero la gente lo dice, los reporteros lo dicen... los médicos lo dicen... entonces cuando uno va y le pregunta a esos estudiantes de medicina sobre el ácido láctico, no saben... Entonces yo les digo: eso se creía hasta más o menos 1995, ya eso no se cree... revisen aquí... yo con el programa trato también como esas cosas, desmitificar...” (Jorge Vélez, director y presentador de Los Buenos Años, canal Teledid, 2014).



Acosta piensa que “los mitos” son más de “tipo moral”, sobre todo en el tema de educación sexual, tema que se aborda desde su programa. Desde su rol de comunicadora trata, al igual que Jorge Vélez, de desmitificar todas esas posturas que atentan contra el disfrute y control del cuerpo, en especial de la mujer. Por lo anterior, se “arriesga” a tratar temas como la “diversidad sexual” y “el respeto por las personas que padecen VIH”, temas cargados de “mitos moralistas” que producen “estigmatización”, “estereotipos” y “prejuicios”.

Finalmente, Hernández afirma que su reconocimiento y credibilidad entre los televidentes y la propia comunidad científica ha sido gracias a que la información transmitida en su sección está “siempre sustentada” en “investigaciones científicas”. Afirma que los mitos sobre salud pueden llegar hasta producir la muerte, y que los médicos no se refieren al tema por considerarlos “bobadas”. Durante años se ocupó del asunto y comenzó a escribir una sección llamada “Es cierto que...”, cuyo objetivo era, precisamente, desmitificar la medicina casera y popular. Toda esa información la fue recopilando hasta convertirla en un libro titulado *Doctora, ¿qué hago? Mitos y verdades sobre la salud*, publicado en el 2014 por la editorial Planeta. El texto fue publicitado en varios medios masivos incluyendo el noticiero para el que trabaja:

... hay tantas necesidades en salud y eso es un tema que a los médicos no nos enseñan y del cual los médicos no hablamos que porque les parece bobada. Y eso es lo que yo les decía, todavía se mueren niños porque les ponen petróleo para los piojos. Es que es una realidad la que viven en Bogotá y la que viven en otras partes. Entonces yo ya venía escribiendo porque tenía una sección que se llamaba “Es cierto que...”, entonces yo ya tenía bastante material porque había venido recogiendo toda esa información. Entonces terminé de hacerlo y ya me reuní con la editorial... El libro hace un poco lo que hago en el noticiero, hablar de esos mitos de las personas (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud Noticias Caracol, 2014).

El propósito de la producción de ofrecer contenidos en salud con fundamento científico o por lo menos apegado a lo técnico, se comprueba adicionalmente por las recurrencias identificadas entre los productores en la escogencia de sus fuentes, además de la tendencia a contar en sus equipos con profesionales de la salud que garantizaran en buena medida la producción desde conocimientos expertos.

## 2.4. Fuentes utilizadas en la producción de los contenidos en salud

Existe una variedad de fuentes que son utilizadas por productores y presentadores para construir sus mensajes de salud. Expertos de las diferentes especialidades del área biomédica, páginas Web especializadas, organismos nacionales e internacionales, literatura especializada (artículos científicos y libros) y prensa internacional fueron las más mencionados. La experiencia española en el tema de la salud en los medios es un referente que es consultado todo el tiempo por la mayoría de los presentadores expertos. Algunos de los criterios para seleccionar las fuentes son: legitimidad y reconocimiento de organismos y profesionales de la salud, uso del lenguaje coloquial, diversidad de temas y actualidad de la información.

La directora de Medellín Ciudad Saludable dice que Internet se ha convertido en su instrumento informativo más valioso. Debido a que ella no hace parte del campo de la salud, debe hacer un esfuerzo investigativo mayor para encontrar fuentes “de credibilidad”. “Todo el tiempo” está explorando sitios Web especializados para no “casarse” con los mismo pues, de ser así, “estaría copiando el estilo de esas páginas”, lo cual “no es conveniente” para la misión que tiene el programa. Sus criterios para clasificar las fuentes son: vocabulario legible, organismos reconocidos y diversidad temática, sobre todo relativas a las “enfermedades”.

A la forma cómo explican las afectaciones en la salud le da un valor mayor, “ya que ese es el reto que tenemos todos los días: informar en términos sencillos... saber que hay páginas de salud solo para niños. Hay por ejemplo una que es fantástica, y es para enseñarle a los niños así como nosotros intentamos enseñarles al adulto mayor. Desmenuzan todos esos términos médicos para que un niño tenga la capacidad de entender qué es una gastritis” (Lina Pulgarín, directora de Medellín Ciudad Saludable, canal Telemédellín, 2014). Y agrega que hay dos tipos de fuentes especializadas que son recurrentes en los episodios: la misma Secretaría de Salud de Medellín y los invitados expertos.

Álvarez, por su parte, señala que “todo el tiempo estoy leyendo artículos científicos”, pues es “necesario saber qué es lo último” para no entregar información “desactualizada” a los televidentes. También, “miro mucho” la página Web de la Organización Mundial de la Salud porque son la “autoridad máxima” en el tema de la salud: “Es una página obligatoria para saber

qué es lo último. Finalmente ellos tienen toda la información de lo que pasa en el mundo” (Fanisabel Álvarez, presentadora-experta Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014). En este sentido, sus criterios de elección de las fuentes son la actualidad la información y la legitimidad científica de los organismos.

En los Buenos Años, el conocimiento acumulado y la experiencia profesional son las principales fuentes de donde se nutren los temas desarrollados. Este conocimiento, afirma Vélez, proviene de “todos los años de estudio” que tuvo en el proceso de convertirse en fisioterapeuta. Así las cosas, los profesores, los compañeros de universidad, los textos especializados fueron sus principales fuentes. La experiencia profesional la cataloga como fuente debido a que todas esas interacciones con los pacientes se tradujeron en conocimiento; no obstante, no menciona el conocimiento de los pacientes como fuente.

Velásquez, a diferencia de los demás productores, asevera que, por estar en “el mundo del entretenimiento”, las fuentes “tienen” que venir de ahí mismo. Partiendo de esta mirada, son los modelos, los actores, presentadores, etcétera, de donde proviene la información. Son ellos quienes generan un “tendencia” entorno a la salud, entendida desde lo estético, que se traduce en consejos y experiencias personales de los “famosos” publicadas específicamente a través de las redes sociales. O en sus palabras:

Nosotros manejamos el mundo de la salud desde el entretenimiento... entonces, si en el mundo del entretenimiento vemos que hay una tendencia la tomamos.... ahora vemos personas en redes sociales que todo el tiempo es ejercicio, fitness, la nueva cultura de la alimentación, lo light... los mismos famosos son los que hacen que el tema se vuelva de interés para el mundo del entretenimiento... no quiere decir que sea de interés para toda la sociedad, pero en el mundo del entretenimiento que es el que nosotros promocionamos: la diversión, el entretenimiento, los personajes, el humor... son los mismos famosos que ponen ese tema (Juan Ignacio Velásquez Gallego, director de programas de entretenimiento, Canal Caracol, 2014).

Para Hernández, las fuentes utilizadas en su sección vienen de “varias alianzas” que se han venido consolidando, renovando o ampliando con el tiempo. Dos de ellas, muy estratégicas, son la CBS (Columbia Broadcasting System, cadena de televisión comercial de Estados Unidos) y CNN (Cable News Network, también de Estados Unidos). También revisa regularmente la prensa española, en sus formatos virtuales, como El Mundo, El País y el ABC debido a “que uno sabe que tienen grupos editoriales fuertes, que revisan, que tienen acceso a

los *Journals* originales”. La “comunidad científica” colombiana es otra fuente de información importante para construir los contenidos en salud. Médicos, especialistas, científicos y funcionarios hacen parte del abanico. Toda la información que obtiene de las fuentes son contrastadas y validadas con otras, ya que es necesario, aclara, conocer la mayor cantidad de versiones posibles para que la calidad de la información sea mejor.

Según Emilio de Benito, periodista especializado en salud de El País de España, hay varias fuentes de salud que distingue entre dos áreas: sanidad y salud. Por sanidad entiende todas aquellas noticias relacionadas con las políticas sanitarias (sistema de salud, salud pública, entre otras), y en salud va todo aquello relacionado con la ciencia biomédica. Las fuentes de sanidad son instituciones estatales relacionadas con la salud, sindicatos, sociedades profesionales, asociaciones de pacientes (o pacientes individualmente) y partidos políticos. Las fuentes en salud son: instituciones estatales y privadas relacionadas con la salud, sociedades científicas, asociaciones de pacientes (o pacientes individualmente), medios de comunicación especializados (sobre todo los medios escritos), laboratorios, ONGs y organismos internacionales (2015).

Como se ve, muchas de estas fuentes son utilizadas por los productores y presentadores para construir los mensajes de salud; sin embargo hay otras que no aparecen: los pacientes, ya sea en asociaciones o no.

## **2.5. Estrategias comunicativas**

El proceso de construcción de la información en salud es complejo. Los productores y presentadores de los programas de la muestra coinciden en que hay un esfuerzo ingente por encontrar unas estrategias comunicativas que permitan la comprensión de los mensajes y se cumplan, así, los objetivos propuestos. 1. El uso de un lenguaje que medie entre el lenguaje biomédico y el de los televidentes, 2. Los apoyos audiovisuales y pedagógicos son las estrategias más utilizadas y 3. La creación de secciones.

Para Hernández, los mensajes de salud deben ser claros y precisos. Ambas características las asocia al uso de un lenguaje cercano a los televidentes. En un primer

momento advierte que una consideración respecto al lenguaje es “no dar por hecho” que los televidentes conocen ciertos términos médicos, pues aunque pueden ser muy obvios para quienes hacen parte del gremio, la mayoría de personas los desconocen. Y en un segundo momento, en el proceso de construcción del mensaje, busca términos y expresiones que no distraigan al interlocutor de la idea principal. En cada episodio intenta destacar un comportamiento, un hábito saludable:

Siempre quedan tantas cosas por decir que le toca a uno entrar a seleccionar... Es que usted no dijo que eran endoscopias bebidas digestivas altas. No, porque mientras yo digo endoscopias bebidas digestivas altas me estoy comiendo tres segundos más y ya la persona que me estaba viendo se perdió... se perdió y se quedó pensando en digestivas altas y se le olvidó, y no puso cuidado qué fue lo siguiente que yo dije. Entonces digamos que yo aquí he tenido como que escoger el mensaje, las palabras (Fernanda Hernández, presentadora-directora de la sección de salud, Noticias Caracol, 2014).

Recuerda que cuando comenzó a trabajar en el noticiero, los productores le sugirieron que la mejor forma de hacerse entender era pensar en la mamá o en la abuela como las receptoras del mensaje. Al dirigirse a ellas, y ponerse en sus zapatos, la información se entendería mejor: “cuando vea la cámara, le está hablando a su mamá o a su abuelita”, le decían. A partir de ese instante, empezó a trabajar en su lenguaje y a realizarle las mismas observaciones a los expertos que participan del programa: “Entonces yo les digo: bueno doctor, vamos a repetirlo porque mi abuelita no le está entendiendo. Entonces va a decir que los mocos son más espesos. No importa, no se preocupe que así le van a entender mejor... Entonces que la rinorrea, que el cuadro persistente... No, no, no. No nos estamos entendiendo. Y las pruebas cutáneas... No, tampoco nos entendieron” (Fernanda Hernández, presentadora-directora de la sección de salud, Noticias Caracol, 2014).

Igualmente, la directora del magazine de Telemedellín afirma que antes de que el programa salga al aire, realiza un diálogo previo con los expertos para indicarles la necesidad de usar un lenguaje “lo más sencillo posible”, pues sus interlocutores son personas cuyo conocimiento de la jerga biomédica es mínimo, y en ocasiones nulo: “Incluso con los especialistas lo planificamos, o sea, usted maneja muchas terminologías médicas, pero tratemos de hacerlo lo más sencillo posible, como se dice coloquialmente, lo más coquito, para que esas personas que nos llaman... nos entiendan. Entonces creo, que esa forma del

vocabulario que manejamos, por el tipo de gente que nos ve, también funciona muy bien, y es algo que maneja un plus para el programa” (Lina Pulgarín, directora de Medellín Ciudad Saludable, Telemedellín, 2014).

Agrega que uno de los criterios para la elección de la presentadora experta en la segunda temporada del programa fue que tuviera un uso coloquial del lenguaje. Este criterio lo cumplió Álvarez ampliamente debido a su experiencia con el trabajo comunitario. La relación previa a su vinculación en Medellín Ciudad Saludable estuvo marcada por la intervención, a través del diálogo, con familias y ciertos grupos barriales. En consecuencia, sus habilidades comunicativas, según ella, aumentaron y facilitaron su rol como presentadora televisiva: “Yo no soy como la más técnica para hablar. Yo he trabajado mucho en la parte de prevención, en los programas de prevención cuando hice medicina familiar, entonces a mí me gusta mucho explicar, conversar; y en el centro de investigación, prácticamente esos cinco años, parte de mi trabajo grande era eso, ir a universidades, ir a barrios, ir a veredas, ir a grupos de la tercera edad... Eso me facilitó las cosas en el programa” (Fanisabel, presentadora Medellín Ciudad Saludable, Telemedellín, 2014).

Mora, Doctor S.O.S, también afirma que el “éxito” para ser elegido como presentador del programa radicó en el manejo del lenguaje. Desde su experiencia, ha tenido presente que “ponerse en los zapatos del paciente”, desde su lenguaje, es la clave para una buena consulta médica, pues hacerse entender es determinante:

Parte del éxito mío, y lo digo muy modestamente, en mi consulta me pongo siempre en los zapatos del paciente y siempre trato de que ellos tengan claro en que se resuelva la inquietud por la cual fueron a mi consultorio. Siempre, al final de la consulta, les pregunto si tienen alguna duda; y eso fue lo que traté de hacer en el programa: ponerme en los zapatos de las personas y que lo que yo hablara estuviera en un lenguaje que la gente lo pudiera entender (Luis Felipe Mora, Doctor S.O.S segunda temporada, canal RCN, 2014).

Vélez, por el contrario, reconoce la dificultad que tiene para expresarse de una forma más coloquial. Dice que “no se puede cambiar los nombres de la anatomía”, pues “las cosas son como son”. Para compensar, se apoya en una serie de ayudas pedagógicas como el uso de materiales didácticos, ejemplificaciones, dibujos, la creación de personajes como George, el esqueleto que habla, y de Alberto, la columna vertebral con el mismo poder, entre otras: “Yo

soy muy clínico, muy técnico, muy de términos muy raros... Hay cosas que no se pueden cambiar como los nombres... Entonces yo digo: venga para acá George, venga le muestro... aquí está el menisco, mire que se hunde o es un disco intervertebral... Entonces yo llevo unos palitos, con unas cositas, y se las meto a Alberto, y muestro como es el disco...” (Jorge Vélez, presentador y director de Los Buenos Años, canal Televid, 2014).

En esta línea, todos los productores expresaron la dificultad de encontrar las imágenes “apropiadas” para hablar de los diferentes temas salud, máxime en un medio que exige tanto en términos visuales como la televisión. Debido a que la salud es un tema tan sensible visualmente y que gran parte de los enfoques apelan a la enfermedad y a los cuerpos enfermos, los productores tienen varias estrategias para no causar un impacto adverso (emociones de terror, asco o fastidio, por ejemplo) en sus televidentes.

Como estrategias, los productores optan por acudir a imágenes con las siguientes características: primeros planos de objetos (tubos de ensayo, manos con guantes quirúrgicos, aparatos médicos) y partes del cuerpo; imágenes “genéricas”, como personas caminando, hospitales y lugares públicos; “gráficos” que representen la realidad como dibujos, esquemas, materiales pedagógicos usados por docentes para formar a los estudiantes; fotografías con efectos de difuminación; textos, muchos de ellos sobre las fotografías difuminadas; e imágenes de apoyo internacionales.

Tienen especial cuidado con no mostrar las “caras” de las personas que decidieron apoyar con sus experiencias los temas de salud. Entienden que los efectos para aquellas por el solo hecho de aparecer en televisión pueden ser “dañinos”, razón por la cual las protegen. Hernández, por ejemplo, tiene su propio archivo de imágenes que no puede ser utilizado en otros programas del canal.

De igual modo lo plantea Castellanos quien afirma que “lo más difícil” de tratar la salud en televisión es “convertir la información en imágenes”: “... porque el de la radio habla y ya, el del periódico escribe y listo, pero en televisión tú tienen que utilizar un recurso visual que muchas veces no está disponible. Si tú vas hablar de Sida, ¿qué imágenes utilizas?, entonces el

recurso visual es lo más complicado para mí” (Katriz Castellanos, periodista encargada de la sección de salud del Noticiero RCN, 2016). Para resolver este obstáculo, Castellanos usa imágenes que les comparte las agencias internacionales con las que tiene convenio el noticiero. De allí toma “rostros”, lugares y objetos para construir la nota. Algunos laboratorios le comparten, también, material audiovisual (como infográficos y animaciones) en el que se explican algunos funcionamientos del cuerpo humano y cómo afectan ciertas enfermedades al organismo. Castellanos afirma que estas imágenes deben ser “sugestivas” porque “no se puede hablar directo” cuando se tocan temas tan sensibles como la enfermedad.

Por otra parte, la directora de Medellín Ciudad Saludable señala que otra estrategia utilizada para hacer más comprensibles los mensajes de salud a los televidentes es la creación de diferentes secciones en el programa. Algunas de ellas tienen como propósito reconocer “experiencias exitosas” relativas al mantenimiento o mejoramiento de la salud por parte de los habitantes de la ciudad. Así las cosas, son estas personas, que no hacen parte del ámbito biomédico, quienes transmiten la información a los televidentes.

La credibilidad del mensaje es una de las características que más preocupa a productores y presentadores. La credibilidad es un factor muy importante en los programas televisivos de salud. Todos los productores y presentadores coinciden en que sin credibilidad no hay programa, razón por la cual realizan grandes esfuerzos en dar veracidad en lo que se dice. Los televidentes deben “creer” para generar los cambios en salud que se proponen.

Las estrategias para generar credibilidad en los mensajes en salud utilizadas por los productores y presentadores son: 1. La información está basada en evidencia científica, 2. Los invitados deben tener una experticia y un reconocimiento en el tema, 3. Debe haber una coherencia entre la noción de salud del programa y sus pautantes, y 4. “el traje hace al monje”, los expertos deben vestir prendas que los identifiquen como tales.

Hernández tiene claro que la credibilidad que ella genera, además de hacer parte de un proceso de años, está directamente relacionada con la forma de abordar los temas de salud. La información está basada “siempre” en “evidencia científica”: “Ustedes jamás me verán diciendo



exprima limón con azúcar y échelo garbanzos y luego salga al sol y quítese las cascaritas”, afirma.

La credibilidad ha sido tanto con los televidentes, como de la comunidad científica y los mismos presentadores de los demás programas de salud. Todos los productores y presentadores indagados reconocieron la “seriedad y rigurosidad” con que es tratada la salud en la sección de la “Doctora Fernanda”. Uno de ellos afirmaba: “Me gusta lo que hace Caracol con la médica, que lo hace claro, habla muy bien, es pausada... además es muy agradable verla... genera credibilidad, da confianza... es muy activa (Jorge Vélez, director y presentador Los Buenos Años, canal Televid, 2014).

La directora y la presentadora de Medellín Ciudad Saludable están de acuerdo que la credibilidad se gana a través de los invitados que participan en los episodios. La calidad de expertos y especialistas le da al programa “peso”, credibilidad entre los televidentes: “Pues el hecho de traer personajes de peso y especialistas reconocidos, porque los pacientes a veces llaman y dicen, ese doctor me trató hace seis años y fue el único que me curó esa alergia que tenía en la piel, y empiezan a llamar a felicitarlo... Y en el caso de la doctora [se refiere a Fanisabel] digamos, en este momento no tiene una especialización, pero ella trabaja en un laboratorio investigativo” (Lina Pulgarín, directora Medellín Ciudad Saludable, canal Telemédellín, 2014). Agrega Álvarez que otra estrategia para generar confianza sobre lo que se dice es acudir a organizaciones de salud reconocidas en el ámbito nacional e internacional: “todo debe estar avalado por datos oficiales” (Fanisabel, presentadora Medellín Ciudad Saludable, Telemédellín, 2014).

Acosta, por su parte, afirma que la credibilidad también se gana cuando hay una coherencia entre el programa y sus pautantes, financiadores. Los últimos deben estar en sintonía con la noción de salud del programa:

... ¿qué ganaría un programa en la franja de educación que hable de salud, si empieza a promover artículos de farmacéuticas? Es decir, el tema de vender, de ser un programa que pueda venderse en términos de pauta, es un asunto de mucha inteligencia, para que el mismo programa no pierda credibilidad... ¿Cómo voy a poner a Ana Lucía a mandar una nota patrocinada con un tema específico de algún producto de una clínica?... entonces el programa lo

ve mucha gente y que bueno que se venda... pero después a Ana no le van a creer si vieron la clínica estética, y Ana está hablando todo el tiempo de que qué importante que las mujeres también deben aceptarse tal y como son... (Ana Lucía Acosta, directora y presentadora Red Vital, canal Teleantioquia, 2013).

Finalmente, la credibilidad también se construye a partir de la indumentaria que usan los presentadores-expertos y los invitados. En todos los casos en los que un profesional de la salud hace las veces de presentador, tuvieron que llevar puesta su bata blanca: es una exigencia de los productores. La bata blanca, dicen los productores, permite identificar a los expertos de los que no lo son y produce una sensación de veracidad en los discursos. Sin embargo, afirma una de las presentadoras, esta prenda puede tener también otro efecto en algunos de los televidentes: miedo: "... yo utilizo la bata para que me identifiquen como médica. Para mí la bata a veces podría ser hasta una barrera, pues la bata a los niños les genera miedo" (Fanisabel, presentadora-experta Medellín Ciudad Saludable, canal Telemédellín, 2014). De todos modos, lo que sí es claro para todos los productores y presentadores es que, en televisión, como lo expresó el Doctor S.O.S de la segunda temporada, "el traje hace el monje".

En el primer capítulo, mediante el análisis de los mensajes en salud, fueron identificadas cinco estrategias para legitimar o garantizar su credibilidad: 1. Participación de expertos en el área de la salud, 2. Uso del lenguaje médico para desarrollar los temas, 3. Uso de fuentes científicas para validar la información que se presenta, 4. Uso de imágenes y espacios relacionados con la medicina y la ciencia y 5. Contrastación del conocimiento médico con el conocimiento popular. Estas estrategias son coherentes con las que plantean los productores y su intencionalidad de ofrecer contenidos que transformen los "mitos" populares acerca de la salud y su cuidado.

\*\*\*

El enfoque etnográfico seguido en esta tesis exige el acercamiento al mundo sociocultural de los productores, como parte esencial para entender su actuación en el proceso comunicativo. Por ello, en este capítulo lo que sigue hace referencia a sus experiencias y trayectorias, con el fin de entender, 1. por qué terminan trabajando en este tipo de programas y 2. cuáles son sus intencionalidades. Este análisis de tipo etnográfico, permite establecer las

tensiones y paradojas que ellos y ellas enfrentan, entre su ética, sus posturas políticas, sus vivencias y las exigencias que el canal y la misma dinámica de la televisión les imponen.

### **3. EXPERIENCIAS E INTENCIONALIDADES DE LOS PRODUCTORES**

#### **3.1. Experiencias de los productores en el origen de su interés en los temas de salud**

Si bien los presentadores del área de la salud llegaron por “azar” a los diferentes programas de televisión en los que ahora trabajan, la mayoría tiene algo en común: un gusto por la salud pública o trabajar con las comunidades. Este interés logró, en buena medida, que el camino para vincularse con los medios fuera más claro. Mora, Hernández y Álvarez declaran un interés ya consolidado por elegir la “parte más social de la medicina”.

Al respecto dice Álvarez: “he trabajado en el sector público más o menos cinco años... luego pase a medicina familiar, hice incluso diplomados en medicina familiar... siempre me ha gustado trabajar con las familias y las comunidades” (Fanisabel Álvarez, presentadora-experta Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014). Álvarez es médica general de la Universidad de Antioquia, ha trabajado en varias EPS de Medellín y se especializó en medicina estética, enfocada en lo facial. Su esposo, un médico especialista en cirugía estética, la motivó a seguir por ese camino.

Mora, otorrinolaringólogo enfocado en cirugía de cara, expresó igualmente que su objetivo como médico ha sido y es, ahora con mayor fuerza, “servirle a la gente”: “... en términos de profesión, hoy en día mi objetivo como médico es el que tenía cuando terminé mi carrera, hoy mi objetivo es servirle a la gente... y la plata y la fama van por añadidura, porque lo tengo clarísimo y lo he comprobado” (Luis Felipe Mora, Doctor S.O.S segunda temporada, canal RCN, 2014).

Hernández, graduada de la Universidad Militar Nueva Granada en Bogotá y con dos maestrías (en epidemiología y en salud pública), manifiesta que su interés por la salud pública inició desde sus “épocas como estudiante”. Ella ha visto en la comunicación un instrumento esencial en su accionar como médica. Resalta que la comunicación “sirve para todo” en el

ámbito biomédico, pues a partir de esta se puede mejorar la adherencia de los pacientes a los tratamientos y tener mayor éxito en los procesos de salud-enfermedad. Trabajar en televisión le ha permitido tener una mayor conciencia de la importancia de la comunicación:

... aquí me he dado cuenta que la comunicación sirve para todo, y no solo para la salud, absolutamente para todo. Yo he aprendido mucho de comunicación pero también he aprendido mucho sobre medicina, y me he dado cuenta mucho por qué los pacientes no se adhieren a los tratamientos, por qué la gente no vuelve a la consulta, y es precisamente porque falta ese tiempo de dedicarle a dialogar, a explicar mejor (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud Noticias Caracol, 2014).

Vélez y Acosta, en cambio, asumen su preocupación por el tema de la salud más como “unas búsquedas” y unos intereses personales que luego pasaron a su preocupación por la salud pública. Para el presentador de Los Buenos Años, fisioterapeuta de profesión, su “gusto” por comprender el “movimiento” del cuerpo humano desde la matemática, lo motivaron a buscar en la educación física su “nicho” de trabajo: “... yo entré a estudiar educación física... Y dije: yo soy del deporte, me gusta el movimiento, y estudié para el movimiento... Ya después me interesé por ayudarle a las personas a mejorar sus movimientos corporales, las posturas y tratar las enfermedades músculo-esqueléticas” (Jorge Vélez, director y presentador de Los Buenos Años, canal Televid, 2014).

Para la presentadora de Red Vital, el interés por la salud provino más por “unas reflexiones interiores” que intentaban buscar una “armonía entre mente y cuerpo”. Dicha armonía iba más allá de las respuestas que da la medicina biomédica, así que decidió explorar también en la “medicina alternativa” que “atendiera no solamente los síntomas, si no las causas de la enfermedad”. Por lo anterior, ha tratado de darle otros enfoques a las formas como se aborda la salud “sin caer en reduccionismos simplistas, moralidades, ser moralista”. Ella es comunicadora social y periodista de la Universidad de Antioquia y realizó una maestría en derechos humanos y otra en comunicación y programación radiofónica de la Radio Nacional de España. Fue docente de cátedra de algunas universidades privadas de Medellín y “cuando niña quería ser médica”. En vista de que se decidió mejor por la comunicación social, complementó ese “deseo” de estudiar medicina vinculándose a programas de salud.

Por último, Castellanos narró cómo su interés por la salud se debió a la experiencia que ha tenido con su hijo que sufre de “parálisis cerebral”. Esta enfermedad la ha obligado conocer sobre temas de salud y, sobre todo, sobre el funcionamiento del sistema de salud: “Tuve que pelear mucho con el sistema de salud para que atendieran a mi hijo”, afirma Castellanos. Toda esta situación la motivó a solicitar al jefe del noticiero la dirección de las notas de salud: “Yo pedí que me dieran las noticias de salud porque desde ahí podía ayudar a más personas con problemas parecidos a los que yo sufrí” (Katríz Castellanos, periodista encargada de la sección de salud del Noticiero RCN, 2016).

### **3.2. Los productores y su relación con la televisión y con los programas de salud**

Ni productores, ni presentadores, ni profesionales de la salud tenían en sus planes trabajar en un programa de salud. Llegaron allí por “azar”, porque la “vida” les mostró esa “posibilidad” y decidieron “aceptar el reto”: “Fue una oportunidad muy grande que me ha dado la vida, yo me la disfruté mucho porque siento que era la forma de llegarle a muchas personas que no tienen acceso en este país a hacer una pregunta sencilla a un médico” (Luis Felipe Mora, Doctor S.O.S segunda temporada, canal RCN, 2014).

Incluso, los presentadores del área de la salud tenían “muy poca” o ninguna relación con el medio: “Yo no veo televisión. No tengo tiempo”, afirman unos. Los otros tenían una percepción negativa de este tipo de programas, puesto que eran considerados “imprecisos” y “sensacionalistas”.

No obstante, una vez en el medio el concepto cambian radicalmente y reconocen el potencial que tiene la televisión para llevar mensajes de salud, inclusive, los mensajes pueden hasta “salvar vidas”: “Ahora soy una convencida de que [la televisión] es una herramienta para crear hábitos sanos... yo le digo a la gente, se pueden salvar vidas a través de la televisión, ustedes no se dan cuenta (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud Noticias Caracol, 2014).

Así mismo, los productores mencionan que no tenían ni la intención ni una experiencia previa para producir este tipo de programas: “De salud como tal, no, yo ya llevo siete años en

Teledellín en diferentes proyectos de muchos temas, me ofrecieron el reto y pues yo lo asumí, y creo que nos ha funcionado bien (Lina Pulgarín, directora de Medellín Ciudad Saludable, canal Teledellín, 2014). También afirman que no les pidieron, en el proceso de selección del equipo de producción, conocimientos sobre salud. “Es que hacer un programa de salud es como hacer otro tipo de programas... Sí, es importante saber del tema, pero si no uno igual va aprendiendo en el camino” (Ana Lucía Acosta, directora y presentadora Red vital, canal Teleantioquia, 2014).

### **3.3. Lo que pretenden los productores con los programas de salud**

Sus objetivos, según los productores, oscilan entre informar y educar a los televidentes en temas de salud. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son los fines más mencionados a pesar de que en el análisis de los programas los temas relacionados con la enfermedad y su prevención fueron los más abordados. La promoción de la salud, a través de la promoción de hábitos y estilos de vida saludable fueron los más mencionados, aunque, como se afirmó en el primer capítulo, estas temáticas son las menos tratadas y desarrolladas.

Sobre el alcance del programa, los productores piensan que sus contenidos sí pueden generar cambios importantes de salud en los televidentes. Reconocen el potencial de la televisión para impactar en la promoción de prácticas saludables.

Hernández dice que el objetivo central de su sección es educar en salud. Entiende que la televisión tiene la función de informar, entretener y educar, pero es la educación donde más acento hace: “Siempre el objetivo es educar, llevar información práctica, útil para la gente”. Cree que esta información, a la que llama “útil”, puede transformar prácticas en pro de la salud: “soy una convencida de que es una herramienta para crear hábitos sanos”. Y va más allá, pues asegura que la información de salud tiene el poder, incluso, de “salvar vidas”: “... se pueden salvar vidas a través de la televisión. Ustedes no se dan cuenta... en un país como este, en donde todavía le ponen insecticidas a los niños en la cabeza para matar los piojos... en una nota tan simple como esa, usted puede estar salvando niños, ustedes pueden educar, ustedes

pueden generar hábitos sanos...” (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud, Noticias Caracol, 2014).

Al respecto, narra cómo en una conferencia dirigida a sus colegas médicos, muchos de ellos con un concepto negativo de la televisión como vehículo para hablar de salud, les planteaba que su sección tiene “más posibilidades” de generar cambios de hábitos saludables, puesto que sus mensajes llegan a más personas: “Entonces yo les digo: con el perdón de todos pero yo soy la médica que más paciente ve en este país. Y no es lo mismo hablarle a 40 personas en un consultorio al día que hablarle a 5 millones. Tengo más probabilidades que al menos a uno le llegue el mensaje” (Fernanda Fernández, presentadora sección de salud Noticias Caracol, 2014). No obstante, recuerda que el enfoque de la sección está orientada a la enfermedad y su prevención y menos a promover hábitos saludables: “Estamos más enfocados a la enfermedad más que en la educación en hábitos saludables”.

Pulgarín, directora del programa de Medellín Ciudad Saludable, dice que su propósito es informar sobre salud a personas que no pueden acceder a información especializada porque no tienen los recursos, sobre todo económicos, para hacerlo: “Nosotros lo que queremos es darle a conocer a la gente cosas que para digamos, uno que está en un medio académico, que tuvo la oportunidad de ir a la universidad, de compartir con mucha gente, se mantiene al tanto; hay personas que están en sus hogares, que son de estratos como más bajos, que no se han interesado por eso, y de repente están en sus casas” (Lina Pulgarín, directora del programa de Medellín Ciudad Saludable, Telemédellín, 2014). El programa busca, entonces, “generar inquietud” en los televidentes sobre temas de salud para que ellos lo apliquen en sus vidas. Así las cosas, el alcance del programa apunta a modificar prácticas que, desde la mirada biomédica, afectan la salud.

Álvarez, médica-presentadora del programa, piensa que lo que se busca “es generar conductas, llegar a impactar y generar conductas de prevención, de auto cuidado”. Para ella, el autocuidado sería el objetivo más importante, pues la responsabilidad sobre la salud recae, más que en las instituciones del Estado ocupadas del tema, en las personas. Son ellas quienes deciden qué tipo de salud quieren tener, tanto en el presente como en el futuro: “... [A través

del programa] comentarle a la gente que la salud no es solamente de las instituciones, que depende de un porcentaje altísimo de cada uno, que hay unas conductas saludables que te pueden cambiar la vida, que nunca es tarde para empezarlas, que todo lo que tú haces en tu día a día, de allí depende como va a ser tu vida en adelante” (Fanisabel Álvarez, médica-presentadora del programa Medellín Ciudad Saludable, Telemedellín, 2014). Añade que el otro gran objetivo es mostrarles a los televidentes “opciones de salud” para que asuman hábitos saludables. Recalca que esas opciones están ancladas a los programas que se ofrecen desde la Secretaría de salud.

Esta misma línea la comparte la comunicadora de la Secretaría de Salud, quien hace parte del equipo de producción del programa. Afirma ella que el objetivo “siempre ha sido” prevenir la enfermedad y promover la salud a través de un abanico amplio propuestas promovidas por la Secretaría de Salud. Hace también un énfasis fuerte en recalcar en los televidentes su compromiso con la propia salud, por eso promueven el concepto de “autocuidado”, como un llamado a no responsabilizar solo a las instituciones estatales, como la propia Secretaría, de las afectaciones en la salud: “siempre tenemos que tener un autocuidado y una auto responsabilidad para no tener que llegar a la enfermedad, para nosotros es muy importante hablar de esto en el programa” (Laura Muñoz, comunicadora de la Secretaría de Salud de Medellín).

Reconoce que Medellín Ciudad Saludable es un “complemento” de las diferentes estrategias que tiene la Secretaría para mantener o mejorar las condiciones de salud “de los ciudadanos”. También, el programa busca llenar un vacío que tienen estos con respecto a las dificultades que hay en la ciudad, relacionadas al acceso a los servicios de salud. Como el sistema no brinda la información suficiente a los ciudadanos, a través de los profesionales de la salud, el programa le ofrece un espacio al aire para que ellos realicen consultas con los profesionales que asisten al programa: “Entonces [los ciudadanos] no tienen el tiempo o el acceso, o tienen y dicen que el médico no les explica bien, si no es por la alta demanda en los hospitales... Les gusta mucho el programa sobre todo por el tema de consulta, porque se



sienten atendidos, sienten que sí les están parando bolas” (Laura Muñoz, comunicadora de la Secretaría de Salud de Medellín).

Luis Felipe Mora, médico presentador del programa Doctor S.O.S, también afirma que su programa quiso brindarle información clara a los televidentes para que pudieran comprender mejor las enfermedades. Debido a que la información en salud puede llegar a ser privilegiada – pocos tienen acceso a información de calidad– y que en la relación médico-paciente, en el marco del sistema de salud, los pacientes no obtienen toda la información sobre sus patologías –ya que los médicos en ocasiones no “explican” todo en contexto de lo que está pasando en sus cuerpos– el Doctor S.O.S logra ampliar y llenar tales vacíos: “[El objetivo del programa] era llegarle a las personas que no tienen acceso todos los días a temas tan sencillos como la salud. Uno a veces va donde el médico y el médico te dicta tres o cuatro exámenes que tenés que hacerte; te da tres o cuatro medicamentos, no te explica que está pasando contigo y la gente se queda como en veremos” (Luis Felipe Mora, médico presentador del programa Doctor S.O.S, segunda temporada, canal RCN, 2014).

Y para Castellanos, las pretensiones de la sección de salud son “actualizar a las personas” sobre enfermedades, casi que exclusivamente. Ni la prevención de estas enfermedades tienen cabida en sus intencionalidades, pues esta tarea la deben realizar otras instituciones estatales y sociales. Los noticieros, sentencia, deben encargarse de transmitir información “actual”, mostrar realidades y “hechos que son noticia”: “No te miento, lo que buscamos no es prevenir, prevenir le toca a las políticas de prevención del Estado, a los colegios, a los hospitales. Los noticieros no tenemos dentro de las prioridades la prevención en salud, nosotros vivimos y hacemos noticias... Si a través de las noticias que son actuales y coyunturales de paso le enseñamos a la gente, perfecto...” (Katríz Castellanos, periodista encargada de la sección de salud del Noticiero RCN, 2016).

### **3.4. Las restricciones que enfrentan los productores**

Tanto productores como presentadores coinciden en afirmar que la principal limitante para mejorar los contenidos de salud es el “factor dinero”. El presupuesto limitado condiciona el

formato, el tiempo de duración del programa, la conformación del equipo de producción, los apoyos pedagógicos y la estructura narrativa. En los programas regionales, la forma de financiación pública y privada tiene efectos diferenciados. En los programas públicos regionales se ha pensado incluso en “mercadear los espacios” a sabiendas que estos pueden contradecir el mensaje que se quiere promocionar: “... digamos lo que sorprende un poco es que nosotros como comunicadores, como directores de programas, tuviéramos que vernos en esa tarea de estar nosotros mismos mercadeando los espacios... entonces, a veces es como se desvirtúa mucho como el foco del trabajo...” (Ana Lucía Acosta, directora y presentadora Red Vital, canal Teleantioquia, 2013).

Igualmente, las directoras de los programa públicos (Red Vital y Medellín Ciudad Saludable) piensan que los lineamientos desde las instituciones estatales que los financian cohiben, en diferentes niveles, los alcances que pueden tener los contenidos en cuanto a temas y formas de abordarlos: “Sí, ellos son los patrocinadores, los que auspician el programa, entonces muchas de las decisiones que se toman obviamente también son de ellos, incluso las temáticas que tratamos” (Lina Pulgarín, directora Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014).

En las secciones de salud de los noticieros privados nacionales, además del ítem del presupuesto, está la forma cómo los directores de los programas conciben la salud en el marco de la agenda informativa.

### **3.5. El programa ideal según los productores**

Según los productores y presentadores de los programas de salud, el programa ideal tiene unas características en cuanto al formato, estructura, invitados y lugares de grabación. El formato con mayor potencial educativo es el dramatizado. Cuando se combinan las historias y los mensajes de salud, el resultado es más contundente. El noticiero y el magazine también son vistos como formatos de gran alcance a la hora de abordar la salud. Sin embargo, estos deben tener una variación en su estructura: deben salir de los set de grabación y desplazarse a las comunidades. En este sentido, la interacción con los televidentes se convierte en un elemento

fundamental. Los invitados expertos siguen siendo importantes debido al conocimiento científico que tienen. Le darían, eso sí, más espacio a la participación de los televidentes, pues sienten que su voz debería tener más peso.

En suma, algunas de las características para realizar un programa ideal en salud son: formato, personal, investigación, interacción con las personas, espacios abiertos, salir a las calles, a las comunidades (No set de grabación).

Para Hernández, el noticiero es un “formato ganador”, ya que goza de rating y le puede llegar a más personas. No obstante, le haría algunos cambios: ampliaría el tiempo de la sección de salud para que los contenidos fueran más “completos y variados”, ampliaría el equipo que la acompaña para hacer más investigación y, sobre todo, interactuaría con las personas: saldría del set de grabación y se acercaría más a la comunidad. Reconoce que el formato con más potencial para la formación en salud es el dramatizado, debido a que puede “generar más recordación”. Al respecto, cuenta que se sintió “emocionada” cuando en una telenovela de Caracol, el esposo de la protagonista “había fallecido como complicación de una diabetes”, razón por la cual lo “amputaron”; y aclara: “No feliz por lo que le pasó a él, sino porque yo estaba segura que si yo hubiera hecho mil notas sobre diabetes y amputación, la gente iba a recordar más fácil que la diabetes causaba amputación. Es que la diabetes puede causar eso, la diabetes mata” (Fernanda Hernández, directora y presentadora sección de salud Noticias Caracol, 2014).

Álvarez, Muñoz y Pulgarín concuerdan con Hernández en que la interacción con los televidentes y la comunidad en general es fundamental para un programa de salud. Sostienen que el magazine es el formato más ideal para hablar de salud ya que es flexible y puede incorporar otros formatos. El esquema de invitar expertos para responder las preguntas de los televidentes lo mantienen, pero advierten que es vital darles más la palabra a las personas y trabajar “mucho más” en el manejo de un lenguaje accesible a la “mayoría”. Igualmente, dicen que salir del set de grabación para llegar a las comunidades generaría mayor cercanía y apropiación del programa, esto es, mayor efecto en cuanto al mensaje que se quiere transmitir.

Vélez, igualmente, piensa que en los programas de salud debe haber un espacio para “dialogar con los televidentes”. Quisiera experimentar con un formato donde se puedan “contar historias”, en este sentido también valora el potencial del dramatizado. Señala que veía el Doctor S.O.S y resalta su “metodología”: “uno aprende por imitación: entonces el señor saca el hígado y lo muestra... este es el hígado graso, este no es un pulmón con cáncer... entonces a la gente le queda el mensaje más fácil” (Jorge Vélez, director y presentador de Los Buenos Años, canal Televid, 2014). La idea de tener varios especialistas resolviendo las dudas de los televidentes quisiera también apropiarla en su programa.

Acosta y Mora, finalmente, apuestan por “sacar al médico del set”. Este debe ir “a los barrios, a las veredas, a las casas” a “encontrarse con las personas”. El presentador, dice Mora, debe ser un médico “muy cercano, muy familiar, muy amoroso, porque para mí lo más importante es eso, que la persona sienta que se lo está diciendo una persona que sabe pero que se lo diga con cariño” (Luis Felipe Mora, presentador Doctor S.O.S segunda temporada, canal RCN, 2014). Acosta está “segura” que son los dramatizados los de mayor potencia para hablar de salud, aunque le agregaría un espacio al final del programa en el que se pudiera discutir (presentador, expertos y audiencia) sobre lo que pasó en la historia.

\*\*\*

En este capítulo se logró constatar que la literatura aborda parcialmente algunos procesos de la producción de los mensajes televisivos en salud. Solo se da cuenta de unas experiencias en las que se motiva a los productores, a través de premios y reconocimientos, a realizar programas televisivos con contenidos en salud. También se les proporcionan herramientas, como manuales sobre cómo tratar ciertos temas, muchos de ellos relativos a la enfermedad, para desarrollarlos de una manera más científica. Se identifican con fuentes que utilizan.

Se reitera que la televisión tiene un potencial importante para abordar la salud tanto desde lo económico como desde lo educativo. El entretenimiento, como estrategia comunicativa, permite la articulación y complementariedad entre ambos intereses. Este

potencial contrasta con la demanda que tiene la audiencia de saber sobre temas de salud, en especial la salud que incluye temas de bienestar y estética corporal. No obstante, a pesar de que es posible hacer un programa de salud entretenido, educativo y rentable, los productores manifiestan que no se pueden desconocer las tensiones y presiones que se generan desde lo comercial. La televisión es ante todo una empresa que exige resultados –más que en términos informativos y educativos – económicos. En los canales públicos, además del tema económico (que afecta el formato y los alcances del programa), la tensión se da en los condicionamientos que presentan las instituciones públicas que los financian, las cuales están más preocupadas por posicionarse como marca (ser reconocidas por su gestión) que por formar ciudadanos en salud. En suma, podría decirse que han imperado en la producción de los programas de salud los intereses comerciales y de posicionamiento de marca corporativa sobre los intereses educativos.

El proceso de selección de la agenda temática de los programas de salud es un proceso complejo en el que intervienen actores (cada uno con cierta capacidad de injerencia), intereses (económicos y educativos), coyunturas (agendas internacionales y nacionales) y hechos noticiosos). En los noticieros privados nacionales el criterio de “noticiabilidad” fue el más mencionado. Según Martini, este tipo de criterio hace parte de los lineamientos a través del cual un hecho se convierte en noticia; algunos de esos elementos son: novedad, originalidad e imprevisibilidad, grado de importancia o gravedad, jerarquía de los personajes implicados, entre otros (2000).

Este criterio de noticiabilidad se asocia también a la capacidad que tiene el hecho noticioso en salud de llamar la atención de la audiencia y generar, así, mayor rating. Adquiere sentido en este punto la expresión de algunos productores cuando afirman que hay “temas taquilleros” –que logran atraer la atención de la audiencia– y otros que no lo son. Siempre se está pensando cómo hacer “taquillero” un tema, ya sea desde la misma elección de este o desde el enfoque que se le vaya a dar.

Por último, queda claro que no existe una agenda propia desde la producción del programa y del canal. Solo existe un cúmulo de temas que parten de agendas y tendencias

internacionales que son reproducidas, en muchas ocasiones, sin tener en cuenta los contextos locales. En este sentido, la televisión promueve cada vez más productos para el consumo que mensajes con fines educativos. Lo paradójico es que poco se tiene en cuenta a los consumidores de estos productos en la elección de los temas y los enfoques.

En cuanto a la construcción del mensaje en salud, se identificaron dos estrategias centrales: que el contenido sea comprensible para la audiencia y que genere credibilidad. Para resolver el primer punto, los productores tratan de ser los “más cuidadosos posibles” en el uso del lenguaje, el cual debe ser claro y con una terminología cercana a las mujeres (público al que se tiene muy identificado). Igualmente, están buscando y explorando formas para sacar el mayor provecho al potencial audiovisual de la televisión: seleccionan imágenes genéricas y poco explícitas para no generar sensibilidades adversas en sus interlocutores. La imagen se convierte entonces en el principal reto para transmitir y desarrollar temas de salud en televisión.

Y en cuanto a la credibilidad, el segundo punto, los productores reconocen que para tratar temas de salud es vital. El éxito de este tipo de programas depende de que la audiencia “crea” en lo que se dice para que, posteriormente, puedan apropiarse de los conocimientos y puedan ser aplicados, asumidos y replicados.

A continuación, se contrastarán las intencionalidades y efectos esperados por los productores versus las formas en que la audiencia, específicamente las mujeres, receptionan y se apropian del mensaje en salud.



## **CAPÍTULO 3**

### **LA RECEPCIÓN-APROPIACIÓN DE LOS CONTENIDOS TELEVISIVOS DE SALUD**

El presente capítulo tiene como objetivo identificar cómo se da el proceso de recepción-apropiación-acción, lo cual lleva necesariamente a establecer las modalidades de apropiación de los contenidos televisivos de salud por parte de las televidentes y los usos que hacen de estos, es decir su transformación en acciones concretas. Para cumplir tal fin, se realizará un breve recorrido por las teorías más significativas que abordan la audiencia, así como por las formas en que se ha estudiado la recepción televisiva.

Posteriormente, a partir del trabajo de campo, se hará una caracterización de las televidentes y su relación con la televisión. Luego se abordará la relación mujer y salud para concluir con la apropiación de los contenidos televisivos a partir del análisis del visionado de 4 programas de salud. De modo que una vez comprendido el rol de la audiencia y el proceso de recepción, fue posible identificar factores posibilitadores de la apropiación y de la traducción en prácticas de los mensajes de salud televisivos.

#### **1. TEORÍAS DE LA AUDIENCIA**

Los estudios de recepción, más allá de la recepción televisiva, han tenido un largo y complejo camino. Se comprende por estudios de recepción al “esfuerzo multidisciplinario por comprender de la manera más integral posible las múltiples interacciones y sus resultados, que se realizan entre segmentos de audiencia siempre situados y referentes comunicacionales (formatos y contenidos significantes)” (Orozco Gómez, 2003, p. 2).



Dichos esfuerzos han intentado terminar con la idea generalizada de los primeros estudios de comunicación según la cual el emisor es el “polo importante de la comunicación” y que el “contenido es el mensaje” (Orozco Gómez, 2003, p.3). Igualmente con la presunción de que el receptor de los mensajes es un sujeto pasivo y acrítico. Como una forma de comprender las formas cómo se ha concebido teóricamente la relación medios-receptores, se realizará un breve recorrido por las teorías de la audiencia.

Lo primero que habría que decir sobre las teorías de la audiencia es que se basan epistemológicamente, al menos en sus inicios, en el paradigma positivista y, disciplinarmente, en el universo conceptual de la psicología conductista y la sociología funcionalista. Lo segundo, es que este grupo de teorías marcó el fin de la supremacía de las teorías de los efectos, teorías que buscaban comprender la relación medios-audiencia y cuyo objetivo principal era entender qué hacían los medios con sus receptores.

De acuerdo con Martínez (2006), se pueden agrupar los estudios de recepción televisiva en cinco teorías principales, ellas son: 1. teoría de los efectos psicológicos, 2. teoría de los usos y las gratificaciones, 3. teoría del enfoque consciente-democratizador o teorías de la recepción crítica, 4. teoría de la audiencia activa y 5. teoría de las mediaciones sociales. Estas teorías ayudan a estructurar, de alguna manera, una teoría del sujeto expuesto a mensajes mediáticos. En esta tesis se acogerán las teorías que parten por reconocer el papel activo, crítico y creativo de la audiencia, así como también la que visibiliza el proceso complejo del acto de ver televisión.

### **1.1. Teoría de los efectos**

Las primeras investigaciones que buscaban comprender la relación entre los medios masivos de información y sus usuarios se iniciaron a partir de la segunda década del siglo XX. La psicología indagó sobre la forma en que se daba la interacción entre individuos-medios estudiando, por ejemplo, el cambio de actitud de los primeros como resultado de la exposición a la radio. La sociología, por su parte, observó dicha relación analizando cómo los medios influían en la delincuencia juvenil.

Durante este periodo se pensaba que los mensajes de los medios tenían el poder de penetrar en la mente de sus receptores haciéndolos pensar y hacer cosas, incluso, en contra de su voluntad. A este tipo de teorías se les conoció con el nombre de teoría de la aguja hipodérmica o teoría de la bala mágica. Uno de los autores que apoyó este postulado fue Payne Fund, quien tenía una fundación privada que llevaba su mismo nombre (The Payne Fund Studies) y estudiaba el impacto del cine en los niños a partir de las ideas y comportamientos de cientos de ellos. Las primeras conclusiones apuntaron a que el cine tenía influencia directa, inmediata y generalizada en los niños (De Fleur & Ball-Rokeach, 1993). El receptor de los mensajes mediáticos, que no solo se limitaba a los niños sino a todos los que estuviesen expuestos a los medios, se percibía como débil y pasivo. Esta percepción irá cambiando con el tiempo con nuevos postulados, los cuales serán mencionados más adelante.

Es de este modo como la teoría de los efectos inicia un camino a la comprensión de la relación mass medias-audiencia, camino que se extendería hasta comienzos de los años 1970. Durante este periodo esta teoría tendría cuatro fases históricas según McQuail (1994). La primera fase se le conoce como “la teoría de los medios todo poderosos”, la cual va desde 1900 hasta 1930. La principal crítica a este tipo de postulados es que no hubo investigaciones empíricas que comprobaran la hegemonía del medio sobre el receptor. La segunda fase (1930-1960) se le llamó “la teoría del efecto limitado” y se caracterizó por iniciar un proceso de verificación de los medios todopoderosos a través de investigaciones empíricas. Dicha verificación mostró que si bien los medios producían una reacción importante en la audiencia, esta operaba a través de “una red ya preexistente de las relaciones sociales que determinan los estilos de disfrute y el tipo de influjo que ejercen” (Martínez, 2006, p. 72).

La tercera fase, década de los años 1960, se le nombró como “El redescubrimiento de los medios poderosos”. Otra vez se le atribuye gran poder a los mass media, aunque ese poder ya no es total como en la primera fase, pues hay un reconocimiento de que los medios influyen a través de ciertos procesos sociales.

Por último, cierra la teoría de la influencia negociada de los medios (década de los 1970). A partir de este momento se le comienza a dar agencia a quien recibe los mensajes

mediáticos. Variables como la propia identidad y el contexto social, por ejemplo, servirían como refuerzo al mensaje, de contradicción o de negociación, según los casos (Martínez, 2006). Así pues, se comprende que los mensajes de los medios pasan por una variedad de filtros (procesos de interpretación) antes de ser, no solamente apropiados de una manera particular –no homogénea–, sino negociados o desechados por la audiencia. El constructivismo y la metodología cualitativa permean esta nueva lectura, pues estos enfoques se concentran en los procesos dinámicos, participativos e interactivos en los que se ven envueltas las audiencias y, a partir de las cuales, construyen su conocimiento sobre algo, producen o reproducen representaciones del mundo<sup>38</sup>.

La presente tesis no se acoge a esta teoría porque entiende que no es posible hablar en la actualidad de efectos que los medios masivos tienen sobre la audiencia, puesto que, como se verá a más adelante, esta relación se da en términos de interacción y negociación. Sin embargo, es importante mencionarla por tratarse de los primeros intentos por comprender la relación entre los mass media y sus usuarios.

## **1.2. Teoría de los Usos y las Gratificaciones**

Desde finales de 1950 hasta mediados de 1970 los estudios sobre la audiencia comienzan a dar un giro radical en comparación con la teoría de los efectos. Ahora, quienes están usando los medios dejan de ser percibidos como pasivos y pasan a ser activos. Lo activo se refiere a que cada miembro de la audiencia, que se encuentra aislado, elige los medios y los contenidos con el fin de satisfacer sus necesidades personales. En vista de que cada individuo tiene una necesidad diferente, la forma en que ellos usan los medios es selectiva y diversa (Sanches, 2004) y son seleccionados para satisfacer sus propias necesidades y deseos (T. K. Lee & Taylor, 2014). En suma, los medios se amoldan al gusto del televidente, satisfaciendo así sus necesidades.

---

<sup>38</sup> Algunos estudios importantes que se enmarcan en estas teorías y que señalaban la pasividad de las personas en la asimilación e interpretación de los mensajes son: *The People's Choice*, de Lazarsfeld, Berelson y Gaudet, 1944; *Personal Influence*, de Katz y Lazarsfeld, 1955; y *The Agenda-Setting Function of Mass Media*, de McCombs y Shaw, 1972.

Según Katz, Blumler y Gurevitch (1974), citados en Martínez (2006), tales necesidades y motivos para ver televisión pueden ser de tipo cognitivo, afectivo-estético y de evasión. Lo cognitivo hace referencia, básicamente, a la necesidad de los individuos de informarse, de conocer los acontecimientos sociales (políticos, económicos, culturales) más relevantes que lo afectan de alguna manera. Lo afectivo-estético parte del deseo del individuo de experiencias emotivas y agradables, y de necesidades integrativas como “necesidad personal de asegurarse, confianza en sí mismo, necesidad de estar con la familia y los amigos” (Martínez, 2006, p. 74). Lo evasivo tiene que ver, principalmente, con la necesidad de entretenimiento y de relax: los individuos usan los medios para salirse de la rutina y sumergirse en otras actividades. Otros autores, como Lee & Taylor(2014), señalan como motivos adicionales la interacción social y el hábito. Una vez satisfechas las anteriores necesidades viene la gratificación.

Como puede observarse, esta teoría no se pregunta por los efectos que producen los medios en la audiencia sino por los usos que esta hace de los medios y las necesidades que motivan a usarlos. Aquí el efecto es buscado por el receptor. El impacto es mayor cuando se busca el contenido que se desea.

Entre las críticas que se le han realizado a esta teoría, sobresalen aquellas que afirman que no ha respondido de manera contundente el por qué se seleccionan los medios y los contenidos. También, que se enfoca en las dimensiones individuales y psicológicas, dejando de lado la dimensión social e ideológica de los significados culturales. Pareciera que el usuario de los medios no estuviera permeado por su contexto social y que sus necesidades no tuvieran relación con las necesidades colectivas. En este punto, las mayores críticas provienen de los estudios culturales.

Pese a las limitantes señaladas, esta teoría sigue siendo utilizada para comprender los usos y gratificaciones que los televidentes le dan a ciertos formatos televisivos (Varela Mejía, 2002), incluso a programas de salud (Lee & Taylor, 2014). También se usa con frecuencia para estudiar otros medios más recientes como el internet (Álvarez Arámbula, 2014). Sin embargo, esta tesis no se circunscribe en esta teoría por razones metodológicas y del objeto de estudio.

### 1.3. Teoría de la recepción crítica

Esta teoría se podría ubicar dentro de un conjunto de propuestas latinoamericanas y europeas que van desde los años 1970 hasta 1980. Aquí el sujeto es definido como un lector de imágenes. Se parte de que los mensajes mediáticos tienen significados particulares, los cuales deben ser analizados por sus interlocutores; para ello se debe aprender a decodificarlos y conocer sus significados ocultos (Jhon Fiske, 1987; S. Hall, 1980; Lull, 1990; Morley, 1980, 1986).

Existen varias formas de analizar los medios audiovisuales a través de la lectura de los interlocutores, estos son: el análisis estructuralista, el análisis semiótico, el análisis textual y el análisis marxista. Grosso modo, el análisis estructuralista estudia el lenguaje por medio de sus estructuras –como signos, mitos, connotación, significantes...– con las que se edifica el significado en los textos (McQuail, 1994). El análisis semiótico, subcampo del estructuralismo, es un método que intenta explicar de qué manera es producido el significado y cómo el sujeto que lee construye e interpreta los mensajes.

El análisis textual, proveniente de la crítica literaria, ve los contenidos televisivos como textos con signos y estructura que pueden ser leídos y estudiados. Se dice que si se conoce el texto –mensajes audiovisuales– se sabrá qué pensará la audiencia. Finalmente está el análisis marxista, que intenta desmitificar los textos identificando sus arbitrariedades y alternativas por medio de una lectura de tipo ideológico. La autonomía de la audiencia es el objetivo principal, así pues, se busca que esta no se deje persuadir o dominar por las “fuerzas hegemónicas” de los mensajes (Martínez, 2006).

La recepción crítica, como teoría, fue propuesta por Stuart Hall a través de su modelo comunicativo codificador/decodificador, el cual le da importancia a la forma como se negocian los mensajes desde la audiencia. En el modelo, la audiencia tiene la capacidad de resistir, oponerse o aceptar de manera selectiva y hacer reinterpretaciones de los contenidos dentro del contexto de sus grupos (S. Hall, 1980).

Por último, es importante resaltar que si bien este enfoque le da agencia al lector de imágenes, no desconoce los argumentos de teóricos (como algunos integrantes de la Escuela de

Frankfurt) que ven en la televisión, en este caso, un instrumento vital a través del cual las élites, las corporaciones y otros actores poderosos alientan la pasividad de la audiencia. No obstante, la balanza relacional entre medios y audiencia estará del lado de la última, siempre y cuando se aprenda a analizar y a entrenarse para entender las lógicas detrás de los mensajes.

La presente tesis retoma varios aspectos de esta para entender la recepción y apropiación de los mensajes televisivos de salud. Primero toma el análisis textual como enfoque metodológico para analizar los contenidos audiovisuales asumidos aquí como textos. También se le reconoce autonomía y agencia a las televidentes a la hora de interactuar con la televisión. Se reconoce, pues, la capacidad de estas para aceptar o resistirse selectivamente a los mensajes de salud. Esta capacidad de agencia y creatividad también es señalada por la teoría de la audiencia activa, la cual también es asumida aquí.

#### **1.4. Teoría de la Audiencia Activa**

La teoría de la audiencia activa surge a finales de los años 1970 y principios de los 1980 como una forma de comprender cómo las audiencias construyen sentido a partir del proceso de construcción y deconstrucción del texto mediático. Para lograrlo estudiaron los factores que intervienen en la deconstrucción y reconstrucción de dicho texto y se identificaron los modos en los que se visibiliza la actividad –manera en que se activan– de la audiencia. La noción de audiencia activa parte del supuesto de que esta es creativa en relación con el texto, el cual es interpretado y modificado de acuerdo a factores psicológicos, sociales-culturales y contextuales.

Cuando se habla del proceso de construcción/reconstrucción del texto se refiere a la capacidad de la audiencia de “descubrir, afirmar y desarrollar la propia identidad en diálogo con otros y en el contexto de los medios” (Martínez, 2006, p. 79). En este sentido, Terrero cita a White (1996) quien se preocupa por el proceso a través del cual la audiencia deconstruye el texto mediático en términos de su propia identidad, tanto personal como colectiva, y cómo expresa su mirada del mundo a los demás.

El proceso de deconstrucción por parte de la audiencia "... comprende las diversas estrategias colectivas interactivas hermenéuticas (partiendo el texto en trozos), que la audiencia usa para entender: (1) el significado que supuestamente se halla dentro del texto, (2) lo que el texto espera de la audiencia, (3) lo que la audiencia espera del texto en términos de su propia identidad y experiencia, y (4) la exploración y reconocimiento de las identidades a través del texto" (Martínez, 2006, p. 78).

Para comprender mejor el proceso mediante el cual la audiencia construye significados desde los textos, Martínez recuerda que el contenido del texto (hegemónico) invita persuasivamente al consenso; sin embargo, añade, el texto no tiene una sola forma de interpretación sino múltiples (polisemia), razón por la cual puede ser asumido desde varias miradas, tantas como el número de individuos que usan los medios. Lo hegemónico y lo polisémico del texto, concluye, hacen que este ya de por sí invite a la deconstrucción.

En cuanto a los factores que participan en la deconstrucción y reconstrucción del texto por parte de la audiencia, el autor destaca siete a partir de White: 1. las fuerzas político-económicas hegemónicas, 2. las estrategias de los medios para atraer la audiencia, 3. Las emociones, significados connotativos y curiosidad, 4. las identidades de la audiencia, 5. las mediaciones sociales, 6. la deconstrucción del texto y 7. la reconstrucción del texto de acuerdo a las identidades.

Finalmente, en cuanto a los modos en que se activa la audiencia, el autor menciona que "Tras el clímax de la era televisiva (fin de los años 1960) ha habido una progresiva recuperación de la autonomía en cinco fases: el zapping, la grabación y reproducción de vídeo, y las tecnologías ligeras VHS y V8" (Martínez, 2006, p. 80). En cada una de estas fases, la audiencia controla, selecciona, adopta, rechaza, se concientiza, construye y, en suma, crea.

### **1.5. Teoría de las mediaciones sociales**

La mediación como concepto ha tenido varias significaciones. Una de ellas apunta a relacionarla con los medios de comunicación, en el sentido en que estos "median" entre la realidad social y la audiencia. Esta postura simplista fue rápidamente superada por autores latinoamericanos

como Jesús Martín Barbero y Guillermo Orozco, principalmente. Para Martín Barbero las mediaciones, en plural, pues no hay una sola, remiten a “aquella instancia cultural desde la cual los significados y sentidos son producidos y apropiados por la audiencia. Son ese lugar desde donde es posible comprender la interacción entre el espacio de la producción y el de la recepción” (Martín-Barbero & Muñoz, 1992, p. 20).

El autor identifica tres lugares de mediación: mediación cultural, mediación individual y mediaciones situacionales e institucionales. En la primera, la cultura influencia el proceso cognitivo del sujeto. La apropiación de los mensajes mass mediáticos será mediada por la información cultural en la que el sujeto se encuentra. En la segunda, la mente del individuo es la encargada de intervenir en el proceso de apropiación de los mensajes. La emotividad y las valoraciones, así como la edad, el género, la posición social, etc., son tenidas en cuenta a la hora de comprender dicho proceso. Y la tercera, se enfoca en los escenarios en los que se presenta la interacción individuo-medio.

Orozco, por su parte, comprende a las mediaciones en “el proceso de recepción donde se crean y recrean significados y sentidos desde la interacción de la audiencia con el medio y con las otras instancias sociales... [es] el conjunto de influencias, que provienen de la mente de la persona y del contexto socio-cultural en que se encuentra. Ellas estructuran el proceso de aprendizaje e incluyen intervenciones de los agentes sociales e instituciones en el proceso de recepción” (Orozco Gómez, 1991, p. 71).

Las mediaciones, dice Orozco, se originan en diversas fuentes, tales como la cultura, la política, la economía o la clase social. También provienen de la mente del sujeto, de sus emociones y de sus experiencias (Orozco Gómez, 1996).

El autor sugiere cuatro grupos de mediaciones, las cuales están atravesadas por la cultura a la que pertenece el televidente. Estas son: la mediación individual, la situacional, la institucional y la video-tecnológica. La mediación individual “... surge del sujeto, tanto como individuo con un desarrollo cognoscitivo y emotivo específico, como en su calidad de sujeto social, miembro de una cultura; en ambas situaciones, la “agencia” del sujeto social-individuo se desarrolla en diferentes escenarios” (Orozco Gómez, 1996, p. 85). De aquí se desprenden



mediaciones como la cognoscitiva, (“resultado derivado de esa estructura mental por medio de la cual es sujeto conoce”), la edad, la etnicidad y el género.

La mediación situacional se refiere a los lugares donde se ve televisión y las relaciones alrededor de esta. Cada escenario desde donde se ve televisión contiene posibilidades y limitaciones para el proceso de recepción en los niveles espacial y de interacción con la teleaudiencia. La mediación institucional considera que la teleaudiencia es, además de eso, otras cosas al mismo tiempo y que participa en varias instituciones sociales. En este sentido, “las instituciones sociales median la agencia del sujeto de diferentes maneras” (Orozco Gómez, 1996, p. 88).

Y la mediación tecnológica parte del hecho de que la televisión es una institución social y un medio electrónico al mismo tiempo. Visto así, la televisión media a través de la utilización de algunos mecanismos biotecnológicos. El género televisivo es uno de los mecanismos importantes.

La teoría de las mediaciones fue la teoría que más influencia tuvo en la presente tesis debido a que pone en evidencia la complejidad de la recepción televisiva. Los televidentes interactúan con los mensajes de salud a partir de unas instancias culturales determinadas – mediaciones– y muy particulares. Como se verá más adelante, mediaciones como la edad y el género se validaron como centrales para la comprensión de los mensajes y, posteriormente, para su traducción en acciones ciudadanas en salud. Ahora bien, en el análisis realizado se identificaron factores diferenciadores al interior de dichas mediaciones, los cuales serán descritos más adelante.

## **2. LA RECEPCIÓN TELEVISIVA**

Si las teorías anteriores abordan y caracterizan el proceso comunicativo con respecto a la audiencia, este aparte se concentra en la dimensión de la recepción.

La recepción televisiva es, ante todo, un proceso<sup>39</sup>, proceso que ha venido siendo develado a través de los estudios de recepción, cuyos principales protagonistas son los autores pertenecientes a la línea de los estudios culturales y el análisis crítico de la recepción, ya mencionados anteriormente. Se sabe que este proceso es mucho más complejo que la simple relación causa (mensajes)-efecto (audiencia). Es un procedimiento de producción y reproducción social de significado de textos llevado a cabo por cada uno de los miembros de la audiencia y depende en gran medida del contexto donde se construye el significado. Existen dos escalas de análisis de la recepción: micro (acción de los sujetos en sus contextos específicos) y macro (estructura social). Ambas escalas se articulan durante el proceso de recepción de los mensajes televisivos (Lull, 1990).

Además de las escalas micro y macro, este proceso es afectado de diferentes formas y niveles por múltiples mediaciones (Martín-Barbero, 1987; Orozco Gómez, 1996), especialmente de dos tipos: 1. las asociadas a las formas en que los productores, a través de los discursos televisivos, conciben las formas en que va hacer interpretado el mensaje por la audiencia y 2. por los factores relacionados con la situación particular de cada televidente: género, edad y nivel educativo y socioeconómico. Igualmente por sus intereses y conocimiento sobre temas particulares (Jensen, 1987); por sus motivaciones y hábitos de recepción (Martín-Barbero, 1987; Orozco Gómez, 1996); y por las comunidades de interpretación (Jensen, 1987) o significación (Orozco Gómez, 1996), es decir, aquellas en las que el receptor construye el sentido de los mensajes audiovisuales: familia, trabajo, escuela, amigos, etcétera.

En este sentido, el proceso de recepción televisiva se entiende como:

Un acto social, porque es en la realidad social en donde se manifiesta. Un proceso activo, en movimiento, porque es cognitivo y reflexivo, en tanto que es un acto de producción de significado, en el que participan los receptores y la propia televisión como productora de contenidos, discursos y cogniciones. Un diálogo, puesto que receptores y televisión mantienen una interacción permanente, de ida y vuelta, de objetivos, informaciones, contenidos e intereses, que rebasa el límite espacio-temporal del acto de mirar televisión (Vega Montiel, 2006, p. 69).

---

<sup>39</sup> El recuento teórico de este aparte se hará a partir de la propuesta de Vega Montiel (2006).

Ahora bien, este proceso relacional o de interacción entre la televisión y el/la televidente es llamado por Orozco “televidencia”, el cual tiene unas consideraciones y unos pasos:

En el proceso de televidencia la audiencia no asume necesariamente un papel de receptor pasivo. La “actividad” de la audiencia se lleva a cabo de distintas maneras. Mentalmente, los miembros de la audiencia frente al televisor se “enrolan” en una secuencia interactiva que implica diversos grados de involucramiento y procesamiento del contenido televisivo. Esta secuencia arranca con la “atención”, pasa por la “comprensión”, la selección, la valoración de lo percibido, su almacenamiento e integración con informaciones anteriores y, finalmente, se realiza una apropiación y una producción de sentido (Orozco Gómez, 1996, p. 35).

El autor también afirma que la televidencia no es un proceso que se agota en el acto de ver televisión, sino que incluye el antes y después de este contacto: “Comienza con toda la fuente de experiencias que tiene almacenadas el sujeto y continúa con las que sumará tras la impregnación del mensaje mirado, mediante las dinámicas de mediación con las que comparte el significado del mensaje” (Lazo Zaragoza, 2008, p. 36). Así pues, existen tantas televidencias como televidentes posibles (Orozco Gómez, 1996).

Ya en el acto, la relación televisión-televidente pasa por un proceso de negociación que Hall (1980) lo identifica en su modelo encoding-decoding o codificación-decodificación. Allí planteó tres formas de leer los textos mediáticos por parte de la audiencia: 1. lectura preferida (el mensaje se decodifica exactamente como ha sido codificado), 2. lectura negociada y 3. lectura oposicional (el receptor decodifica el mensaje de una forma alternativa a como fue codificado).

Lo anterior se da en el marco de lo que Beatriz Sarlo llama lectura interpretativa: “En una lectura interpretativa, tal como en el consumo, no hay solo reproducción, sino también producción, una producción que cuestiona la centralidad del texto dominante y el entendimiento del mensaje como la fuente de la verdad, la cual circula en un proceso de comunicación (Citada por Martín Barbero, 1993, p. 214 en Tufte, 2007, p. 99). Así las cosas, como lo afirma Tufte, el papel, significado y comprensión del texto es negociado: “El texto no es más la maquinaria que unifica la heterogeneidad, no más un producto acabado, sino un espacio

comprendido, cruzado por diferentes trayectorias de significado (Martín Barbero, 1993, p. 214 Citado en Tufte, 2007, p. 99).

Precisamente, para atender al llamado de los anteriores autores y poder comprender el proceso de recepción, se caracterizarán a continuación las rutinas diarias de las televidentes así como sus formas de interactuar con la televisión. Para, luego, exponer los factores que desde el análisis se identificaron como posibilitadores del proceso de recepción-apropiación-acción.

Tanto en la literatura como en la conversación con los productores y presentadores se reveló que el público “natural” y presumido de los programas con contenidos de salud son las mujeres y, más particularmente, mujeres que permanecen en casa –esto evidenciado en los horarios de estos programas–. En la sección que sigue se describirán desde el enfoque etnográfico, la cotidianidad televisiva de las mujeres con las que se trabajó para esta tesis.

### **3. LA COTIDIANIDAD TELEVISIVA DE LAS MUJERES: CARACTERIZACIÓN E INTERACCIÓN CON LOS PROGRAMAS DE SALUD**

Las televidentes que participaron de la muestra tienen unas edades que oscilan entre los veinte y los sesenta años. Todas tienen entre uno y dos hijos, a excepción de una, la cual tiene a cargo el cuidado su hermano. La mayoría tienen pareja y viven con ellos. El nivel socioeconómico de ellas es medio principalmente, aunque también hay algunas que pertenecen a los niveles bajo y medio-alto. El nivel de escolaridad de la mayoría es bachiller, especialmente entre las mujeres mayores de 50 años. Las demás, en menor medida, son tecnólogas o universitarias. Finalmente, gran parte de las televidentes son amas de casa, pero todas tienen trabajos independientes.

#### **3.1. Rutinas diarias de las mujeres**

Las rutinas diarias de las amas de casa se caracterizan por ser muy activas. En las mañanas, en las tardes y en las noches realizan diferentes actividades tanto en las casas como por fuera de ellas. Todas coinciden que comienzan el día muy temprano: 5 o 6 de la mañana. De allí comienzan a preparar el primer alimento del día: el desayuno, apoyan a sus hijos a prepararse para dirigirse a la escuela (en especial aquellas que tienen aún hijos pequeños), lo mismo pasa con sus parejas, realizan labores domésticas como: barrer, trapear, sacudir, “organizar la casa”.

Una vez esté “todo en orden”, realizan otro tipo de actividades como “hacer vueltas” (realizar todo tipo de trámites) en los bancos, las EPS y el mercado. También ven televisión, algunas hacen actividad física y trabajan en sus negocios independientes, por lo general ventas de productos. Muy pocas, solo tres casos, tienen trabajos de oficina.

Las tardes –desde el medio día– están destinadas a labores como preparar el almuerzo, trabajar en sus negocios independientes, ver televisión, interactuar con familiares y vecinas, cocer, hacer manualidades, asistir a citas médicas, mercar, escuchar música, leer. También hay un espacio, aunque no es diario, destinado a dormir, a “descansar”.

Y en las noches preparan la comida y la sirven a los miembros de la familia, dejan “las cosas listas para el otro día”, comparten con sus familias, ven televisión y se acuestan temprano. Este tipo de rutina nocturna es similar a las que se realizan los fines de semana, sobre todo en lo concerniente a compartir en familia y a realizar actividades recreativas.

### **3.2. Las televidentes y su relación con la televisión**

La relación de las televidentes con la televisión siempre ha sido cercana. Todas tienen recuerdos de programas que marcaron etapas anteriores en sus vidas, en especial la niñez y la adolescencia. Recuerdan los horarios, los días y las escenas de sus programas favoritos. La sala era el lugar predilecto para ver televisión y compartir con la familia, pues, a diferencia de ahora, ver televisión era un acto colectivo, en gran medida porque solo había un televisor por hogar, como lo mencionan varias de ellas.

A lo largo de sus vidas esta relación ha venido cambiando. El trabajo que implica un desplazamiento a un lugar específico, la crianza de los hijos y el cuidado de familiares ha tenido implicaciones en los tiempos que destinan a ver televisión. Sin embargo, hoy día las televidentes consideran que su consumo de televisión sigue siendo alto, en especial para aquellas que permanecen la mayor parte de su tiempo en sus casas.

Ellas afirmaron que el medio de comunicación que más usan es la televisión, seguido de la radio, el internet y las revistas. En promedio ven televisión de 2 a 3 horas diarias. Las

mañanas y las tardes, durante la semana, son las franjas preferidas. Los fines de semana, la televisión pasa a un segundo plano y se enfocan en actividades familiares.

La sala y las habitaciones son los lugares de la casa donde más ven televisión. En promedio, cada televidente tiene entre 2 y 3 televisores. La gran mayoría está suscrita algún operador de televisión, en consecuencia tienen acceso a canales regionales, nacionales e internacionales. No obstante, los canales que más ven son los canales nacionales privados, especialmente RCN y Caracol, y los regionales. Los canales internacionales que más se mencionaron fueron *Discovery Channel*, sobre todo el canal *Discovery Home and Health* y *National Geographic*.

Las mañanas y las tardes son las franjas predilectas para ver la televisión, actividad que realizan la mayor parte del tiempo sin compañía. Lo anterior se debe, mencionan algunas, a que todos los miembros de la familia tienen televisores en sus cuartos, en consecuencia, ver televisión se considera un acto privado y solitario. También porque a esas horas los hijos están en las escuelas o las universidades, y sus parejas –para quienes las tienen– en los lugares de trabajo, permaneciendo en estos horarios solas en sus casas. Solamente en las noches, las mujeres que tienen pareja comparten esta actividad, pero aclaran que son ellos quienes deciden los programas a ver.

Afirman que ven televisión, principalmente, para entretenerse e informarse con fines educativos. Así, los géneros y formatos televisivos que más buscan son los dramatizados (telenovelas y series principalmente), los magazines y los noticieros, en ese orden. Los dramatizados los ven en la noche, y los magazines y los noticieros en la mañana y la tarde.

La mayoría de ellas conoce los horarios y los canales en donde presentan sus programas favoritos. Durante el desarrollo de los programas, las televidentes señalaron que no realizan Zapping (o canaleo), pues prefieren estar “atentas” y “concentradas” en lo que allí pasa. Dentro de sus programas favoritos no están los programas de salud.

Sin embargo, las temáticas que más buscan en los programas de televisión son: relaciones de pareja, salud, estética, historias de vida de mujeres, manualidades, cocina,

cuidado de los hijos, música: “A mí me gustan programas que hablen de la convivencia en la casa, de la educación de los hijos, que muestren cómo estar bonitas, que cuenten historias de personas, más que todo cosas así” (Dora Lucía Mora, 55 años, bachiller, nivel socioeconómico medio-bajo). Así las cosas, buscan temas prácticos que les permitan resolver problemas cotidianos en el hogar: “Sí, hay un programa en el [canal] sesenta y uno; un programa por la tarde muy rico que enseñan mucha cosa, como desbaratar una blusa, como ponerle una manga, como ponerles botones, como se hace un florero” (Marta Cecilia Guzmán, 51 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio-bajo).

Al respecto, afirma Fuenzalida que las televidentes amas de casa tienen “expectativas educativas” cuanto están viendo televisión: “La expectativa educativa es ver, desde la experiencia de otras personas, la forma de encarar problemas cotidianos sentidos como semejantes” (Fuenzalida, 2005, p. 25). Tales expectativas no están asociadas a la educación formal, sino a temas desarrollados a través de los géneros televisivos que ofrecen un abanico amplio de posibilidades para resolver problemas cotidianos, o en palabras del autor:

Desde la situación cultural del hogar, la audiencia reelabora la expectativa acerca de la educación para orientarla hacia temáticas más alusivas a las necesidades existentes de su vida cotidiana. La audiencia televisiva en el hogar produce, entonces, una diferente expectativa conceptual acerca de una televisión educativa. Ella no está relacionada con temas de escolaridad formal o de instrucción de capacitación... sino con temas existenciales y cotidianos que aparecen televisivamente en géneros habituales como telenovelas y otras ficciones, docudramas y programas magazinescos (Fuenzalida, 2005, p. 26).

Agrega el autor que este tipo de audiencias tienen expectativas educativas que cambian “con las edades, herencia y memoria cultural disponibles, accesibilidad a bienes culturales, balance entre ocio y trabajo, encierro en el hogar, etc. Están, en fin, íntimamente imbricadas con los estados del ánimo de los habitantes del hogar” (Fuenzalida, 2005, p. 26).

Ahora bien, mientras ven sus programas, algunas televidentes acostumbran a realizar comentarios sobre lo que se está hablando, toman nota de la información importante y amplían la información con otras fuentes: internet, vecinas y profesionales de la salud. Lo que retoman de los programas es utilizado como tema de discusión más adelante. También afirmaron que no solo comparten algunos de los contenidos, sino que los ponen en práctica:

“Yo sí anoto lo que me interesa. Siempre tengo el lapicero y anoto lo importante...” (Luz Enith Franco, 31 años, primaria, nivel socioeconómico bajo).

Igualmente, mientras ellas ven televisión realizan otras actividades como labores domésticas, ocuparse de sus negocios independientes, cuidados personales (pintarse las uñas), uso de otros medios de comunicación: “Uno hace muchas cosas: yo prendo la televisión y me pongo a cocinar, a barrer, a trapear, a arreglar los clósets, miles de cosas, hasta cepillarme el pelo o arreglarme uñas” (Patricia García Uribe, 42 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio). Otras afirman que la televisión la escuchan, no tanto la ven, mientras hacen dichas actividades.

En este punto, se coincide con Fuenzalida quien señala que los programas televisivos cuyo target son las amas de casa procuran acompañarlas en medio de sus quehaceres:

Intenta realizar una mezcla entre compañía entretenida y ayuda educativa ante ciertas necesidades del hogar, como mejorar la calidad de vida familiar, aprendiendo a enfrentar enfermedades somáticas y psicológicas, mala relación sexual y afectiva, violencia entre la pareja o contra los hijos, bajo rendimiento escolar, drogas y otros. Pero también enfrentando adversidades naturales como enfermedades congénitas, y las carencias sociales como la mala calidad de los servicios públicos en salud, educación, seguridad y otros (Fuenzalida, 2005, p. 48).

Lo anterior permite vislumbrar que la relación televisión-mujeres está marcada en buena medida por contenidos asociados a la salud. A continuación se ampliará mejor la relación entre las televidentes y los programas de salud.

### **3.3. Las televidentes y su relación con los programas televisivos de salud**

Todas las televidentes señalaron que les interesan los programas televisivos de salud. La salud está en sus parrillas temáticas personales. Todas guardan en sus memorias algún programa con este tipo de contenidos: “Recuerdo un programa que daban hace tiempos y no sé por qué lo quitaron, que era muy bueno. Era de un médico súper querido que hablaba de muchos temas importantes. Yo lo veía mucho” (María Cristina Hurtado, 60 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio). Reconocen que existe una oferta televisiva en salud importante, tanto en los canales regionales como nacionales e internacionales; no obstante, se quejan porque muchos de esos programas no tienen continuidad y los sacan del aire, en especial los



programas nacionales. Además de la televisión (principal medio), la radio, el internet y las revistas son los medios que usan para saber de salud.

Estos programas son considerados “informativos”, “interesantes” y “divertidos”: “Me gustan mucho [los programas de salud] porque uno aprende cosas nuevas, muy importantes... Dan mucha cosa que uno no sabe... me parecen que son divertidos” (Diana Restrepo, 45 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio). “Porque la medicina avanza cada día más y uno aprende muchísimo” (Amparo Galvis, 59 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio). “Porque se aprenden cosas nuevas y las cosas que enseñan son para ponerlas en prácticas” (Gloria Arroyave, 39 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

La mayoría de las televidentes llegan a los programas televisivos de salud por azar, a través del zapping, lo que no pasa con sus programas favoritos, a ellos sí llegan directamente: “La otra vez me encontré un programa lo más de bueno... Lo daban en la tarde... Y me lo encontré porque a esa hora no había nada que ver... Hasta que lo vi, me gustó y me puse a verlo” (María Ofelia Echavarría, 46 años, técnica, nivel socioeconómico medio). “Por coincidencia, un día tendiendo mi cama prendí la televisión y vi” (Amparo Galvis, 59 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio).

Muy pocas señalaron que siguen un programa de salud particular. Incluso, solo dos televidentes recordaron el nombre los programas que más siguen. En este punto, es importante anotar que las televidentes reconocen una franja de salud en la televisión: las tardes; además de unos canales donde los presentan: regionales, nacionales e internacionales (todos en español); más no retienen el nombre del programa. Dicen: “hay un programa que me gusta porque...”, “la otra vez vi [o estuve viendo] un programa sobre...”, “No recuerdo el nombre del programa, pero era muy bueno porque...”, “No me acuerdo. Sé que en TeleMedellín hay uno, en TeleAntioquia también hay, en RCN también da de salud en las noticias” (Marta Cecilia Guzmán, 59 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio). Inclusive, algunas de las televidentes no hacían referencia a un programa de salud, sino a los “programas de salud” en general, como si todos trataran de lo mismo. Esto se evidencia en el hecho de que confunden los contenidos de un programa con otro.

Por otra parte, las televidentes concuerdan en las razones por las cuales permanecen viendo un programa de salud. La identificación con los temas o las historias que se cuentan las vincula a los contenidos. La conexión se presenta cuando las temáticas están o estuvieron relacionadas con ellas o con algún miembro de la familia o círculo cercano: “En ese programa que te estaba contando, también hablaron de la importancia del ejercicio, de dejar de fumar, hicieron un programa muy lindo de como el cuerpo vuelve a recuperarse de todo ese envenenamiento y de todas esa toxinas del cigarrillo. Yo soy fumadora, pero no muy compulsiva, y hablan mucho de todos esos tratamientos que seguramente aquí no se conocerán” (Olga Saldarriaga, 64 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

En cuando a los temas que normalmente las engancha a los programas de salud, sobresalen los asociados a las enfermedades y los hábitos alimenticios. La enfermedad, especialmente, las motiva a permanecer frente a la pantalla.

...me gusta mucho programas donde las personas comentan sobre sus enfermedades, y hay uno que me gusta mucho especialmente porque ya lo viví muy de cerca que estaban embarazadas y que no sabían que pasaban por muchos síntomas” (Diana Restrepo, 45 años, técnica, nivel socioeconómico medio).

Me gustan porque yo tenía enfermedades que las han anunciado allí y entonces uno pone eso como en práctica. Por ejemplo que ahí hablan mucho como del colón y recomiendan muchas comidas que a uno le hacen mal; hablan mucho de esa fruta seca, ¿cómo es que se llama? Como productos deshidratados, entonces eso es como para yo tomar conciencia de lo que dicen ahí, cosas que le pasan a uno y yo me he hecho droga de ahí y me ha servido (Lucía Gonzáles, 44 años, primaria, nivel socioeconómico bajo).

Igualmente, otros temas que convocan a las televidentes a continuar viendo los programas sobre salud son los relacionados con la estética, dicho de otro modo: hay un interés por la dimensión estética de la salud. Contenidos sobre “cómo adelgazar”, “tener un cabello más bonito”, “cómo quitar las várices” y los cuidados de la piel fueron los más mencionados.

Uno de los temas recurrentes con los que se han encontrado las televidentes es el sistema de salud. Todas coinciden en los programas televisivos en salud, en especial los noticieros, hablan del sistema de salud solo en términos de “crisis”: el paseo de la muerte, la negación de servicios de salud y de medicamentos y las Acciones de Tutela a las EPS fueron los

más mencionados. No se han encontrado con programas en los que se aborde el sistema de salud desde un enfoque de derechos y deberes y, menos aún, sobre cómo transitar por él.

De todas las EPS he escuchado en la televisión que viejitos allá se mueren, allá haciendo fila. Un viejito de sesenta setenta ochenta años madrugando desde las dos de la mañana y son las doce y el viejito allá desmayado porque no le dan un ficho, reclamando un ficho, pidiendo una cita. Llega allá a la taquilla y se acabaron los fichos, se acabaron las citas... ven uno a un muchachito o a una muchacha con un niño en urgencias porque no tiene plata, o porque no tiene el Sisbén o en ese momento no hay atención al niño porque no tiene plata, porque no hay citas, porque no hay camas: eso se ve mucho en las noticias (Lucía González, 44 años, primaria, nivel socioeconómico bajo).

Esta mirada que hay sobre el sistema de salud contrasta muchas veces con la experiencia positiva que han tenido algunas de las televidentes. Afirman, con base en lo visto en los programas, que el sistema está “mal”, pero empeora en otras ciudades del país: “A mí sí me ha ido bien con mi EPS, incluso la he recomendado porque es muy buena... Yo sé que a mucha gente le ha ido mal pero yo no tengo queja... En los noticieros se da uno cuenta de todo eso” (Yudy Had, 27 años, universitaria, nivel socioeconómico medio).

De estos temas, la mayoría de las televidentes afirmaron que ampliaban la información a través de otros medios, en especial internet. Internet se ha venido convirtiendo en la herramienta más utilizada por las televidentes para complementar los temas de interés que proponen los programas televisivos: “A veces es muy reducido lo que dicen [en los programas], entonces uno dice: yo quiero saber más... Yo tengo un familiar con diabetes y me pregunto cómo será vivir con eso, o por si ejemplo tengo dudas sobre el vértigo, que la otra vez hablaron de eso en un programa, entonces me voy e investigo porque yo quiero saber sobre eso... Casi siempre busco en internet porque ahí uno encuentra de todo” (Carolina Aguirre, 27 años, universitaria, nivel socioeconómico medio).

Si bien algunas de ellas mencionaron tener dificultades para manejar internet –sobre todo las mayores de 50 años–, lo resuelven trasladando la tarea a sus familiares (en especial los hijos) y vecinas: “A mí me da mucha lidia todavía [buscar por internet], pero yo le pregunto a mi hijo... Uno no se vara” (Ángela Calle, 50 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

Además de ampliar la información, las televidentes señalaron que comparten los contenidos con los miembros de la familia y las amigas más cercanas. La información que replican, lo hacen pensando en las necesidades del interlocutor, en las demandas formativas de esas personas, muchas de ellas también mujeres.

Sí, yo con mi esposo y con mis amigas comparto muchas cosas [contenidos televisivos en salud]; y por ejemplo, a las niñas de la oficina ahorita hay una embarazada, entonces le dije: esto me funcionó mucho, cuando yo estaba en embarazo yo subí tanto de peso, mira que lo bajé muy rápido, entonces puedes hacer esto y esto; por ejemplo, hoy nada más en la tarde, ella está empezando embarazo, hace como tres mesecitos la vi, ah bueno precisamente sobre ese tema sobre la diabetes que lo vi en el programa de [canal] Caracol, entonces nada mas esta tarde la vi comiéndose un submarino [torta de chocolate] de este tamaño, y entonces yo la vi y le dije: muñeca, ¿usted se come todo eso? -Ay sí [Responde la compañera]. -¿Y usted eso lo hace todos los días?... Y entonces le dije: mucho ojo, cuidado muñeca, porque le puede dar una diabetes estacional, y esa precisamente empieza al principio del embarazo y puede correr riesgo tu vida, tu salud; entonces si quieres comerte un dulce mejor cómete más bien una piña que es dulce, cómete un mango que es dulce y es un sustitutivo de ese dulce malo que estas comiendo ahí. Eso lo había escuchado, como te dije, en Caracol... (Yury Had, 27 años, universitaria, nivel socioeconómico medio).

Del mismo modo, algunos de los contenidos son puestos en prácticas por las televidentes. Como se ha venido señalando, esto depende en gran medida de la necesidad que se tenga de la información y de la cercanía con el tema:

Yo sufro del colon y ahí dieron [en uno de los programa de televisión] una droga muy buena para el colon, para que no se inflame... y le quitan a uno muchas comidas: que nada de fritos, granos, y uno que come de todas esas cosas. Uno va donde el médico y le dice no coma granos y ya, pero no le explican a uno en que cantidad ni cómo, en cambio allá [en el programa en mención] le explican a uno bien: que usted puede comer grano una vez en la semana o no lo puede consumir... y dijeron de un remedio muy bueno para el hígado, porque yo también sufro del hígado, igualmente lo estoy haciendo y he estado muy bien (Lucía González, 44 años, primaria, nivel socioeconómico bajo).

Uno de los programas que más recuerdan las televidentes, debido a que las recomendaciones dadas allí las ponían en práctica, la compartían o las ampliaban, era el Doctor S.O.S. Todas señalaron haberlo visto al menos una vez: “Primero había un médico que daban, un tal doctor algo, era un programa muy bueno... y lo quitaron. Qué pesar porque ese médico explicaba lo de las enfermedades y daba mucha explicación ese programa era muy bueno ese sí me gustaba ver... Me acuerdo que tomaba nota y todo y después hacía lo que él decía” (Dora Lucia Mora, 55 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

En este punto es importante hablar de la credibilidad que los programas de televisión en salud generan en las televidentes. Todas afirmaron que “creen” en los profesionales que aparecen en los programas: “Ellos son los profesionales, ellos son los que saben” (Luz Estela Ruíz, 64 años, primaria, nivel socioeconómico medio). La credibilidad se basa en el título del profesional, en las formas de explicar los temas, en el lenguaje y en el hecho mismo de aparecer en televisión.

Lo dicho hasta aquí marca un panorama sobre la relación televidente-televisión-contenidos en salud. No obstante, se ampliarán algunos puntos más adelante a partir del trabajo más profundo que se realizó con algunas de estas televidentes, quienes, como se especificó en la metodología, vieron 4 programas y expresaron sus diversas interpretaciones de los temas que allí se trataron.

### **3.4. Nociones de salud de las televidentes**

Las televidentes tienen diferentes maneras de entender la salud. Se encontraron 4 nociones preponderantes, ellas son: 1. la salud comprendida como enfermedad, 2. la salud entendida como equilibrio, 3. la salud como bienestar y 4. La salud como estética.

Sigue siendo potente entre las amas de casa la definición clásica de salud, esto es, ausencia de enfermedad. Incluso, quienes tuvieron una noción más amplia de este concepto, mencionaron en algún momento expresiones como “es no estar enfermo” o “no enfermarse”. Otros términos que se relacionaron con la enfermedad fueron: “no sentir dolor”, “no estar mal” y “no estar estresado”, o en sus palabras: “[La salud es] no estar enfermo, no estar estresado... por ejemplo, si yo aumento de peso me pongo más obesa, me pueden doler los pies, me salen las venas que duelen (Lucía González, 44 años, primaria, nivel socioeconómico bajo). “[La salud es] no tener enfermedades... todo lo que a uno le duela, todo de lo que se queje, lo de cuidarse, para mí todo eso es salud (Luz Enith Franco, 31 años, primaria, nivel socioeconómico bajo).

La salud, para otras, es “tener bienestar”, “es estar bien”, “sentirse bien”. Esta mirada positiva de la salud, por lo regular, es contrastada con la mirada negativa, como ya se mencionó. También está relacionada con “estar feliz”, con “disfrutar de la vida”, “cuidarse”:

“para mí la salud es como cuidarse, es un bienestar... Es estar alegre así no tenga uno plata pero se siente uno contento. Yo hoy me siento feliz y no tengo plata pero soy feliz. No me duele nada” (María Ofelia Echavarría, 46 años, técnica, nivel socioeconómico medio).

Por esta misma línea, la salud se define como “equilibrio” entre tres elementos centrales: lo físico, lo mental y lo emocional. Si bien algunas hacen énfasis en alguno de estos tres elementos, en especial lo físico, la “armonía” entre ellos es el “ideal”. Con respecto a lo físico, el “equilibrio” entre la actividad física –con acento en lo deportivo– y la alimentación es fundamental: “La salud es como un ideal, pero no es solo física, también es mental, también es relacional, es emocional, salud sexual, familiar, organizacional, salud en todos los aspectos...” (Gloria Rendón, 55 años, posgrado, nivel socioeconómico alto).

Finalmente, algunas relacionaron la salud con la estética, de modo que la salud se asoció con “verse bien” o “estar bonitas”. Este tipo de definiciones tuvieron más fuerza en las televidentes menores de 30 años; sin embargo, también hubo algún tipo de relación con lo estético entre la televidentes mayores de cuarenta y menores de sesenta. El “verse bien”, en el sentido estético, es sentirse o estar bien. “Para mí la salud es estar bien, es verse bien. Y esto se ve mucho en tu cuerpo. Un cuerpo bonito, armonioso, es un cuerpo saludable... Yo pienso que la salud se puede ver... Es no engordarse” (Carolina Aguirre, 27 años, universitaria, nivel socioeconómico medio).

Ahora bien, las televidentes tienen varias estrategias para alcanzar o mantener su estado de salud tal y como lo definieron, todas ellas enfocadas al mantenimiento o mejoramiento de las dimensiones físicas y mentales. En este sentido, realizar actividad física, tener una “buena” alimentación y alcanzar la “tranquilidad”, fueron las más mencionadas.

Para la dimensión física, la actividad física y la alimentación balanceada tienen mayor peso. Con respecto a la primera, las amas de casa indicaron que “caminar” es el ejercicio que más realizan. Otras actividades importantes fueron: realizar algún deporte, ir al gimnasio, trotar y organizar la casa. Las televidentes reconocen el esfuerzo físico que implica darle “orden al hogar”: barrer, trapear, levantar y mover objetos en la casa, sacudir y cocinar hace parte de los hábitos de vida saludable.

La alimentación, del mismo modo, es otra dimensión central para estar saludable, incluso la mayoría afirmó que es “la más importante”. La buena alimentación se entiende desde dos posturas: alcanzar el balance entre todos los alimentos y sus nutrientes (frutas, verduras, carnes, lácteos, carbohidratos, etc.) y controlarse para “respetar los límites”, es decir, no sobrepasarse en el consumo de ciertos alimentos, en especial los altos en grasa, azúcar y harina. Muchas de las enfermedades, afirman, proviene de una “mala alimentación”.

La dimensión mental, de otro lado, se centra en no permitir que los niveles de estrés suban; para ello, mantener la “mente ocupada” y realizar actividades que generen bienestar es la clave. Los problemas económicos, la educación de los hijos, la relación de pareja y los problemas familiares son los principales causantes del estrés. “Tener buena disposición para hacer sus cosas”, “tener buen ánimo” y “pensar positivo” son las principales prácticas para alcanzar la “tranquilidad”.

Como puede verse, la noción de salud de las televidentes dista en gran medida de la noción promovida en los programas analizados. Mientras los productores conciben la salud desde un enfoque biologicista centrado en la enfermedad y su prevención, las televidentes la entienden, además de esta postura, desde el equilibrio, el bienestar y la estética. Esto será parte de la discusión que se ofrece en el capítulo conclusivo de esta tesis.

Estas tres últimas acepciones también desvinculan la salud de su mirada individualista que promulgan los programas de televisión en la medida que para alcanzar el equilibrio y el bienestar, en especial, se requiere de la relación con, al menos, los círculos más cercanos. La salud, así, depende de la interacción con los otros, destacando su sentido relacional. La estética, si bien podría considerarse un asunto más individual, tiene una connotación más social cuando el sentido de verse bella apunta a impactar positivamente la relación con los otros.

### **3.4.1. ¿Qué las motiva a estar saludable?**

Las televidentes revelaron tres motivantes que las impulsa a estar saludables: 1. la búsqueda del equilibrio, 2. el padecimiento de alguna enfermedad o su prevención y 3. el verse bien estéticamente. La búsqueda del equilibrio se refiere a la conciencia de ciertas prácticas

cotidianas consideradas “buenas” y “malas” para la salud que son realizadas hasta alcanzar unos niveles básicos de bienestar. Esta aterriza en la frase: “el que peca y reza, empata”. “Me pongo a arreglar la casa, salgo a trotar, me gusta mucho caminar... Pero también soy viciosa: me gusta el traguito [consumir licor] y me gusta el cigarrillo... Sí, como quien dice: el que peca y reza empata” (Luz Dary Cano, 55 años, bachiller, nivel socioeconómico medio-bajo).

El padecimiento de enfermedades o su prevención es otro gran motivante para estar saludable. La enfermedad obliga, a quienes la padecen, a realizar prácticas saludables y a buscar información constante al respecto: “A mí sí me toca estar todo el tiempo moviéndome o me pego... La otra vez me quedé como 15 días sin caminar porque me cogió un virus y casi que no despego... Me dio mucha lidia volver a caminar” (Olga Saldarriaga<sup>40</sup>, 64 años, bachiller, nivel socioeconómico medio). De igual manera, quienes no están enfermas, pero esperan no estarlo, son impulsadas a mejorar sus prácticas de salud. El temor a la enfermedad las motiva a estar saludables: “El tiempo le cobra factura tarde o temprano a uno. Es mejor ponerse las pilas desde ahora para que más adelante no lo coja a uno una enfermedad... Conozco muchos casos cercanos” (Yury Had Gómez, 27 años, profesional, nivel socioeconómico medio).

El “verse bien”, “bonita”, es el último motivante anunciado por las televidentes. Sin importar la edad, ellas afirman que la estética las moviliza a realizar prácticas saludables. En este sentido, hay una relación estrecha entre salud y estética: “Cuando uno va viendo que los gorditos empiezan aparecer entonces uno se pone las pilas... Yo soy de las que hago dieta y salgo a caminar más seguido porque, como decía mi mamá, a los gorditos solo los quiere la mamá” (Dioselina Marín, 58 años, bachiller, nivel socioeconómico bajo).

Un último motivante potente para estar saludables, incluso buscar información sobre buenos hábitos y estilos de vida, es el cuidado de su familia, en especial los hijos. La mayoría de las televidentes indicaron que antes de tener sus hijos, la preocupación por mantenerse saludable era mínima: “Yo la verdad era muy relajada con eso de la alimentación... Pero cuando uno tiene hijos es donde empieza a darse cuenta que la cosa es seria, y por ellos uno cambia...

---

<sup>40</sup> Desde los seis años de edad Olga sufre de Artritis Reumatoide, la cual le ha impedido tener una movilidad corporal normal.



Yo no le voy a dar a mis hijos Coca Cola, y eso que yo sí he tomado casi toda mi vida” (María Cristina Mejía, 64 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio).

Lo anterior concuerda con estudios que indican que el cuidado a los hijos es el camino principal por el cual las mujeres adquieren nuevas experiencias de aprendizaje para cuidar la salud de los demás y desarrollan un aprendizaje bastante amplio de conocimientos (Carosio, 2008).

### **3.4.2. Fuentes de salud a partir de donde construyeron su noción de salud**

Ahora bien, el conocimiento sobre el cuidado de la salud proviene de diversas fuentes, las cuales les han aportado desde la infancia de las televidentes. Se identificaron 5 grandes fuentes desde donde ellas construyen su noción de salud y de su respectivo cuidado. El siguiente orden, vale aclarar, no es jerárquico. El conocimiento es salud proviene de:

- La familia, principalmente de las madres y las abuelas.
- Las vecinas, amigas y sus familiares.
- Médicos, enfermeras, farmaceutas.
- Médicos alternativos: acupunturistas, rezanderos, terapeutas orientales.
- Medios de comunicación: en el siguiente orden: Televisión, Radio, Internet, libros y revistas.

Lo anterior coincide con algunas investigaciones enfocadas en explorar los agentes que operan en la conformación del saber femenino relacionados con el cuidado de la salud. En una de ellas los hallazgos indican el papel que tienen las diferentes interacciones sociales de las mujeres en el desarrollo de sus prácticas de cuidado de salud. Entre las interacciones más representativas están: “los servicios de salud a través de la consulta, la influencia de los medios de comunicación (en especial la televisión); el uso de la farmacopea; el contacto con los médicos tradicionales; la transmisión de conocimientos de sus abuelas (os), madre, mujeres de la comunidad y finalmente, por su propia observación y quehacer cotidiano de cuidado a la salud de la familia” (Hernández Tezoquipa et al., 2001, p. 446). El estudio concluye que las diferentes interacciones sociales en las que las mujeres se encuentran inmersas determinan la

forma como construyen el qué y el cómo del cuidado a la salud de su familia y el de la suya propia.

Las mujeres, además, utilizan diferentes enfoques para identificar y diagnosticar enfermedades y males que se les presentan tanto a ellas como a los miembros de sus familias. Para ello utilizan diferentes sistemas curativos como el doméstico, el alternativo y el biomédico. Dentro del sistema doméstico sobresalen tratamientos con plantas y la automedicación; en el alternativo se acude a diferentes expertos de áreas diferentes a la biomedicina; y el biomédico enmarcado al sistema occidental e institucionalizado de salud.

Al sistema biomédico, según las televidentes, solo acuden en “caso de urgencia”, es decir, cuando un dolor no pudo ser curado a través de los primeros dos sistemas. Tratan de evitar “al máximo” llegar al médico, al hospital, pues los procesos burocráticos y los tratamientos propuestos por los galenos las “desaniman”, las desmotivan: “Me tengo que estar muriendo para que yo vaya donde el médico... Porque yo no voy a perder toda la mañana allá [en el hospital] haciendo vueltas y entregando papeles para que me manden lo mismo de siempre: acetaminofén” (Paula Ruiz, 40 años, bachiller, nivel socioeconómico medio-bajo). Sin embargo, reconocen que el sistema biomédico es necesario en los momentos de crisis, de emergencia.

Ya vimos en el capítulo 2 la conexión entre mujer y salud expresada tanto por las televidentes como por los productores. Los párrafos anteriores refuerzan la importancia que para ellas tiene la televisión como una fuente de información y conocimiento sobre salud. En lo que sigue se tratará de dilucidar cómo se da el proceso de recepción-apropiación-acción de dichos mensajes, apropiación que es concebida aquí como el proceso en cual la teleaudiencia resignifica, en palabras de Orozco, esto es, le da sentido en su propio esquema de representaciones y prácticas e integra a sus experiencias, la información que reciben.

#### **4. APROPIACIÓN DE LOS CONTENIDOS TELEVISIVOS**

Hasta este momento se han presentado las teorías de las audiencias y la recepción televisiva. Se ha mostrado que los productores de televisión tienen claridad sobre esta audiencia: los

horarios en los que ven televisión, sus gustos, preferencias e intereses, lo que las motiva a ver televisión y, finalmente, sus roles al interior de la familia y en los entornos sociales en los que ellas viven. Se pudo identificar en los programas analizados una fuerte tendencia a ofrecer contenidos que, en primer lugar, interesen a esta audiencia y, en segundo lugar, que además les proporcionen información, conocimiento e incluso herramientas que puedan ser aplicadas por ellas en su vida cotidiana. Dada la vinculación de la mujer con un rol de cuidadora, no sorprende que la programación sobre temas de salud, o del cuidado en general, se haya incrementado en los últimos años, dada, además, la mayor penetración de este medio masivo en los hogares y en las vidas de las personas.

Los estudios sobre la audiencia y la recepción pretenden en general comprender la influencia que la televisión tiene en las vidas de los/las televidentes. La literatura plantea las implicaciones de la televisión sobre la salud en dos sentidos: la primera, es que la televisión, proporcionalmente al tiempo de exposición, puede influir en la apropiación de comportamientos no saludables cuando se convierte en el foco de las actividades de las personas y favorece el sedentarismo. También, según la teoría de la cultivación, una de las más importantes con relación a la influencia que la televisión tiene sobre la audiencia, a más tiempo de exposición, más susceptible es la persona de asumir como real y válido lo que ve en la televisión, aunque los mismos estudios señalan que la experiencia y el conocimiento son factores que reducen esta influencia televisiva (Russell & Buhrau, 2015).

La segunda, es que ha sido demostrado que la televisión puede influir en la formación de opinión y en la apropiación de información por parte de los televidentes, especialmente cuando los contenidos se presentan en ciertos formatos y cuando los contextos socioculturales favorecen dicha apropiación (de Aguilera Moyano & Pindado Pinado, 2006). En este punto, tanto es negativo como positivo su aporte, pues como puede transmitir mensajes concernientes a “sentirse bien” ligados al consumo de licores, alimentos o tabaco e influir en la configuración de conductas violentas o nocivas para la salud (Russell & Buhrau, 2015; Strasburger, 2005), puede influenciar de manera adecuada y positiva a las personas en cómo

conciben los asuntos relacionados con la salud (H. Lee, Lee, Park, Willis, & Cameron, 2013; Singhal & Rogers, 1999; Tanner, Friedman, & Zheng, 2015; Tufte, 2008).

Se ha concluido que las campañas realizadas a través de los diferentes géneros y formatos televisivos han propiciado mayor reconocimiento y conocimiento de un problema de salud y también han modificado creencias que impiden la adopción de actitudes y conductas saludables; así mismo se concluye que estimulan la búsqueda de información y enseñan habilidades y conductas (Arroyave, 2008; Bustamante B., Aranguren D., & Argüello G., 2003; Christenson & Ivancin, 2006a; Fuenzalida, 2005; Marín Díaz, 2005; Medrano Samaniego, 2008; Orozco Gómez, 1992; Tufte, 2004a; Warner, 1987).

Es posible decir que la televisión es, en ciertos contextos socioculturales, una fuente esencial a través de la cual las personas adquieren conocimiento o toman conciencia de un asunto relacionado con la salud y con su importancia. Recientes estudios afirman que la televisión es una de las fuentes más influyentes a través de la cual los jóvenes adquieren creencias acerca de comportamientos de consumo, de licor o tabaco (Russell & Buhrau, 2015). Así mismo, se ha comprobado que en Estados Unidos, por ejemplo, a pesar del incremento de fuentes de información en las redes sociales y el internet, una fuente primaria son las noticias locales en la televisión (H. Lee et al., 2013; Tanner et al., 2015). La televisión puede ser fundamental para aportar con información y formación a personas que tienen dificultades en el acceso a información sobre salud disponible en otros medios; por ejemplo, según Espanha (2009) personas en alto riesgo de enfermedades crónicas o con estilos de vida no saludables están más expuestas a ciertas franjas horarias como el *prime time*.

Con esta evidencia, se justifica la posibilidad de aportar a la comprensión de los procesos, ya no solo de recepción, sino de apropiación de contenidos, preguntándose por las condiciones necesarias para que las personas con lo visto en la televisión puedan establecer, modificar o fortalecer no solo la información y el conocimiento que ya tienen, sino sus comportamientos y estilos de vida y, por qué no, sus prácticas políticas y ciudadanas con respecto a la salud.

En este sentido, se considera que la noción de apropiación remite a un nivel adicional más profundo que la de recepción. Ahora bien, se identificó que la apropiación podría clarificarse en modalidades, lo cual también hizo parte de esta indagación. Para ello, fue necesario analizar textualmente los contenidos de 4 emisiones que fueron televisadas por parte de las mujeres que fueron entrevistadas en un primer momento durante el trabajo de campo, con el fin de identificar con ellas, primero, qué conocimientos tenían previos al programa; segundo, qué interés suscitaban los contenidos; tercero, después de visionadas las emisiones seleccionadas, qué recordaban y qué les parecía útil, con miras a la acción o que habría ya aplicado.

Siguiendo a Orozco se pretende identificar cómo se dan las actividades que la audiencia ejecuta durante su proceso de interacción con la “pantalla”: “enrolarse” en diversos grados de involucramiento y procesamiento del contenido televisivo, así como en secuencias distintas y ritmos diferentes (Orozco Gómez, 1996). Según este autor, el proceso inicia por la “atención”, luego la “comprensión”, la selección, la valoración de lo percibido, su almacenamiento e integración con informaciones anteriores y apropiación y una producción de sentido (Orozco Gómez, 1996). Más allá, lo que busca esta tesis es identificar si se trasciende la apropiación y producción de sentido hacia la transformación en prácticas o acciones que puedan ser consideradas ejercicios ciudadanos en salud.

De modo que el análisis que sigue supera el estadio de la recepción, para avanzar hacia el de apropiación y transformación en prácticas y acciones. Para ello es necesario conocer cuáles eran los mensajes de las emisiones seleccionadas y, luego, ver las fases o momentos del proceso descrito por Orozco Gómez, para ver si se llega hasta una fase, en donde se produce sentido que se traduzca en acción o práctica.

#### **4.1. Contenidos televisivos de los cuatro programas visionados por las televidentes**

A continuación se describirán los 4 episodios que se vieron con las televidentes. Como se mencionó en la metodología, a 10 de ellas se les indagó por las interpretaciones de estos contenidos, no sin antes verificar antes de verlos, los conceptos que allí se desarrollarían.

### **Programa: Los Buenos Años. Tema: La hernia del núcleo pulposo**

El programa inicia con el saludo que le hace el presentador a Georgy, el esqueleto humano que hace parte del set de grabación, quien a su vez saluda a la audiencia. Después, Jorge Vélez presenta el tema del día: “Qué rico tener hoy a los televidentes para contarles sobre la hernia del núcleo pulposo. ¿Qué es eso? Una hernia en la columna... Hablaremos, entonces de las causas, manifestaciones, cómo se puede diagnosticar y posibles tratamientos...”.

Al igual que en otros episodios, Georgy hace mofas sobre sí mismo (“Yo estoy pasmado ¿no me ves congelado?”), lo que produce risa en el presentador. A su vez, el presentador le sigue el juego a Georgy y bromean sobre la muerte y el hecho de ser un esqueleto.

El desarrollo del tema comienza con la presentación de la sección “Acerca de...”. Esta nota es narrada por una voz en off y define, en lenguaje técnico, la enfermedad. El video inicia con una imagen de un cuerpo masculino de espalda, el cual se toca con su mano la zona donde se produce la hernia. Esta zona está en color rojo. También se exponen imágenes de los “discos intervertebrales” desde varios ángulos. Luego aparece un hombre y una mujer con sus manos en la columna, haciendo gestos de dolor. Por último, otras figuras humanas, en versión de radiografías, aparecen. Una luz roja se enfoca en la zona afectada por la enfermedad.

Mientras se van pasando estas imágenes, la voz en off narra: “La hernia del disco pulposo es una enfermedad en la que parte del disco intervertebral o núcleo pulposo se desplaza hacia la raíz nerviosa, la presiona y produce lesiones neurológicas derivadas de esta lesión. Pueden ser contenidas, lo que indica una deformación también llamada protrusión discal o conrotura. La hernia provoca dolor en la zona lumbar. Duele por inflamación del periostio en las vértebras, las articulaciones, la duramadre, el anillo fibroso, el ligamento vertebrado longitudinal posterior y los músculos lumbares de la columna. Una hernia discal puede producir una serie de manifestaciones clínicas, entre las más frecuentes están el lumbago y la ciática”.

Concluida la nota, sale de nuevo en escena Jorge Vélez, quien le dice a Georgy que le mandaron un regalo; la cámara enfoca sus manos con el objeto: se trata de un “brillo” para los

labios. El esqueleto afirma que lo usará el sábado en la noche, causando risas en el presentador. Luego del chiste, Georgy invita a continuar con el tema que los convoca. Jorge cambia su expresión y comienza a explicar de qué se trata la enfermedad.

Para ello, el presentador se acerca a una pantalla, ubicada al lado del esqueleto, y dibuja dos vértebras, dejando un espacio entre ambas. En el espacio grafica el “disco intervertebral”. Su exposición se enfoca en este espacio. Para lograr que los televidentes no pierdan de vista dicha zona, Jorge utiliza los dos marcadores con lo que dibuja y los pone uno encima del otro en forma vertical. Una de las tapas de los marcadores, de color rojo, queda justo en la mitad. Esa tapa roja, repite el presentador, es “núcleo de la vértebra”, es decir, el núcleo pulposo. Dicho esto, vuelve al tablero y dibuja la misma zona pero desde otro ángulo. También usa a Georgy para mostrar el lugar exacto donde se puede presentar la hernia.

Mientras el presentador va explicando cómo se produce la hernia, utilizando un lenguaje técnico, el esqueleto le va preguntando por el significado de dichas palabras, que son clarificadas a partir de sinónimos.

En un momento, Georgy manifiesta que tiene una hernia, pero no siente dolor, y Jorge le contesta: “No siempre las hernias producen dolor, se llaman abombamientos o discopatías”, y ocurre cuando el núcleo, una vez se sale de su espacio (hernia), “...no toca la médula o la raíz nerviosa”, razón por la cual muchas personas la pueden tener pero “asintomático, no produce dolor”.

Jorge menciona que para detectar la hernia se realiza un examen llamado “placa radiológica”, la cual permite ver el espacio existente entre vértebra y vértebra con el fin de determinar si dicho espacio es “normal” o está “disminuido”. Al tiempo que expone, sigue con el ejercicio de dibujar en el tablero.

A través del audífono, le anuncian a Jorge que debe salir a “Mensajes”; esto provoca un corto diálogo en el que Jorge le pregunta a Georgy si había ido a “Almacentro”, un centro comercial de Medellín. Este le responde sobre lo “bonito”, “agradable” y “cómodo” del lugar.

Después, ambos mencionan los números telefónicos de las sedes de Arthros en la ciudad e inicia el espacio comercial donde se anuncian los patrocinadores del programa.

El primer comercial, como siempre, es de la “IPS Arthros, Centro de fisioterapia y ejercicio”, empresa del Jorge Vélez. Luego, el mismo Jorge hace una invitación a “practicar actividad física diariamente”, campaña promovida por la Alcaldía de Medellín. Un tercer comercial vende el “producto emblemático de Televid para esta navidad”, un reloj decorativo con forma de pesebre llamado “La hora del salvador”. En los dos siguientes comerciales se les invita a los televidentes a asistir a una obra de teatro sobre la navidad y a una conferencia en la que participarán los “sacerdotes de Televid”. No es claro si los eventos tienen algún costo. El último comercial vende un producto, se trata de “El niño Jesús en la cuna”, una artesanía promovida por Televid y el periódico El Colombiano.

Terminado el bloque comercial, el presentador recapitula sobre lo expuesto en la primera parte: “Mostramos, hicimos una gráfica de cómo era la hernia... No solo las hernias se presentan a nivel cervical o lumbar, hay hernias también a nivel torácico. Esas hernias son del núcleo pulposo... aquí cuando hablamos del núcleo pulposo es porque se sale el núcleo del disco intervertebral. El disco intervertebral es un tejido fibrocartilaginoso, es un amortiguadorcito, que va fallando y que se va desgastando a medida que vamos envejeciendo... Lo podemos acelerar que ese proceso de deterioro ser mayor o menor de acuerdo al uso que yo le dé a la columna. Si yo tengo sobre carga, utilizo mal la cabeza o tuve lesiones como síndrome latigazo o me caí o tuve traumas de impacto como un accidente”.

A medida que Jorge va explicando las causas de la enfermedad, unas imágenes del lugar donde se produce la hernia aparecen en primer plano. Allí la hernia se puede ver de manera lateral y desde arriba. Estos ángulos permiten “apreciar mejor como el núcleo se va desprendiendo del disco intervertebral”. Sobre esta imagen proyectada en la pantalla del set, Jorge dibuja el desprendimiento de dicho núcleo contra la médula, y le pregunta a Georgy “Si no es en la raíz nerviosa sino en la médula, ¿cómo se llama la enfermedad?” Antes de que el esqueleto pueda responder, Jorge dice: “Mielopatía. Entonces uno puede tener una Mielopatía



desde arriba y generar un compromiso hacia abajo. El paciente pierde sensibilidad y movimientos en las manos y de las piernas”.

Luego menciona Jorge que esta enfermedad se puede diagnosticar con la historia clínica o con una prueba llamada Lasagué positiva, “que es levantar la pierna, el paciente acostadito boca arriba, el clínico le levanta la pierna irritando la raíz nerviosa, produciéndole dolor, dolor incapacitante”. En vista de que el término Lasagué no fue entendido por Georgy, quien intentó repetir la palabra sin lograrlo, Jorge la escribió en la pantalla y dijo que el origen de esta se debe a “un señor que estaba por ahí muy desocupado la nombró así”.

Finalmente, una última imagen aparece en pantalla: otra figura humana de espaldas en la que se resalta una de las piernas. Sobre esta pierna, Jorge dibuja un nervio y explica: “Sobre este nervio permite la sensibilidad de movimiento, esa es la ciática, al paciente le dificulta caminar en puntas de pies o en talones. Si hay un compromiso que es la raíz S1, el paciente va a tener dificultad de caminar en la punta del pie porque la raíz S1 es la que va a llevar a los músculos gastrocnemios, los músculos plantiflexores. Si fuera una raíz S5, el paciente no podría caminar en talones, cuando el compromiso ha generado pérdida del axón que vuelve el nervio. Este nervio tiene un recubrimiento, cuando hay compresión se va perdiendo ese recubrimiento”.

Jorge mira a Georgy y le dice “Se nos acabó el tiempo... Con quién tenemos que hablarnos para que esto sea más largo”. El presentador abraza al esqueleto, mira la pantalla y se despide de los televidentes, no sin antes mencionar lo “terapéutico” que es para él realizar el programa, al tiempo que aparecen los números de las tres sedes de su empresa.

**Programa: el ABC de la salud, Noticias RCN. Tema: El uso del aceite de cocina**

Inicio de la sección de salud. Presentadora del noticiero: “Tenga mucho cuidado con la forma como usa el aceite de cocina, expertos aseguran que se pueden convertir en un producto tóxico para el organismo cuando se reúsa”.

Voz en off (Martha Ospina. Informa): “En toda cocina colombiana el uso de aceite es indispensable. Papas fritas, patacón, yuca y huevos son algunos de los productos preferidos por los comensales; sin embargo, el mal uso de este producto puede ser fatal”.

Mientras la voz en off menciona lo anterior, pasan unas imágenes de apoyo de unas empanadas y unas papas criollas que caen en una olla con aceite hirviendo. Luego una imagen de unas papitas fritas exhibidas en la calle. Y una mano, en primer plano, volteando con un recipiente un alimento en la olla con aceite.

Luego aparece una experta (María Cristina Prieto. Referente alimentos sanos y seguros secretaria de salud, dice un cuadro de texto): “No se debe comprar en tiendas o en establecimientos que se reenvasen en ese momento, en vehículos que van vendiendo por la calle”.

Continúa la voz en off: “Cuando el aceite comienza a humearse está iniciando la combustión de la grasa, es decir que se está convirtiendo en un producto quemado, tóxico y cancerígeno”. Mientras esto se dice, se muestran de nuevo imágenes de ollas en las que se están fritando empanadas, papas criollas. Primeros planos de los aceites en las ollas realizando el proceso de combustión.

Entra a escena de nuevo la experta: “Cuando lo utilice no lo mezcle con el que le queda limpio. Puede reutilizarlo pero teniendo especial cuidado que no tenga, no le perciba un mal olor, un color más oscuro”.

Voz en off: “Si usted se preocupa por la salud y compra aceite de la mejor calidad, por ejemplo aceite de Oliva, debe ser consciente de que son los más sensibles al calor y también se vuelven tóxicos al reusarlos”. Acompaña a la voz imágenes de una olla más grande, la misma que utilizan en los restaurantes, fritando empanadas. Otra imagen en la que aparece una mano de una mujer adulta, echándole aceite a una carne que igual se está fritando en aceite. El contacto del aceite caliente con el aceite frío, produce humo. Al parecer, ese aceite es de Oliva, como lo menciona la narradora.

Experta: “Para utilizarlo es mejor que esté caliente previamente. No adicionarle agua para evitar tipos de problemas en su preparación. Puede que tenga la carne bien con mi cadena de frito, pero si tengo un aceite que es reutilizado, que lo tengo sucio, está rancio, puede generarme un problema en la salud, una enfermedad transmitida por alimentos”. Imágenes de apoyo: se muestran diferentes tipos de ollas y sartenes en los que se fritan empanadas.

Voz en off: “El peligro de reutilizar aceite se explica con un ejemplo tan sencillo como la contaminación del agua: un solo litro de aceite usado puede contaminar hasta mil litros del preciado líquido”. Imágenes de apoyo: se muestran, en un plano más cerrado, una papitas fritas que se venden normalmente en la calle. Luego se abre el plano y se ven exhibidas las papitas en un puesto callejero. Finalmente, se reúsan las mismas imágenes del inicio: ollas y sartenes en los que se fritan. Primeros planos de las empanadas y las papas criollas fritándose.

La sección termina con un primer plano del presentador principal del noticiero, quien dice: “¡Hay que tener mucho cuidado!”.

**Programa: sección de salud Noticias Caracol. Tema: navidad no es sinónimo de excesos y campaña sobre la pobreza**

La sección de salud de la Doctora Fernanda comienza casi finalizando el noticiero. La entrada a la sesión la realizan los dos presentadores principales, quienes hacen referencia a la llegada de la navidad y las costumbres alimenticias de esta época para, luego, dar paso a los “consejos de la Doctora Fernanda”.

Aparece en pantalla la presentadora de la sección, quien da las buenas tardes desde otro set. Viste un vestido de color morado con una bata médica encima y en sus manos unas hojas color blanco. Al fondo se encuentra una pantalla grande que muestra una imagen de comida navideña; a la izquierda, buñuelos, y a la derecha, una figura humana. Mientras tanto, aparece un cuadro de texto que dice en letra mayúscula: “En vivo. dra. Fernanda Hernández M. Noticias Caracol”, y más abajo los titulares de otras noticias en twitter. Esta parte prevalece en el zócalo durante la sesión de salud.

Después de saludar, la Doctora Fernanda expresa: “Debemos empezar a desmontar mitos: navidad no es sinónimo de excesos. Podemos comer buñuelos, natillas y demás, siempre y cuando recordemos la palabra clave: moderación; de lo contrario el comienzo del año estará lleno de lamentaciones por los kilos de más. Algunos consejos: coman despacio, masticar bien hace que se llene más rápido, evite picar, sirva en un plato lo que se va a comer y que este sea idealmente pequeño, llegue lleno a la novena o negocie con el desayuno y el almuerzo para poder darse un gustico en la noche”. Y finaliza con una afirmación “Sí se puede tener una novena saludable”. Durante su intervención, se mantiene un plano general.

Se le da paso a un vídeo narrado por una voz en off donde muestran imágenes de diferentes comidas típicas navideñas, cenas familiares, personas consumiendo los alimentos y otras haciendo ejercicio. La voz en off retoma lo expuesto por la Doctora Fernanda y luego la información es ampliada por una experta en nutrición (Adriana Ruíz, dice el cuadro de texto), quien aparece hablando desde un espacio abierto.

Afirma: “Siempre los vegetales ¿No?, las ensaladas, las verduras, las frutas. No siempre que sean postres dentro del plato o en la mesa. Prefiera jugos naturales, evite bebidas muy azucaradas y el exceso de alcohol. Y a la hora de preparar sus pasabocas debemos utilizar leche descremada, leche baja en grasa, disminuir el azúcar o en ocasiones utilizar algún edulcorante artificial, consumir preparaciones al horno, a la parrilla, a la plancha, pues va a ser mucho más adecuado porque los fritos, los rebosados y apanados van a tener muchísimas más calorías”.

Luego la voz en off: “No se olvide de hacer ejercicio y durante el resto del día balancee su alimentación”.

Especialista: “Lo que sí podemos hacer es modificar la cantidad de carbohidratos o harinas y azúcares que consumimos durante el día, entonces sí sabemos que vamos a ir a dos novenas vamos a disminuir la cantidad de harinas que consumimos al desayuno y al almuerzo”.

Luego aparecen personas que son abordadas en la calle por periodistas de Caracol, hablando acerca de sus malos hábitos alimenticios en diciembre y su conocimiento acerca de cómo sería una buena alimentación en diciembre.

Concluye la voz en off: “Con estas medidas usted puede evitar el aumento de peso que según la nutricionista Adriana Ruíz, puede ser de hasta dos kilos por semana”.

Para hacer un tránsito hacia la siguiente noticia, la Doctora Fernanda dice: “Pero no para todos es celebración: 842 millones de personas en el mundo pasan hambre”. La segunda noticia es desarrollada por la misma Fernanda: “Precisamente para llamar la atención, por eso una ONG llamada Manos Unidas lanza una campaña llamada *Efectos de la pobreza*. Esta es la imagen de la campaña, habla por sí sola, en ella se invita a las personas a subir una foto en un simulador que aplica cuatro filtros especiales que cambian el rostro para mostrar los efectos de la explotación, la enfermedad y la injusticia. La foto se podrá compartir en las redes sociales como apoyo a la ONG en su lucha por más de 55 años contra el hambre en el mundo, aseguran que es muy difícil sensibilizar sobre el tema. La iniciativa comienza la próxima semana y se podrá acceder a ella a través de Facebook y la página [www.efectosdelapobreza.org](http://www.efectosdelapobreza.org)”.

Mientras la Doctora Fernanda presenta la información, aparece la imagen de la campaña: una imagen dividida en la que aparecen la misma mujer: al lado derecho la mujer está joven y luce saludable; y al lado izquierdo la misma mujer pero con el rostro demacrado. La imagen está acompañada de una frase: “La vida pasa para todos, pero no para todos pasa igual”.

La Doctora Fernanda finaliza la sesión deseando una feliz tarde y le da paso nuevamente al presentador del noticiero, quien continúa con las demás noticias del día.

**Programa: Medellín Ciudad Saludable. Tema: el acceso a los servicios de salud en Belén.**

El programa comienza con un cabezote de 29 segundos que, luego de desvanecerse, da la entrada a los dos presentadores: el periodista Felipe Aramburo y la médica Fanisabel.

Felipe saluda a los televidentes y cuenta que el episodio de ese día hace parte de una trilogía temática sobre el acceso a los servicios de salud. El tema del día es: “El acceso a los servicios de salud en Belén”. El tema surge de una investigación realizada entre la Secretaría de

Salud y la Universidad de Antioquia para revisar el tema en varios sectores de Medellín. Puntualiza que esta vez se hablará del acceso a los servicios de salud pero en la comuna 16, Belén.

El presentador introduce el tópico con los datos estadísticos acerca del número de personas afiliadas a los regímenes subsidiado, contributivo y especial. Luego presenta al invitado del programa, Fabián Ibarra, funcionario público de la Secretaría de Salud, subsecretaría de gestión de los servicios de salud y un experto en el sistema general de seguridad social en salud.

Felipe y Fanisabel –la médica presentadora– aclaran a la audiencia que se hablará solo del caso de Belén, para lo cual invita a la comunidad del sector a participar llamando al teléfono que aparece en pantalla. La aclaración se debe a que no se puede generalizar los problemas de acceso de una comuna con respecto a las otras.

Los primeros conceptos sobre el sistema de salud los menciona Fanisabel, quien enfatiza en que se debe diferenciar los “centros básicos” de las “unidades hospitalarias”: “Las personas por alguna razón que es ajena al sistema de salud, por preferencias, por situaciones sociales, económicas, no consultan en estos centros básicos, consultan más en la Unidad intermedia, como antes lo llamábamos, la Unidad hospitalaria y esto hace que muchas veces se colapsen los servicios y que esta demanda no pueda ser satisfecha”.

Felipe realiza varias preguntas al respecto “¿Será que hay un problema de credibilidad frente a los centros de salud o incluso un desconocimiento de la existencia de los centros de salud?, ¿Será que ese referente de la Unidad hospitalaria es tan atractivo y tan fuerte que lleva a que la comunidad de una vez se vaya para allá? Ahora miramos todo eso. Primero veamos este informe ¿Cómo está hoy el acceso a los servicios de salud en la comuna 16 en Belén? Tema que nos convoca en Medellín, ciudad saludable”.

Dicho de otro modo, el programa invita a los usuarios del sistema de salud de Medellín a que consulten en los centros de salud que les corresponde (menor nivel de complejidad) y no en las unidades hospitalarias (mayor nivel de complejidad). Esta práctica hace que las unidades

colapsen, pero, por otro lado, reconocen que los usuarios no consultan en los primeros lugares porque “no los conocen” o porque conociéndolos prefieren ir a las unidades porque allí los han atendido y les han resuelto sus problemas de salud tradicionalmente.

El video que menciona Felipe es un contexto general e introductorio sobre el tema del día. Voz en off: “Hoy queremos explorar las dificultades, obstáculos o barreras que existen en el acceso a los servicios de salud en diferentes zonas de la ciudad; para ello eligieron tres espacios fundamentales: San Javier, Manrique y Belén, siendo este último lugar desde el cual los saludamos el día de hoy, Belén. Una zona habitada por alrededor de 194.900 personas y que en materias de instituciones prestadoras de servicios de salud cuenta con una unidad intermedia y cinco centros de salud: Belén Rincón, Poblado, Guayabal, Alta Vista y Trinidad. Hoy, juntos, analizaremos las dudas que nos aquejan con respecto a este servicio y analizaremos cómo conjuntamente podemos mejorarlo desde los proyectos y estrategias que se adelantan con la comunidad”.

En el video se muestran imágenes del Parque de Belén, consultorios médicos y al personal de salud atendiendo usuarios en la unidad hospitalaria. Una vez concluido, Felipe realiza una pregunta para dar paso al invitado del día: “¿Cuáles con las dificultades, las barreras, bueno, también las oportunidades, las fortalezas que tiene el acceso a los servicios de salud en Medellín?”. Pero antes de darle la palabra al experto, Felipe da un dato importante: “10.012 personas en la comuna 16, Belén, no están afiliadas, no están en ninguno de los regímenes de la seguridad social en el país. ¿Por qué pasa eso Fabián? ¿Qué sucede ahí?”.

El invitado saluda a los televidentes y responde: “Medellín no es la única que está afectada con que las personas que teniendo derecho a estar afiliadas no lo hagan. Entonces ya estás dándonos un dato que son 30.000 que están el régimen subsidiado y deberían ser 40.000, en realidad esas 10.000 personas hoy están siendo atendidas solo por servicios de urgencias, pero cuando necesitan los servicios complementarios tienen problemas y barreras porque justamente esa es la razón del aseguramiento, permitir que en las personas que están en el régimen subsidiado, que en este caso hoy tienen solo una EPS, es decir, es mucho más fácil de gestionar, tengan de esta forma garantizado que un servicio de salud que requieren de tipo

especializado lo encuentren sin las dificultades que hoy tienen los mal llamados vinculados. Estos 10.000 corresponden a los denominados vinculados y hoy estas personitas las estamos convocando porque a partir del año entrante el sistema de salud, que tiene hoy ya tantas dificultades, va a experimentar unas aún peores en los que la atención a los vinculados va a ser una de las más afectadas, es decir, tienen que estar afiliadas cuanto antes porque tienen el derecho, hay los cupos, tenemos los esfuerzos presupuestales y no hay razón para no estar afiliado”.

Felipe pregunta de nuevo: “¿Qué hacer para entrar al régimen subsidiado?”. Fabián explica cómo es el proceso de afiliación: “...Tienen la puerta abierta, los invitamos a que la crucen, vayan a Almacerca, vayan a las casas de gobierno o a la Alpujarra o a la misma EPS, donde simplemente el cabeza de familia llena el formulario y se afilia él como su grupo familiar y ojalá los mismos vecinos que vean que tienen las mismas condiciones, es decir, derechos que no están ejerciendo”.

Fanisabel interrumpe y realiza un comentario apoyando la invitación del experto, quien, a su vez, explica cómo son los mecanismos de atención en el régimen subsidiado desde Savia Salud y los puntos de atención de Metrosalud (Red pública de atención en salud).

Luego reciben la primera llamada de una televidente que pregunta por la congestión de las líneas en los centros de salud para la asignación de citas. Felipe afirma que es una de las situaciones más recurrentes cuando se realizan ese tipo de programas, pues las personas llaman a decir que marcan las líneas y no les atienden, no hay citas.

El invitado pide la palabra y responde: “La forma en la que se trata de hacer que la atención de las personas para la asignación de citas sea más ágil siempre llevó a pensar que debía ser a través del teléfono, pero ustedes se sorprenden de lo que hemos encontrado. Es que a pesar de que este es un mecanismo en el que es perfectamente posible confiar porque la cantidad de redes telefónicas y de números telefónicos son suficientes y da buena cuenta de una cobertura suficiente en el servicio, las personas aún prefieren hacer fila y madrugan a hacer fila. Entonces cuando a un centro de salud le hacen una fila 40 y 50 personas, esas personas esperan irse de esa fila con una cita y si en ese centro de salud hay hoy 100 citas para dar, pero



hay 60 personas haciendo fila, no sería justo devolverlos sin esa cita y las otras personas que sí están en sus casas haciendo uso del mecanismo telefónico que es el que hemos promocionado porque nos parece cómodo que es del todo deseable resulta que no van a encontrar esa cita. La mayor parte de las personas que nos cuentan esta dificultad tienen toda la razón porque los callcenter que utiliza Metrosalud resultan insuficientes a la hora de atender o al de la fila o al del teléfono. Usualmente hay un funcionario encargado de eso. Es un proceso de transformación cultural, nosotros quisiéramos que todos, todos, hicieran el uso de su teléfono para pedir la cita, si todos lo hicieran sería posible gestionarlas todas (...) Hay una cantidad de ganancias cuando culturalmente adoptemos los mecanismos de comunicación y que nuestra IPS Metrosalud sepa dónde va a fortalecerse, indudablemente hay un trabajo que hacer para que nuestra IPS se fortalezca más en la capacidad de atención a las personas. Pero creería yo que lo que más podemos hacer como ciudadanos es casarnos con un esquema: o vamos a la fila o vamos al teléfono, y la fila ya es obsoleta, no queremos estimularla. Queremos que la gente use los medios de comunicación y ahí es donde la Secretaría está muy interesada, queremos que Metrosalud se fortalezca, tenga más capacidad de atención y posibilidades de atender todas las llamadas”.

Aparece constantemente en el zócalo: “Tema: Acceso a los servicios de salud en Belén”. Los planos que aparecen son medio y general, el medio se enfoca principalmente en el invitado y el presentador.

Antes de salir a cortes institucionales, se hace una campaña para no festejar la navidad con pólvora. Ya en el espacio institucional se promocionan diferentes eventos y noticias de la ciudad, además de publicitar otros programas del canal Telemedellín.

Ya de nuevo en escena, Felipe recuerda la temática que se está hablando en el programa, revisan el Twitter del programa y lee varios mensajes acerca de eventos en salud impulsados por la Secretaría; además recuerdan los medios de comunicación para participar en el programa.

Después, retoman la pregunta que realizó la televidente que llamó y Fabián explica que, de acuerdo a los puntajes de las encuestas del Sisbén, se puede acceder a ciertos programas de la ciudad. Y se recibe otra llamada la cual la responde Fanisabel. La televidente denuncia un caso sobre la falta de atención a las llamadas telefónicas; dice que lleva un año pidiendo la cita y no la ha podido conseguir. El experto interviene y le da dos alternativas: una, comunicarse con la EPS y contarle el caso; y dos, que es importante, después de llamar varias veces sin obtener respuesta, devolverse hacia el médico que lo remitió al especialista para que él sepa qué pasó con el proceso del paciente y busque nuevas alternativas.

Felipe hace una pausa y vuelve al tema de los servicios en Belén. Insiste en que las dificultades en el acceso en este sector es la no utilización de los centros de salud porque la gente tiene la referencia de la Unidad hospitalaria y esta se congestiona porque la mayor parte de los usuarios consultan allí.

Interviene nuevamente el invitado y explica que: “En la red pública estamos enfrentando una gran dificultad con los usuarios que, por una parte, solicitan una cita y no la cumplen, esto acarrea que hay personas que no van a poder acceder a esa cita y cuando yo no voy a cumplir una cita, tengo el mecanismo de llamar y decir que no voy, que me la cancelen para que se la puedan asignar a otra persona, pero la verdad es que eso no está ocurriendo y se pierden citas. Además, las personas piden las citas en el centro de atención, no la cancelan y piden otra en la Unidad hospitalaria para que las atiendan más temprano, creyendo que las citas se cancelan automáticamente y eso no pasa. También generan una adherencia con los médicos tratantes y creen que solo están en las Unidades grandes y esto no es así porque los están rotando, entonces lo ideal es que las personas consulten en el centro de salud más cercano a su residencia... Es un elemento de ganarnos la cultura de la gente, de tratar de poner de su parte, de cumplir esos deberes como afiliado que consiste en acatar esas indicaciones, hacer un uso responsable de los servicios, manejar el respeto por los otros ciudadanos que no alcanzan una cita. Entonces cancelemos una cita que no vamos a cumplir (...) Lo que usted necesita probablemente no necesita todos esos recursos y se puede solucionar con lo que un

médico general en un centro de salud más cercano a su casa, con muchas más facilidades, le puede brindar”.

Fanisabel toma la palabra y realiza la invitación a ver un video acerca de los servicios de la Unidad hospitalaria de Belén. Al principio de este se repiten parte del primer video, y luego, Iván García, director Unidad Hospitalaria de Belén dice: “El acceso a los servicios de salud es el instrumento o la manera como las instituciones prestadoras de los servicios de salud ofertan la atención en salud, es decir, si nosotros prestamos unos servicios no tengamos obstáculos o barreras para que el usuario satisfaga unas necesidades o unas expectativas que tiene en todo lo que tiene que ver con salud. La Unidad hospitalaria de Belén tiene servicios del primer y segundo nivel de atención. Somos una Unidad de mediana complejidad, somos uno de los centros de referencia de Metrosalud y otros aseguradores en las áreas de ortopedia, cirugía general, otorrinolaringología, oftalmología, estos son los servicios que nosotros prestamos, en su gran mayoría, a todos los habitantes de las comunas 14, 15 y 16 o a los usuarios que nos remiten de toda la red de Metrosalud y de otros aseguradores y las regiones...”.

Terminado el video, Felipe retoma lo que allí se plantea y dice que la Unidad Hospitalaria de Belén es un punto de referencia en la salud de Medellín. Fanisabel interrumpe a Felipe para recibir una tercera llamada. Es el caso de una señora cuyo esposo sufría de meningitis y al remitirlo a dos especialistas diferentes se quedaron esperando la orden; en consecuencia el esposo falleció a pesar de que la orden era de carácter urgente. Los presentadores y el experto guardan silencio por unos segundos hasta que Fanisabel afirma que ese es uno de los puntos críticos del sistema de salud: las citas con los especialistas y las remisiones.

El testimonio de la televidente abre un nuevo tema: el uso de la Acción de Tutela para defender el derecho a la salud. Felipe afirma que este mecanismo es una posibilidad que se debe tener siempre presente para hacer valer los derechos, razón por la cual introduce un tercer video en el que aparece una asesora del despacho del personero de Medellín, Diana Patricia Guerra Maso. La funcionaria expresa: “Quisimos saber cómo está el panorama de tutela frente a los asuntos de salud y qué están haciendo desde la personería para descongestionar y

agilizar ese servicio, es decir, para que los ciudadanos puedan acceder de manera fácil y rápida al sistema sin tener que pensar que esa es una alternativa para que los atiendan”. En el video también se muestra cómo la personería implementa varias estrategias para disminuir las tutelas en salud, la formación y acompañamiento a los usuarios de los servicios de salud y ayudar a mejorar la atención de los centros de salud.

Después de este, el programa sale a los últimos cortes institucionales. Una vez concluidos, se expone un nuevo video que pone en escena otro tema diferente: la movilidad sostenible en Medellín. Al final, aparecen nuevamente en set Fanisabel quien comenta: “una movilidad sostenible ayudará a tener una Medellín más saludable”.

Posteriormente, Felipe cambia de nuevo de tema e invita a llenar una encuesta online acerca de cuáles son los elementos para tener una ciudad más saludable. Fanisabel toma la palabra y abre espacio para otra llamada. Otra vez una televidente trae al debate el colapso de las líneas telefónicas para pedir la cita.

Al respecto, Fabián dice que eso es recurrente en ese sector de la ciudad y que se están realizando “muchos esfuerzos para mejorar el servicio de Metrosalud”. Además recomienda nuevamente que las personas sean más respetuosas y solidarias con el uso de las llamadas y que si no asisten a las citas las cancelen para procurar que el uso de los servicios de salud sea adecuado.

El episodio concluye cuando Felipe le da las gracias al invitado. Este se despide afirmando que “las puertas de la Secretaría están abiertas para llevar las inquietudes de la ciudadanía frente al tema de acceso”. Fanisabel, por su parte, menciona el tema del programa del día siguiente: el uso de la pólvora. Mientras tanto van apareciendo los créditos del programa.

#### **4.2. Factores que posibilitan la recepción desde las televidentes**

Una vez vistos con las televidentes los cuatro programas descritos, se identificó que algunas características y aspectos de la vida de las televidentes operan como factores que posibilitan o favorecen en ellas la recepción y apropiación de los contenidos televisivos en salud. Estos son:

conocimientos previos, el entorno familiar, la experiencia, el interés personal por un tema, el acceso a otras fuentes de información, el género, el rol de madre, la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico.

La mayor parte de estos factores han sido identificados en otros estudios, pero no se ha determinado el peso diferencial que estos tienen ni a qué modalidades de apropiación favorecen y cuáles de ellos y cómo inciden en el paso de la apropiación a la transformación en acción. Algunos de ellos han sido identificados como mediaciones. Como se verá a continuación, la edad, el género, la escolaridad y el nivel socioeconómico, hacen parte de las mediaciones que influyen en la recepción de los mensajes de salud en distintos niveles y pesos.

Los conocimientos previos son el conjunto de nociones, formas de entendimiento, representaciones y saberes acumulados a través de la interacción con otros que tienen las televidentes en torno a la salud. En fin, es la información, proveniente de una diversidad amplia de fuentes, que se tiene sobre algún tema en salud. Cuando hay un conocimiento previo del mensaje televisivo, este facilita su comprensión, retención y recordación: “Me acuerdo mucho de los tratamientos [haciendo referencia a uno de los programas vistos]... Son por medicamentos, cirugía y por terapia. Lo dijeron ahí, pero igual eso ya lo sabía porque a una amiga le pasó y ella me contaba todo eso” (Ángela Calle, 50 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

El entorno familiar es el primer espacio en el que se aprenden las primeras nociones de salud y estilos de vida, como fue identificado por Orozco (Orozco Gómez, 1998). Según este autor, la familia, además de ser la institución social primaria por excelencia, es la principal “comunidad televisiva”. De ella se establece una interacción directa con la televisión y nacen los sentidos y significados iniciales de sus referencias. En esta dirección, es una de las fuentes importantes que engrosa los conocimientos previos. Tiene un valor especial, según las televidentes, porque la forma en la que se es educado en la casa determina prácticas y nociones que afectan, positiva o negativamente, la comprensión de los contenidos: “A mí desde niña mi mamá me enseñó todo sobre la comida... Qué alimentos son buenos y cuáles son los malos... Yo pienso que eso va en cómo le enseñen a uno... Uno ve ahora mamás que les dan

gaseosas a los bebés y no saben que los están matando” (Paula Ruiz, 40 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

La experiencia se refiere a las vivencias que ha tenido cada televidente en relación con su salud, incluyendo las experiencias burocráticas y de atención médica en el marco del sistema de salud. Esta experiencia va asentándose en un conocimiento que se adquiere y acumula por medio del hacer a través de las formas como se viven las enfermedades, los procesos de curación, la búsqueda de bienestar. Por ejemplo, los conocimientos sobre el sistema de salud fueron adquiridos por muchas de las televidentes gracias a las experiencias con el sistema, experiencias, en la mayoría de los casos negativas: “¿Cómo sabes tanto del sistema de salud”? Pregunta el entrevistador: “La vida, o sea, las mismas necesidades que se le presentan a uno. Al usted ir al médico, que le nieguen la droga, que le nieguen los tratamientos, hacen que uno se empape como mucho de esa parte, porque la misma necesidad de usted saber qué tiene que hacer, hace que usted tenga que aprender” (Yudy Salomonson, 38 años, técnica, nivel socioeconómico medio-bajo).

El interés personal por la salud es central para tener una apropiación más profunda de los mensajes audiovisuales. Este interés lo despiertan las temáticas asociadas a las necesidades informativas individuales o de algún miembro de los círculos cercanos: un familiar, un amigo, un conocido requiere los datos que se emite en un programa. Igualmente, los temas que despiertan su interés tienen dos características: pueden ser conocidos o desconocidos. Los temas conocidos afianzan o amplían los conocimientos previos; y los desconocidos despiertan el interés por nuevo conocimiento, en especial cuando las temáticas son cercanas a ellas.

Pues bien, los temas en salud que buscan las televidentes son relacionados con la enfermedad, su tratamiento y su prevención. Así las cosas, existe una conexión con la oferta televisiva ofrecida por los programas analizados. En consecuencia, a las televidentes les interesa un tema porque lo han padecido, padecen o pueden padecer cierta enfermedad. Lo mismo aplica para su grupo cercano: “Me gustó mucho ese programa porque habla de los huesos; para mí es muy importante saber sobre el sistema óseo. Ese programa me ha llamado mucho la atención porque ahí tratan el problema mío: los desgastes óseos, saber sobre los

movimientos que uno puede hacer para no lesionarse... A mí me gusta mucho saber de las enfermedades de los huesos” (Olga Saldarriaga, 64 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

Otro de los factores que posibilitan la recepción de los contenidos televisivos en salud es el acceso a otras fuentes de información. Por fuentes de información se entienden todas aquellas personas y medios de comunicación (diferentes a la televisión) que tienen disponibles las televidentes para ampliar, complementar, contrastar o refutar lo que dicen los programas de televisión. Después de la televisión, la radio, el internet, las revistas y libros, y los profesionales de la salud fueron los más consultados por ellas. El internet ha venido ganando fuerza en los últimos tiempos como medio para consultar sobre salud. A diferencia de la televisión que propone temas, la internet tiene como ventaja que son las mismas televidentes las que pueden buscar a partir de sus propias necesidades informativas en salud.

El género, de otro lado, juega un papel central no solo en las formas de interactuar con la televisión, sino también en las formas de comprender los contenidos de salud. Al respecto, Vega Montiel señala la necesidad de partir del supuesto de que la identidad de género determina las formas particulares en que las mujeres y los hombres se relacionan con la realidad social y con los otros, en las maneras de percibir las esferas domésticas y públicas y en cómo “participar en los procesos comunicativos y, en este sentido, en cómo se relacionan con la televisión y cómo interpretan los mensajes mediáticos” (Vega Montiel, 2006, p. 71). La identidad de género, agrega, se construye a partir de la experiencia de ser amas de casa.

Debido al rol social que se le ha asignado a la mujer como promotora de salud o de cuidadora, y dado que no es un rol natural sino construido históricamente, el interés por este tipo de temas puede influir en las formas de relacionarse y comprender los mensajes televisivos de salud en la medida en que despierta más interés por dicho conocimiento. Si bien el estudio no logró demostrar empíricamente la salud como tema de preferencia femenina por encima de la masculina (puesto que no se trabajó con hombres), las televidentes indicaron que quienes se ocupan del cuidado de los hijos y de la misma pareja son ellas.

Lo que sí pudo constatar es que el rol de madre tiene una influencia poderosa en el proceso de recepción y apropiación de los mensajes de salud. Las televidentes afirmaron que a partir del nacimiento de sus hijos, incluso durante el embarazo, comenzaron a preocuparse por temas de salud, muchos de ellos asociados al cuidado físico, psicológico y emocional en la infancia. Las madres mencionaron que debido a este rol cambiaron prácticas no saludables que antes hacía con frecuencia: “Yo antes tomaba mucha Coca Cola pero ahora ya le he bajado mucho. Ahora tomo más leche o jugos por mis hijas... Yo no les voy a dar Coca Cola sabiendo como es de dañina... Porque uno ve en internet todos los experimentos que hacen con la Coca Cola y se queda uno sorprendido... Por las niñas es que uno tiene que hacer esos sacrificios” (Yudy Salomonson, 38 años, técnica, nivel socioeconómico medio-bajo).

Finalmente, la edad, el nivel socioeconómico y la escolaridad son factores que influyen en el proceso de recepción de las televidentes. Por lo general, como lo expresa Orozco, la segmentación de las audiencias a partir de estos tres factores ha sido una tendencia en muchas de las investigaciones sobre recepción televisiva. No obstante, por sí sola no dan cuenta “de las mediaciones y su influencia en la conformación de las particulares interacciones que se entabla con los diversos mensajes” (Orozco Gómez, 1996, p. 68).

Sin embargo, algunos estudios han encontrado la relación estrecha entre edad, género y nivel socioeconómico y el gusto por ciertos géneros y formatos televisivos (Lacalle, 2012; Lozano, 2000). Así mismo, otras investigaciones señalan la relación entre escolaridad y la preferencia por canales nacionales e internacionales (Chong López, Aguilar Ramos, & García Álvarez, 2009).

En términos de salud, el género y la edad juegan un papel muy importante a la hora de seleccionar los géneros televisivos. Algunas investigaciones indican que los dramatizados sobre salud, en especial telenovelas, son preferidas por las mujeres adultas (Tufté, 1993, 2007).

Se encontró en el presente estudio que la edad (mujeres mayores) afecta el interés por saber de temas de salud: “Uno ya a esta edad piensa mucho en la salud... Uno joven qué le va a preocupar si nada le duele... Pero como los años no vienen solos entonces toca averiguar más, aprender más para uno no enfermarse” (Olga Saldarriaga, 64 años, bachiller, nivel



socioeconómico medio). También se identificó que la edad (mujeres más jóvenes) influye en la posibilidad de consultar fuentes adicionales, como internet por ejemplo.

Por su parte, el nivel socioeconómico determina, en buena medida, la elección del medio de comunicación para informarse sobre salud. Las televidentes manifestaron que debido a la falta de recursos económicos para visitar médicos y especialistas del área biomédica o para consultar en Internet (para algunas el servicio es costoso), la televisión juega un papel muy importante en la formación e información en salud: “... a veces no tengo la oportunidad, por ejemplo, de estar yendo a un nutricionista y todo eso, entonces si yo sé que tengo un programa de cosas que yo sé que son muy viables, entonces me parece mucho más fácil verlo [un programa de televisión] desde mi casa y empezar con cosas pequeñas que son como cambiar, dejar de comer algo y comer otra cosa que me hará mucho bien...” (Carol López, 20 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

Finalmente, la escolaridad tiene relación con la comprensión de los contenidos televisivos, en especial con el lenguaje técnico de los presentadores e invitados: “A mí me parece que ese doctor sabe mucho pero es muy difícil entenderle... Yo no sé si ese programa solo es para personas que estudiaron medicina o algo así” (Estela Ruiz, 64 años, bachiller, nivel socioeconómico medio). Con algunos de los televidentes se observó que a pesar de una baja escolaridad, la experiencia permitía la comprensión de las temáticas expuestas en los programas analizados.

Por otro lado, fue necesario considerar otros factores que favorecen la recepción, apropiación y transformación de los contenidos televisivos en comportamientos saludables y acciones ciudadanas, los cuales también derivan de la misma producción televisiva, interviniendo en la recepción y facilitando su apropiación por parte de las televidentes.

### **4.3. Factores que posibilitan la recepción en salud desde la producción**

Se encontró que desde la producción de los contenidos, existen factores que posibilitan la recepción de los mensajes de salud. Estos son: la televisión como medio, el género o formato televisivo, el lenguaje verbal del emisor, las ayudas didácticas, los presentadores, la

aplicabilidad de las recomendaciones en salud, la emotividad, el tema, el enfoque que se le da al tema (*Framing*).

La televisión, como medio de comunicación masivo, es en sí es un factor que posibilita la recepción de contenidos de salud. Una vasta cantidad de estudios, como ya se ha dicho antes, reconocen la televisión como un instrumento potente para transmitir mensajes de salud. Lo mismo piensan las televidentes quienes adujeron que este medio es el más usado para saber sobre este tipo de temas: –“¿Y usted dónde aprendió todo eso?”, pregunta el entrevistador haciendo referencia a ciertos conocimientos en salud. –“Los médicos le dicen a uno, en los programas de televisión hablan mucho de cómo prevenir enfermedades; por ejemplo, no consumir alcohol, cigarrillo o mucho tinto... Y va uno a ver y le entiende uno más a los médicos de la televisión que a los otros” (Estela Ruiz, 64 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

El género o formato televisivo también fue mencionado por las televidentes como un factor que permite comprender mejor los mensajes de salud. Los magazines, los noticieros y los dramatizados fueron los más vistos. De los magazines resaltan su cercanía con el formato, pues ya sea en la mañana o en la tarde ven un programa de este corte. También destacan su estilo informal y la forma cómo desarrollan los temas: “A mí me gusta ese programa porque es más conversadito y así entiende uno mejor” (Paula Ruiz, 40 años, bachiller, nivel socioeconómico medio). Los presentadores, los invitados y la variedad de temas igualmente fueron señalados por ellas.

De los noticieros subrayan el hecho de que las mantiene informadas sobre temas de actualidad, incluida la salud. Enfatizan en que los noticieros son programas tradicionales que todos “deben ver” o han visto. Resaltan lo directo y, muchas veces, claro de los mensajes. Es un formato que también es muy cercano a las mujeres, sobre todo a las mayores de 30 años. Pero la característica más importante señalada por las televidentes es que los noticieros generan credibilidad: si lo dicen en las noticias es cierto, afirman.

Los dramatizados, si bien no fueron nombrados por ellas como formato para saber de salud, sí es un formato muy cercano: todas ven telenovelas de manera regular. Y como ya lo ha mencionado la literatura especializada, los dramatizados han sido utilizados con éxito para

emitir mensajes de salud (Arroyave, 2008; Tufte, 1993). Lo mismo piensa la presentadora de Noticias Caracol, Fernanda Hernández, cuando recordó –en páginas anteriores– un episodio de una telenovela colombiana en la que se abordó, según ella, el tema de la diabetes con más “éxito” que cualquiera de los programas especializados en salud, incluida su sección.

El lenguaje, por otra parte, facilita la comprensión de los mensajes de salud. El lenguaje llano, sencillo, coloquial fueron características fundamentales señaladas por las televidentes: “[sugerencias para mejorar uno de los programas] De pronto un poquito menos de términos tan técnicos, como que digan más palabras más de ciudadano que le lleguen más a uno, que no tenga uno, como que le digan algo y se quede pensando como que es en realidad y que le toque como buscar más allá, sino que sea como más específico y como más palabras como muy a lo de uno” (Carol López, 20 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

Por esta misma línea, otro facilitador en los procesos de recepción en salud de las televidentes fueron los presentadores de los programas. El carisma, la profesión, el tiempo que lleva en el programa y las habilidades comunicativas de los presentadores son los elementos que generan credibilidad en las televidentes: “Los dos como que son médicos y me parece que son personas serias y capacitadas para hacer eso... me parece que son serios y que los temas que tratan son importantes y además los explican muy bien” (Gloria Arroyave, 37 años, bachiller, nivel socioeconómico medio). “Yo desde hace tiempo que vengo viendo a Jorge Vélez. A mí me gusta mucho porque él es muy profesional y explica muy bien. Se ve que es una persona muy preparada y hace que se vaya muy rápido el tiempo... El esqueleto [Georgy, otro de los presentadores] me hace reír mucho” (Olga Saldarriaga, 64 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

El factor que más repitieron las televidentes remite a las ayudas didácticas. Las ilustraciones, los dibujos, las animaciones, las demostraciones o simulaciones y los materiales pedagógicos ayudaron significativamente a comprender los mensajes de salud. Estas estrategias pedagógicas son centrales en la emisión de este tipo de contenidos. Los Buenos Años llamó la atención de las televidentes, sobre todo quienes por primera vez veían el programa, por el uso de estas ayudas audiovisuales:

No, todo era muy claro, o sea, es que aparte de que el señor era muy claro y muy conciso en la información a pesar de hablar con palabras muy difíciles, con la ayuda como de la pantalla, porque en el momento en que estaban mostrando el esqueleto no se veía bien, pues cuando él hablaba por ejemplo del núcleo, cuando ya mostraban las imágenes reflejadas en la pantalla, y le queda a uno como más claro la información (Yudy Salomonso, 38 años, técnica, nivel socioeconómico medio).

Siempre me ha parecido muy importante el [programa] de los Buenos Años porque además tienen un esqueleto humano, entonces cada vez que hay un programa, están especificándole a las personas que en dónde queda esto, qué es lo que pasa, es como de mucha ayuda Georgy [nombre del esqueleto al que se refiere] (Gloria Arroyave, 37 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

Para la mayoría de las televidentes, los mensajes de salud se hacían más comprensibles si las recomendaciones, *tips* y sugerencias eran de fácil aplicación. Cuando las recomendaciones dadas por los presentadores y expertos de los programas eran “realizables” y cercanas a sus realidades, pareciera que la apropiación de los mensajes puede derivar más factiblemente en su traducción a prácticas saludables:

Las recomendaciones que dio la médica [Sección de salud del Noticias Caracol] muy buenas pero muy difíciles de hacerlas. Yo soy una que no las hago. ¿Es que para qué si yo no soy capaz de hacer dietas? A mí lo único que me favorece es el deporte y me mantiene en forma porque hago mucho deporte, pero yo con las dietas voy a adelgazar o me voy a enfermar... Y sobre el otro programa, a mí me pareció interesantísimo, con la falencia de que debieron haber dado las recomendaciones de los ejercicios, de las posturas porque no sabemos sentarnos, no sabemos pararnos, no sabemos agacharnos, no sabemos ni acostarnos y cuando estamos acostados, no sabemos levantarnos (Patricia García Uribe, 42 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio).

Así mismo, existe una relación estrecha entre la televisión y lo emotivo, o como diría Ferrés, “la televisión apela fundamentalmente a lo emotivo”. Según el autor, esto se presenta por varios motivos:

1. El carácter concreto y seductor de los signos visuales conecta directamente con la esfera de las emociones...
2. Las músicas y los efectos sonoros son también formas de comunicación que inciden en las emociones de manera automática, sin necesidad de pasar por el intelecto...
3. La hiperestimulación sensorial actúa también en esta misma dirección. La saturación de estímulos, tanto visuales como sonoros...
4. Los mecanismos de implicación psíquica propios del relato televisivo favorecen también la hipertrofia de las emociones... [y]
5. El placer estético que produce la contemplación de algunos programas contribuye igualmente al incremento del peso de las emociones, relegando la capacidad de análisis reflexivo o crítico a una fase posterior de distanciamiento, respecto a la obra contemplada y gozada (Ferrés Prats, 2003, p. 49).

Se pudo evidenciar que cuando los contenidos televisivos apelan a esta estrategia emotiva (generar sensaciones de odio, alegría, frustración, hechos dramáticos) los mensajes son más fáciles de apropiarse y de recordar. Esto se pudo constatar cuando en uno de los episodios que vieron las televidentes una mujer llamó al programa y narró una historia que fue mencionada y recordada por todas. En la historia, la mujer contaba como a su esposo le negaron sistemáticamente sus derechos en salud al negarle el acceso a especialistas y medicamentos y, como consecuencia, el señor murió.

Se ha debatido ampliamente la eficacia de la transmisión de un mensaje en salud a través del miedo. La literatura muestra varios ejemplos, de cómo la publicidad que se basa en inspirar miedo no favorece la apropiación o los cambios comportamentales que se pretenden ocasionar. Sin embargo, en el análisis realizado de las reacciones de las televidentes frente a los programas visionados y también con base en las apreciaciones de algunos productores y presentadores, la salud abordada en la televisión desde o por medio de la enfermedad, pareciera generar más impacto en las televidentes, ya que la enfermedad apela más a lo emotivo que los abordajes desde la promoción de la salud. Esto podría deberse a dos razones: la primera, porque las televidentes siguen entendiendo la salud como enfermedad; y la segunda porque la enfermedad se presta para tratarla mejor desde el lenguaje audiovisual.

En este sentido, varias televidentes señalaron que buscan programas sobre “enfermedades raras”: “Por eso me gusta mucho ver ese Discovery este Natgeo. Me gusta ver que tabú o sea todas esas cosas que uno no se imagina que existe las enfermedades raras, que a mí me gusta mucho pararle bolas incluso ahora estaba viendo una, entonces muy raro y me gusta mucho saber todo eso” (Luz Dary Cano, 55 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

Por último, el tema y el enfoque propuesto desde la producción posibilitan su recepción. Los temas enganchan a las televidentes con los programas, despiertan su interés ya sea por su conocimiento previo o desconocimiento, o porque tiene relación con las necesidades propias o de algún miembro cercano, así mismo facilita su recordación. Las temáticas, para cumplir tal fin, deben ser cercanas a la realidad de las televidentes, deben ser cotidianas:

...Uno recuerda más los otros programas porque son los hábitos alimenticios y como de rutina que uno más acostumbra, eso del cuidado de las comidas. Uno ya es muy cuidadoso con eso porque son cosas que se practican a diario, son cosas que en esas fincas esa gente acostumbra más... Eso, uno se acuerda es de lo que tienen que ver más con la vida cotidiana de uno. Por ejemplo yo ya con lo de las dietas alimenticias, uno está muy enterado de eso (Luz Delia, 39 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

Avanzando en las etapas o fases de la recepción y la apropiación, se pudieron identificar los factores que favorecen la recordación de los mensajes en salud. El lenguaje sencillo, los temas cercanos y cotidianos, los nuevos temas pero partiendo de la realidad de las televidentes y los apoyos pedagógicos fueron los más mencionados. Al contrario, el factor que más afecta la recordación de los contenidos es el lenguaje técnico: ninguna de las televidentes pudo recordar los conceptos usados por uno de los programas –Los Buenos Años– por su elevada terminología técnica; no obstante, muchas de ellas recordaron los dibujos e imágenes usadas por el presentador para explicar la enfermedad. Usaban las manos para tratar de graficar lo aprendido.

Por otro lado, las televidentes indicaron que existen otros factores que, a diferencia de los mencionados, imposibilitan la recepción y apropiación de los mensajes desde la producción. Entre los factores más mencionados se encuentra: el desarrollo de más de un tema de salud por episodio, el tiempo de duración del programa (unos muy cortos y otros muy extensos) y cuando no se hace énfasis en los mensajes importantes y, de nuevo, el lenguaje técnico de los presentadores e invitados.

#### **4.4. De la recepción a las modalidades de apropiación de los mensajes de salud**

Orozco menciona la apropiación en tanto un proceso de la recepción que avanza hacia la significación que la televidencia produce en este momento relacional con la televisión y, particularmente, con los contenidos televisivos.

Se encontraron cinco expresiones de apropiación, ellos son: 1. Generación de intereses por adquirir o acumular conocimientos 2. Aumento o adquisición de conocimientos, 3.

Divulgación de los conocimientos adquiridos, 4. Ampliación de conocimientos a partir de otros medios y personas y 5. Adquisición o modificación de comportamientos<sup>41</sup>.

#### **4.4.1. Generación de intereses por adquirir o acumular conocimientos**

Todas las televidentes manifestaron su interés por adquirir conocimientos sobre temas de salud. Los motivantes para acercarse a estos saberes son el padecimiento de una enfermedad o su prevención, el padecimiento de una enfermedad por parte los miembros del círculo cercano o su prevención, el desconocimiento de ciertas patologías, sus síntomas, sus diagnósticos y sus tratamientos. Además mostraron interés, en menor medida, por temas asociados a la promoción de la salud. Los temas de salud relacionados con lo estético (“verse y sentir bellas”) también las motivan y las enganchan con los contenidos televisivos.

Yo aprendí a comer por las dietas que me toca hacer, porque como me sacaron un riñón... yo no tengo sino uno... Entonces no puedo comer muchas carnes rojas ni embutidos; no puedo comer el pimentón ni comida con muchos aliños ni gaseosas negras como la Coca Cola o la Malta. Puedo comer quesito solo dos veces en la semana... Yo antes comía a lo montañero mijo: mazamorra, frijoles, sancocho, entonces por lo del riñón... es que acá comemos más ensaladas... Por eso me gustan esos programas [programas de salud] porque ahí uno aprende a comer bien y de enfermedades... Uno aquí siempre se tiene que regular por A o por B. Uno tiene que hacer una dieta por Paula, una dieta por Javier y una dieta por mí. Por ejemplo, Paula que sufre de depresión y de ansiedad entonces hay que hacerle una comida especial y más bien poquita; Javier tiene un problema en el estómago y yo tengo ese problema de la gastritis, entonces tenemos que cuidarnos mucho (Estela Ruiz, 64 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

El interés por adquirir o acumular conocimientos se ve reflejado de igual forma en las preguntas que se hicieron una vez vistos los programas. Surgieron interrogantes sobre los tipos de marca saludables a la hora de comprar aceite de cocina, los pasos para interponer una Acción de Tutela y los tratamientos para “curar” las hernias que fueron los más reiterativos.

#### **4.4.2. Aumento o adquisición de conocimientos**

Se logró constatar cómo las televidentes aumentaron sus conocimientos de diferentes formas. Algunas de ellas reafirmaron y ampliaron sus conocimientos previos, mientras las otras los

---

<sup>41</sup> Los niveles 1, 2 y 5 coinciden con los identificados en los estudios realizados por la Fundación Universitaria Los Libertadores, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Tecnológica del Chocó (2006).

modificaron, pues venían con otras ideas “erradas” desde sus puntos de vista. Hubo, en este sentido, algunos mensajes de salud que quedaron grabados. El más mencionado fue la relación que se planteó entre el uso seguido del aceite de cocina y algunos tipos de cáncer. Antes de ver los programas, muchas de ellas pensaban que el aceite se debía cambiar cada que “se oscureciera” u “oliera mal”. Para llegar a estos estados, el aceite era cambiado cada semana o después de cuatro usos aproximadamente. Después de ver el programa quedó claro que el aceite debe cambiarse cada uso, de no ser así, la probabilidad de adquirir cáncer con el tiempo era alta: “Lo del aceite me mató [no lo sabía]... porque yo no sabía qué tan peligroso podía ser, porque es que estamos jugando es con la salud... No sabía que daba hasta cáncer” (Yudy Salomonson, 38 años, técnica, nivel socioeconómico medio-bajo).

Un segundo mensaje, desconocido para algunas, fue la ruta para interponer una Acción de Tutela. La importancia de esta información, afirman, se basa en la necesidad de conocer los mecanismos de protección de los derechos fundamentales para defenderse cuando sean vulnerados. Todas mencionaron que han conocido a alguien cercano que tuvo la necesidad de acudir a este instrumento para defender el derecho a la salud; en consecuencia, sintieron vital el episodio televisivo donde se habló del acceso a los servicios de salud y de las rutas para protegerse y hacer valer los derechos. Tres de las televidentes afirmaron haber interpuesto una Acción de Tutela; no obstante comprendieron mejor el proceso: “Me pareció muy importante el programa que hablaba de las tutelas... Me gustó porque yo no sé cómo ponerla, y de pronto el día de mañana lo necesita uno u otra persona, entonces hay que sabes cómo defenderse... Ya sé dónde ir” (Paula Ruiz, 40 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

El tercer mensaje que se tradujo en conocimiento por parte de las televidentes fue el relativo a la hernia del núcleo pulposo. Antes de ver este capítulo, afirmaron al unísono desconocer por completo de qué se trataba la enfermedad y, mucho menos, ser capaces de dar cuenta de sus causas, síntomas y tratamientos. Después de verlo, todas, sin excepción, lograron explicar desde diferentes profundidades la patología. “Jorge Vélez habló en el problema de las hernias en las columnas, la discapacidad que eso trae. El problema es porque el eje o el núcleo se sale de uno de los discos y puede lesionar también las cuerdas y los tendones que están



conectados al resto del cuerpo... Y eso da por hacer movimientos bruscos...” (Gloria Arroyave, 37 años, bachiller, nivel socioeconómico medio). Si bien a todas se les dificultó el lenguaje técnico que usaba el presentador para explicar este tipo de hernia, “el mensaje global”, como lo mencionó una de ellas, les “quedó claro”.

#### **4.4.3. Divulgación de los conocimientos adquiridos**

La mitad de las televidentes compartió los conocimientos adquiridos de los programas de televisión con otras personas; y las demás manifestaron su intención de hacerlo. La principal razón por la cual compartieron lo aprendido es porque tuvieron a alguien cercano que “necesitaba” la información: “Yo sí le conté a Luz Mila [una vecina] lo de las Tutelas que se ponen en la Personería porque ella no sabía eso. Ella pensaba que las Tutelas se hacían en el mismo hospital donde lo atienden a uno, pero ahora ya sabe que se ponen en la Personería y que allá mismo lo ayudan a uno” (Ángela Calle, 50 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

Quienes no compartieron el mensaje, adujeron que no habían “encontrado la oportunidad”, es decir, que no conocían a alguien que requiriera la información; no obstante, afirman que “lo harían” cuando “vean la necesidad”. Este grupo de televidentes afirmaron en entrevistas previas al visionado de los programas seleccionados, que sí han compartido alguna información aprendida en la televisión: “Mire que ahí hay un programa en Cosmovisión [Canal privado regional de Medellín] que lo dan de lunes a viernes de 1:30 a 3:00 pm. Dan hábitos alimentarios, dormir, lo más indispensable es usted dormir entre 6, 7 horas... Ahí he aprendido muchas cositas de salud y se lo comentado a las amigas... Incluso les he dicho que lo vean” (Luz Delia Carmona, 39 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

#### **4.4.4. Ampliación de conocimientos a partir de otros medios y personas**

Muy pocas televidentes ampliaron, a través de otras fuentes, los conocimientos adquiridos en los programas. Quienes lo hicieron aseveraron que las motivó la “curiosidad por saber más” y verificar que lo dicho allí sí haya sido “verdad”: “Yo ahí mismito le pregunté vecina que sabe mucho de Tutelas, y ella me dijo que después de poner la Tutela se debe esperar 4 o 5 días para saber si se ganó o no la Tutela. Que uno la ponía cuando le negaban exámenes muy caros que

uno no podía pagar... Es que como ella tuvo que hacer todas esas vueltas para que no dejaran morir a una nieta, entonces ella sabe mucho..." (Ángela Calle, 50 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

Internet se ha convertido, como ya se mencionó, en el medio más utilizado para hacer consultas puntuales, incluso para quienes no tienen conocimiento suficiente para navegar en la red. Una segunda fuente consultada fueron las vecinas que cuentan con saberes especializados y tienen legitimidad en los círculos barriales (Ver testimonio anterior). Los médicos y el personal de salud se ubican en la tercera posición; aprovechan las consultas para preguntarles sobre temas diferentes a la consulta.

El hábito de buscar información adicional no es común entre las televidentes a pesar de que cuentan con diversas fuentes para hacerlo. Solo en casos muy puntuales, como el padecimiento de una enfermedad o la de un familiar, se preocupan por saber más de los temas.

#### **4.4.5. Adquisición o modificación de comportamientos**

Si bien es necesario reconocer que el tiempo transcurrido entre el visionado de los programas con las televidentes y la entrevista que buscaba verificar las modalidades de apropiación no fue muy amplio para determinar la adquisición o modificación de comportamientos, sí se pudo evidenciar dos casos en los que lo hubo. El más significativo se presentó cuando la televidente reconoció la realización de una práctica recurrente: una vez usado el aceite dos veces, se lo regalaba a una vecina con "muchas dificultades económicas. Al darse cuenta que la reutilización del aceite "daba cáncer", dejó de hacerlo, no antes de buscar con ella en Internet la veracidad de la información.

Ya no, lo estoy regalando [el aceite]. Lo que pasó es que yo le conté [a la vecina a la que le regalaba el aceite], le dije: "¡Ay hija, eso es malísimo!" Y buscamos en internet y todo. Entonces ella me dijo: "Vio, usted me iba era a matar", pues, pero como en son de charla [de mofa]. Ella era muerta de la risa, no lo podía creer. "Si vio hija, nos estábamos era matando" [comentaron]. Sí, porque uno no alcanza a dimensionar hasta donde llegaba eso. Después de ver el programa ya no hago esas gracias tan peligrosas. Lo del aceite sí me traumó ese día (Yudy Salomonson, 39 años, técnica, nivel socioeconómico medio-bajo).

El otro caso se presentó luego de ver el programa Los Buenos Años. La televidente narró cómo ella hacía movimientos “bruscos” con recurrencia, y que en una oportunidad le dio un “dolor muy fuerte en la espalda”, aunque no supo por qué. Después de ver el episodio donde se habló de la hernia del núcleo Pulposo, se “dio cuenta” que estuvo a punto de forzar la aparición de la hernia. Desde entonces dice “tener más cuidado” cuando levanta objetos pesados o debe realizar algún movimiento.

Sin embargo, en las entrevistas previas a los visionados de los episodios seleccionados, algunas televidentes manifestaron haber realizado cambios de comportamiento luego de ver algún programa de salud: “Yo no sabía que la sal hacía tanto daño hasta que lo vi en un programa de por las tardes... Ahí explicaron todo lo que la sal le hace a uno, lo dañino que es... Y yo que a todo le echaba sal, me encantaba comer limón con sal... Lo hacía casi todos los días... Pero después de eso no lo volví hacer” (Gloria Rendón, 58 años, posgrado, nivel socioeconómico alto).

Muchos de los cambios de comportamientos que afirmaron haber realizado las televidentes después de ver un programa televisivo de salud, se debieron a la identificación y reconocimiento de prácticas que han sido, son o pueden llegar a ser “peligrosas” para la salud. Cuando el mensaje no refleja o no es enfático en la peligrosidad de la práctica, este no fuerza el cambio prosalud: “Si uno no ve que la cosa es seria, uno no le hace caso... Uno está acostumbrado a pararle bolas [prestarle atención] a las cosas graves, de lo contrario uno se relaja” (Luz Dary Isaza, 55 años, bachiller, nivel socioeconómico medio). Esto contradice las aseveraciones que la comunicación con miedo no tiene los impactos esperados.

En este estudio se identificó que tanto el tratamiento de la salud a través de la enfermedad, el uso de cifras y frases llamativas en términos de los riesgos, los peligros, las consecuencias de una práctica individual o de la presencia de una epidemia, etc. así como los llamados de atención o los relatos dramáticos, favorecen la recordación y la comprensión del mensaje.

\*\*\*

En este capítulo se avanzó en la comprensión del momento de la recepción televisiva con el fin de identificar los factores que favorecen o limitan no solo el proceso de televidencia (convertirse en televidente de un programa), sino que favorecen o limitan el proceso mismo de la recepción y apropiación de los contenidos y mensajes televisivos. En particular ha interesado comprender más allá de la recepción, en el proceso de apropiación qué niveles se logran (recordación, comprensión, significación, valoración y priorización) con el fin de comprender cómo se da la transformación o traducción de la información televisiva en comportamientos saludables o en acciones ciudadanas.

Se identificaron factores que favorecen las diferentes modalidades de apropiación y la transformación en prácticas, algunos de los cuales coinciden con los hallados y denominados en la literatura (Arroyave, 2008; Chong López et al., 2009; Ferrés Prats, 2003; Fundación Universitaria Los Libertadores, 2006; Lacalle, 2012; Orozco Gómez, 1996; Tufte, 2008; Vega Montiel, 2007). Ahora bien, se avanzó en la comprensión sobre qué favorece la retención, la comprensión y eventualmente la replicabilidad de estos mensajes en la vida cotidiana... En este sentido, se buscará indagar en el siguiente capítulo, la participación de la televisión colombiana en la formación ciudadana en salud, entendiendo en un primer momento cómo sus contenidos se convierten durante la televidencia en potenciales aplicaciones para la vida cotidiana.



## **CAPÍTULO 4**

### **EL APORTE DE LA TELEVISIÓN COLOMBIANA A LA FORMACIÓN CIUDADANA EN SALUD**

Hasta el momento este análisis ha ofrecido hallazgos alrededor de la producción y la recepción del mensaje en salud que la televisión colombiana promueve en los canales y programas estudiados. La literatura ha propuesto que dicho tratamiento de la salud tiene implicaciones en por lo menos tres dimensiones de la vida social contemporánea. Por un lado, se ha mostrado la influencia en diferentes grados en las representaciones culturales o simbólicas que los televidentes tienen sobre diversas esferas de su vida. En el tercer capítulo se exponen los hallazgos al respecto.

Por otro lado, es claro el papel que tiene la televisión en la esfera económica. No solo ella es empresa, también participa activamente de los procesos de consumo de bienes y servicios. Finalmente, esta tesis propone una lectura de sus implicaciones en la esfera política. La pregunta principal que ha dado origen a este estudio es por el aporte de la televisión a la formación ciudadana, concibiendo que esta tiene por lo menos dos aspectos que interesan para efectos de este análisis. Primero, el aspecto informacional o educativo y, segundo, el aspecto de la transformación del conocimiento y de la información en acción política.

En el presente capítulo se ofrecerá una síntesis comprensiva de las tres dimensiones del proceso comunicativo en salud que tiene como medio la televisión: la producción, la transmisión de contenidos y mensajes televisivos y la televidencia en palabras de Orozco, o lo que se ha denominado aquí el proceso de recepción-apropiación-acción por parte de las televidentes, con el fin de comprender los aportes de la televisión en la formación ciudadana en

salud, esto es, el papel de los mensajes televisivos en la formación de la dimensión política de la salud.

## **1. EL PROCESO COMUNICATIVO TELEVISIVO EN SALUD: UNA SÍNTESIS DE LA PRODUCCIÓN, EMISIÓN DE LOS MENSAJES Y RECEPCIÓN**

En el primer capítulo de esta tesis se establecen los contenidos y mensajes televisivos en salud como son abordados en la televisión colombiana. Se establecieron los formatos que son tendencia en el tratamiento de la salud en los canales analizados y, mediante un análisis textual, la estructura narrativa de estos formatos, la cual incluye: orden narrativo, actores, estrategias audiovisuales y contenidos. Con esta descripción de la estructura narrativa fue posible comprender los discursos sobre salud y, en ellos, las representaciones y nociones que sobre la salud proponen los canales nacionales privados de mayor rating y en los canales regionales público y privado de Medellín.

Se identificaron los géneros y formatos televisivos más utilizados en la televisión colombiana para tratar la salud. Las secciones de salud en noticieros y los *talk show* son los más usados en los canales privados nacionales. El magazine es el formato predominante en los canales regionales. Los dramatizados (seriados y telenovelas) también son utilizados para abordar la salud, tanto en los canales públicos como privados, pero de manera indirecta, es decir, no son programas con un enfoque exclusivo en salud pero se tratan estos temas en varios de sus episodios. En la segunda parte de la tesis, los productores explicaron los porqués de esta elección.

La estructura narrativa presente en todos los programas que abordan la salud sigue un orden narrativo que se caracteriza por tener unas formas específicas de introducir, presentar y justificar las temáticas (apertura de los episodios), desarrollar los contenidos a través de unas estrategias audiovisuales y pedagógicas cuyo objetivo es hacer más comprensible el mensaje de salud (apoyos audiovisuales y pedagógicos) y unas maneras de concluir, despedir o cerrar los temas (cierre de los episodios). Siempre están presentes los siguientes actores: presentador, experto-presentador, narradora, invitados expertos y entrevistados-transeúntes, quienes tienen los roles de expertos, mediadores entre expertos y audiencia, legitimadores,

interlocutores legos, específicamente para este caso, las mujeres televidentes, público privilegiado de este tipo de programas. En esta estructura los actores se relacionan, primordialmente, de manera jerárquica, de forma que se fortalece la representación de los presentadores e invitados como científicos y expertos poseedores de la verdad.

Las estrategias que usan los programas de televisión para legitimar y posicionar una noción específica de salud son: la participación de expertos en el área de la salud, el uso del lenguaje médico y la mezcla de lo coloquial con lo técnico para desarrollar los temas y configurar los mensajes y poderse acercar a sus interlocutoras. Además, el uso de fuentes científicas para validar la información presentada, el de imágenes relacionadas con la medicina y la ciencia y la contrastación constante entre el conocimiento médico y el conocimiento popular (validando el primero e invalidando el segundo).

Este análisis de la estructura narrativa permitió no solo visibilizar actores, discursos y prácticas entorno a la salud, sino también comprender que la televisión excluye, invisibiliza y deslegitima, en sus contenidos, ciertas nociones de salud y, en consecuencia, a otros actores, saberes y prácticas. Los contenidos se agrupan en: 1. abordajes desde la enfermedad, 2. su prevención, señalando los riesgos para la salud, 3. hábitos y estilos de vida saludable, 4. institucionalidad de la salud a través de información sobre el sistema de salud. Todos estos contenidos reproducen discursos basados en una noción de salud exclusiva del campo biomédico, que se caracteriza por ser biologicista, centrada en la enfermedad y su prevención y predominantemente individualista.

En este punto es importante recordar que en esta tesis la relación con el sistema de salud, o con lo que puede denominarse la institucionalidad de la salud, forma parte de la comprensión inicial y de la búsqueda de temáticas alrededor de la salud, debido a que esta relación es un elemento constituyente de la vivencia y experiencia individual y colectiva de salud, por lo menos esto aplica para las televidentes colombianas, como fue mostrado en el capítulo tres. Además, este componente es primordial para comprender el papel de la televisión en el ámbito político, puesto que en la relación con las instituciones de la salud es en donde más se visibiliza la acción política o ejercicio ciudadano. Por ello, la evidencia de que su



tratamiento en la televisión se enfocó en la denuncia de la negación de los servicios de salud (o el mal servicio) a los usuarios, señalando a las instituciones responsables, sin dar información que permitiera la alfabetización en clave de ciudadanía a las televidentes esto es, el conocimiento sobre sus derechos y deberes en él, permite en este capítulo deducir el aporte parcial de la televisión a la formación ciudadana.

En esta parte se empieza a registrar la relación estrecha entre salud y mercado. Se pudo concluir que los mensajes de salud están imbricados con los intereses económicos y políticos en niveles diferenciales. Así las cosas, se reconoce que la salud en la televisión se configura como un objeto comunicativo con implicaciones socioculturales, políticas y económicas. En efecto, en este primer capítulo se muestra que el mensaje televisivo sobre salud propone nociones de salud aportando a las representaciones que sobre la salud tienen las televidentes, hace un tratamiento de ella de manera que participa en las dinámicas económicas y políticas alrededor de ella, lo cual se evidencia en los capítulos dos y tres y que da pie al análisis de este capítulo.

En el segundo capítulo se abordó el segundo proceso del acto comunicativo, es decir, el proceso de producción de los contenidos y mensajes televisivos en salud. Para ello fue necesario identificar el origen del mensaje—tendencias mediáticas mundiales; nociones de salud de los productores; intencionalidad, intereses, propósitos o motivaciones; enfoque y políticas del canal; público objetivo – y la construcción del objeto comunicativo (temáticas; fuentes; estrategias de validación—legitimidad y credibilidad—, las condiciones de la producción).

Con esto fue posible comprender las tensiones entre lo que quieren productores y presentadores y lo que finalmente pueden producir, dadas las características de los canales (su naturaleza pública o privada, su alcance nacional o regional, y su enfoque —religioso, institucional, entretenimiento-comercial—, así como las condiciones de los canales para estos programas (rating, franja horaria, retribución económica...). En esta tensión finalmente lo que se evidencia es la paradoja de la televisión y de sus objetos comunicativos en salud: la importancia de la salud en la esfera pública obliga que su tratamiento, aún con intención de entretener, esté atravesada por un abordaje adecuado (veraz, por lo menos) y, ojalá, desde el punto de vista de las políticas públicas y de la responsabilidad de los canales, posibilite educar o

por lo menos informar. Esto último coincide con la propuesta y la búsqueda de la corriente del eduentretenimiento.

Con relación al origen del mensaje, se estableció de nuevo que el tema de la salud en la televisión es una tendencia de orden general. En el primer capítulo se había demostrado el incremento de programación a este respecto en los últimos años. Desde la producción, los actores señalaron esta misma tendencia. De modo que la presencia de la salud en los programas responde a una tendencia global.

Dada esta tendencia, los canales públicos y privados tienen unas formas particulares de incorporarse en ella desde unos enfoques y políticas. Los canales privados entienden que la salud es una temática atractiva para sus audiencias y con un potencial importante en términos de rating y entretenimiento. Por ello le han apostado, por ejemplo, a comprar formatos con gran éxito en otros países como el *talk show* Doctor OZ (Doctor S.O.S en Colombia) y telenovelas como *Grey's Anatomy* (A Corazón Abierto, en la versión nacional). En el canal privado regional se parte de que su público objetivo (mujeres adultos mayores) es uno de los principales demandantes de temas de salud, y se reconoce su potencial no solo comercial sino también educativo.

Los canales públicos regionales, por su parte, comprenden que la salud es uno de los temas esenciales en la agenda pública por su interés ciudadano. Esto se ve evidenciado en la construcción y mantenimiento de franjas educativas o exclusivas de salud que solo son transformadas desde nuevos enfoques que vienen con nuevos gobiernos. Dicho de otro modo, en los canales públicos cambian los enfoques de los programas de salud pero se mantienen las franjas que abarcan este tipo de contenidos.

Se logró identificar el interés de los canales de televisión nacional y regional, públicos y privados, por diseñar e impulsar programas con contenido en salud, pues ven en estos un potencial tanto educativo como comercial que, según sus propias lecturas, no entran en tensión, al contrario, se complementan y refuerzan. Tal interés de los productores, igualmente, parte del conocimiento que tienen de sus audiencias en términos de sus demandas temáticas y comerciales. Ahora bien, en los noticieros privados nacionales, los editores y directores parten

del supuesto que la salud es noticia siempre y cuando haya un problema de salud colectiva o individual. Este criterio de noticiabilidad excluye la salud desde su dimensión positiva: su promoción.

Sin embargo, las pretensiones de los productores van desde la información hasta la educación para la salud. Señalan que el conocimiento sobre enfermedades, su prevención y la promoción de la salud es su principal aporte a este objetivo, a pesar de que, como se indicó en el primer capítulo, la promoción de la salud fue casi inexistente. Están convencidos que desde sus programas pueden generar cambios importantes de salud en las televidentes e incluso “salvar vidas”.

Tienen claro que su público objetivo son mujeres, pero la construcción que de ellas hacen como teleaudiencia nace de su imaginario cultural, el cual es influenciado por sus círculos cercanos (tías, madres y abuelas). Diseñan los mensajes de salud para mujeres cuya condición son: amas de casa adultas (de treinta años en adelante), con personas a cargo (preferiblemente hijos), bajo nivel de escolaridad y socioeconómico. Aunque reproducen este arquetipo, desconocen al grueso de su audiencia. Solo cuentan con las mediciones de *rating*, las cuales muestran números pero no características demográficas ni de ningún otro tipo.

Los productores tienen una noción más amplia de la salud de la que es materializada en los contenidos. Esta noción contempla el bienestar y el equilibrio, además de, por supuesto, la enfermedad. En el canal público regional, la salud, debido a los intereses de los financiadores (Secretaría de Salud de Medellín), se entiende desde su dimensión colectiva; no obstante, a pesar de que hubo temas que estuvieron en sintonía con esta noción, fue preponderante la reducción de la salud a la enfermedad y su prevención. En el canal privado regional, la noción de salud de sus realizadores fue igualmente amplia y se relacionaba con el sentirse y mantenerse bien; sin embargo, debido a los intereses comerciales de su director y presentador, la salud se redujo a las enfermedades músculo-esqueléticas, tratadas, precisamente, en la IPS de su propiedad.

En cuanto a la construcción del objeto comunicativo se logró determinar cuáles son los criterios de selección de las temáticas: promoción de programas y servicios de los patrocinadores, experiencia en los consultorios de las médicas presentadoras, búsquedas personales en internet, agrupación de las enfermedades que dan en ciertas partes del cuerpo, días mundiales propuestos por organismos biomédicos internacionales, temas coyunturales y temas novedosos que se convierten tendencia (algunos por fuera del campo médico) y temas propuestos a través de grupos de investigación.

Se develó el orden de jerarquía de los actores en la selección de estos temas: 1. presentadores expertos, 2. los directores, 3. los patrocinadores, 4. entidades gubernamentales autoridades en la salud, 5. los televidentes, 6. organizaciones internacionales de salud y 7. los presentadores no expertos.

En relación con el sistema de salud como tema, los productores reconocieron, sobre todo los de los noticieros privados nacionales y el magazine regional privado, que no lo habían considerado. No obstante, indicaron que tampoco lo incluirían en sus agendas temáticas. El “desconocimiento del tema”, el “miedo a equivocarse en televisión” (por ser un tema tan complejo y sensible) y el “temor” a las reacciones de los televidentes, fueron las razones señaladas.

Se identificaron como fuentes utilizadas por los productores para diseñar sus mensajes, la consulta a expertos (especialistas médicos y miembros de organizaciones biomédicas e instituciones de servicio público), sitios Web especializados de la biomedicina, organismos nacionales e internacionales, literatura especializada (artículos científicos y libros) y prensa internacional. Según los productores estas fuentes se eligen con base en su legitimidad y reconocimiento por parte de organismos y profesionales de la salud.

Las fuentes como elemento de legitimación es reforzado con estrategias para garantizar la credibilidad y legitimación de los mensajes: se explicita que la información está basada en evidencia científica, los invitados deben tener una experticia y un reconocimiento en el tema, debe haber una coherencia entre la noción de salud del programa y sus pautantes, y “el hábito hace al monje”, los expertos deben vestir prendas que los identifiquen como tales.

En cualquier caso, en lo que respecta a los elementos de forma que construyen el mensaje televisivo, se identificó que en su construcción también se tiene en cuenta el uso específico del lenguaje (coloquial), de apoyos audiovisuales y pedagógicos y creación de secciones para hacer más cercanos y comprensibles los mensajes. Así mismo, para ganar en entretenimiento, se busca la diversidad de temas y la actualidad de la información.

Por otro lado, se constató que los recursos económicos son el mayor condicionante de la producción. El factor dinero condiciona, y determina en muchos casos, la duración del programa, la permanencia de este en el tiempo, la elección de los temas y sus enfoques, el desarrollo de estos y el formato en el que se presenta. Los productores manifestaron que si contaran con los recursos suficientes los invertirían en géneros ficcionales, en especial dramatizados, pues reconocen el potencial de estos para tratar la salud. Dentro del programa ideal, en cabeza de los productores, también están los mismos magazines y secciones en los noticieros, pero con unos ajustes. Los más mencionados fueron: grabar en diferentes lugares de la ciudad e interactuar más con las comunidades y a las audiencias.

Finalmente, una de las reflexiones importantes después de conocer las posiciones de los productores fue que tratar la salud en televisión, desde su dimensión positiva, es complejo, pues se corre el riesgo de que los televidentes no identifiquen el programa como un programa de salud. Por ello es más fácil hablar de enfermedad. La salud positiva puede tener éxito, señalan, en la medida que se articule con el bienestar, la estética y el cuerpo como disfrute.

Ello contrasta con la forma en que concibe el conocimiento que tienen las televidentes sobre salud. Para los productores estos saberes los consideran un mito, en la medida que no cuentan con sustento científico. Como se tratará luego, esta caricatura de la audiencia –ama de casa sin conocimientos válidos de salud– dista bastante de las mujeres reales que reciben sus mensajes, limitando los alcances en los mensajes planeados inicialmente.

En conclusión, el segundo capítulo devela dos tensiones en el acto comunicativo televisivo: por un lado una tensión en el proceso de producción (entre la concepción de los

productores y las condiciones efectivas para la producción) y, por otro, delinea la tensión que se produce en la recepción, la cual se explora de manera más precisa en el capítulo tres.

En el tercer capítulo de esta tesis se abordó la última dimensión del acto comunicativo televisivo en salud: el proceso de recepción-apropiación-acción por parte de los televidentes, con el propósito de fundamentar la indagación por las derivaciones en la formación ciudadana que puede tener este proceso de recepción-apropiación-acción. Para comprender esta dimensión se caracterizaron los televidentes en términos de sus características demográficas, sus rutinas cotidianas, su relación histórica con la televisión y con los programas de salud; en este punto fue esencial identificar sus nociones de salud y las fuentes a partir de las cuales ellas las construyeron y lo que las motiva a permanecer saludables e informadas sobre la salud.

Posteriormente, se avanzó en la comprensión del proceso de recepción entre los televidentes participantes de este proyecto. Con este análisis fue posible superar la recepción y sus niveles hasta la comprensión como son abordadas por Orozco y otros, para indagar por la apropiación y la transformación en acción de la información o del conocimiento ganado. En ese sentido fue necesario comprender cuáles factores favorecen la apropiación de contenidos y el aumento de conocimiento: tanto desde la teleaudiencia, como desde la producción. Finalmente, fue posible establecer la coexistencia de expresiones o modalidades de apropiación de los contenidos.

Los datos que caracterizan a los televidentes permitieron ubicarlas socioculturalmente. La caracterización de los televidentes se realizó con base en varias dimensiones: información sociodemográfica y entender mejor las diversas formas de interacción con los mensajes de salud. Sobresalió el rol activo que tienen las mujeres en sus vidas cotidianas: siempre están realizando actividades domésticas, económicas y personales. Se identificaron cuatro maneras preponderantes de definir la salud como: enfermedad, equilibrio, bienestar y estética. En esta línea se identificaron los motivantes que tienen los televidentes para mantenerse saludables: la búsqueda del equilibrio, el padecimiento de alguna enfermedad o su prevención y el verse bien estéticamente.

También se establecieron las fuentes desde donde ellas construyen la noción de salud: la familia; las vecinas, las amigas; el personal biomédico; los médicos alternativos; y los medios de comunicación (la televisión y la radio fueron los más mencionados). Si bien no se pudo dar un orden de importancia a estas fuentes respecto al peso que tienen en la construcción de la noción de salud, sí se pudo determinar que los círculos cercanos (familia, amigas y vecinas) tienen gran influencia. Un dato importante fue que las mujeres aprenden de salud, primordialmente, de otras mujeres. De esta manera se realizó una búsqueda teórica que permitiera dar cuenta de la relación mujer-salud y la noción de ama de casa.

Sus conocimientos y experiencias en salud les han permitido no solo ocuparse y controlar la salud individual sino la de los miembros de sus familias. Hay un interés fuerte por saber sobre salud, por ello buscan constantemente información y exploran y utilizan diversos sistemas curativos como el doméstico, el alternativo y el biomédico.

Con relación al sistema biomédico, se pudo identificar las tensiones y prevenciones que tienen las mujeres con él. Por un lado reconocen su importancia, en especial en momentos donde el dolor no es posible controlarlo a través de los sistemas doméstico y alternativo y, por el otro, lo ven como un obstáculo para acceder al sistema sanitario. Todas han tenido una experiencia adversa, o conocen una muy cercana con él. La negación de servicios médicos y de medicamentos, los trámites burocráticos, la complejidad del sistema y las relaciones adversas con algunos profesionales de la salud fueron los más mencionados. Esta experiencia con el sistema de salud se convierte en un factor determinante en la interacción con los contenidos televisivos de salud (entendido desde la mirada biomédica), como se desarrolla en (Puerta & Agudelo, 2016).

Para comprender las formas de recepción, apropiación y transformación en acción de los mensajes de salud se hizo un recorrido teórico en el que se suscribió la complejidad del proceso y el papel activo y creativo de la audiencia. Se confirmó que nunca se da un proceso de recepción sin el de apropiación, entendido este como la producción de sentido que las televidentes activan a partir del mensaje televisivo. Ahora bien, para poder abordar su transformación en acciones ciudadanas primero fue necesario identificar los factores que

determinan dicha producción de sentido para, luego, examinar los esquemas de uso o los usos que acompañan dicha producción de sentido y las causas que existen para que del sentido (pensamiento) se pase a la acción. Una vez identificadas las derivaciones prácticas del mensaje televisivo para cada televidente pudo determinarse si había alguna ligada a la ciudadanía o del orden político o de qué tipo eran estos resultados prácticos.

Fue posible entonces identificar factores que posibilitan o favorecen la recepción-apropiación de los mensajes de salud. Por un lado, lo que en palabras de Orozco serían las fuentes de mediación, tales como el género, la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico. Tales fuentes pueden considerarse las configuradoras de “sistemas de sentido” o de “modos de interpretación y de resemantización” (Alonso Alonso, 2010). Estas instancias serían compartidas por algunas de las televidentes que participaron en este proyecto. Pero hay elementos diferenciadores al interior de esas instancias que se refieren a sus trayectorias individuales o a sus experiencias particulares de vida: el tipo de entorno familiar en el que crecieron o configuraron como adultas, sus experiencias con la salud, los conocimientos previos con los que cuentan al momento de recibir el mensaje televisivo, el interés personal por un tema y las posibilidades de acceso a otras fuentes de información.

Ahora bien, existen en la producción del mensaje televisivo características favorecedoras para el proceso de recepción-apropiación-acción. En general, la televisión fue identificada como el medio por excelencia o más potente en términos educativos. Ya en sí, el medio mismo en un factor favorecedor. En lo concerniente al mensaje como tal: el género o formato televisivo en el que se presentan los mensajes, los lenguajes verbales del emisor, las ayudas didácticas, los presentadores, la aplicabilidad de las recomendaciones en salud, las estrategias para emocionar, los temas mismos y el enfoque que se les da (*framing*), son señalados todos como factores que hacen la diferencia, es decir como aspectos que posibilitan los niveles de comprensión, apropiación y eventual uso de los mensajes en salud.

Pero además de estos factores, se pudo avanzar en los detonantes de la transformación en la acción de esos mensajes de salud: el rol de madre fue el más enunciado, así como las



situaciones de enfermedad en donde los sistemas curativos caseros y alternativos no logran resolverlo y están obligadas a acudir al sistema de salud.

A partir de los estudios consultados es posible decir que las televidentes tienen expectativas educativas frente a los programas de salud (Fuenzalida, 2005). En los reportes sobre telenovelas, *realities* y otros, hay una tensión entre la dimensión de entretenimiento y la de educación, pero en los formatos de magazine y noticieros no existe. Gracias a la indagación de esta tesis se identificaron diferentes acciones en las que se manifiesta el proceso de comprensión y apropiación de los mensajes, tales como: generación de intereses por adquirir o acumular conocimientos; divulgación de los conocimientos adquiridos; ampliación de conocimientos a partir de otros medios y personas; adquisición o modificación de comportamientos. Obviamente, el aumento o adquisición de conocimientos, es condición para que se den estas manifestaciones prácticas de la apropiación televisiva.

También se pudo determinar que todas las televidentes, al recibir un mensaje televisivo aprendieron algo, aumentaron su conocimiento o adquirieron nuevo y, además, generaron un interés por más información, esto es por adquirir más conocimientos. Pero no todas buscaron otras fuentes, como otros medios y personas, para ampliar lo aprendido, ni lo divulgaron o compartieron con otras personas. No todas, tampoco, modificaron sus comportamientos, aunque ellas reconocieron que en otras ocasiones sí lo habían hecho.

Fue posible entonces dar cuenta de un proceso progresivo de la recepción a la apropiación, tal y como lo comprende Orozco, pero en esta tesis se describe además el proceso de transformación en acciones concretas como las mencionadas arriba. Interesa saber si algunas de esas acciones que emprende la televidente tienen derivaciones políticas o, por lo menos, tienen un potencial político que las sitúe como ejercicios ciudadanos.

\*\*\*

Hasta aquí se ha realizado un recorrido por el proceso comunicativo televisivo en salud desde sus tres dimensiones: 1. la producción-emisión, 2. el mensaje mismo y 3. la recepción-apropiación-acción. La literatura especializada muestra que tal proceso se ha abordado desde

solo uno de los frentes, muy pocos desde dos, pero ninguno desde su integralidad. Este cuarto capítulo se pregunta si hay en este proceso comunicativo, que en general resulta en ampliación de conocimientos y acciones relacionadas con la salud, rastros de formación ciudadana. En esta parte, entonces, será importante observar las relaciones de sentido que se dan sobre las nociones de salud, incluyendo cualquier perspectiva de lo político en ella, que son emitidas por la televisión y sus expresiones en prácticas que puedan considerarse ciudadanas o políticas.

Puede adelantarse desde ya que los contenidos televisivos analizados tienen potencial en procesos educativos y formativos, pero no siempre se concretan en prácticas ciudadanas, especialmente, porque como se demostrará no se da un tratamiento político explícito de la salud en los programas de televisión analizados.

De modo que en la presente sección se abordará la pregunta central de esta tesis, es decir, cuáles son los aportes de la televisión colombiana a la formación ciudadana en salud. Para cumplir tal propósito se mostrarán, en un primer momento, los aportes que este medio hace al proceso comunicativo a partir de su participación en la configuración de representaciones sobre la salud. En este punto, se tratará de demostrar que la salud es una noción en disputa, lo cual se revela en el mensaje que finalmente es transmitido y reproducido por medio de la televisión. Las condiciones mismas de la producción hacen que haya una reducción en el proceso de producción (los productores tienen una noción más amplia que la que finalmente se emite) y que, en el proceso de la recepción-apropiación-acción, las televidentes cuestionen y redimensionen dicha concepción.

En efecto, la televisión intenta imponer una visión biomédica de la misma e invisibiliza otros aspectos que podrían ser útiles en la formación ciudadana en salud. Pero adicionalmente, esta noción reducida, parcial y hegemónica, se dirige e intenciona hacia las mujeres. A partir del análisis realizado aquí, dado que los productores reproducen y contribuyen a la relación “naturalizada” entre mujer y salud, en la televisión colombiana se refuerza la feminización de la salud.

En un segundo momento, se analizarán los aportes de la televisión a la construcción de una dimensión política de la salud. En este punto se hará énfasis en evidenciar que la televisión

aunque casi nunca hace un tratamiento político explícito de la salud, al mismo tiempo, se asume con Luhmann que la televisión es uno más de los factores que influyen en la conducta de los actores sociales de la comunicación que él llama sociedad. De modo que se tratará de identificar las acciones políticas-ciudadanas en el campo de la salud que emanan de la interacción entre las televidentes y los mensajes audiovisuales o, por lo menos, con participación de estos.

Para el análisis de los aportes en términos políticos, será necesario revisar la comprensión que aquí se ha hecho del proceso comunicativo televisivo en tanto proceso formativo. Para Orozco, este proceso está configurado por momentos de información, notificación y comprensión. Se requiere de la comprensión para que se dé comunicación (Luhmann, 1990, pp 160-161 citado por Orozco, 1994, p. 137). Ahora bien, si se comprende la apropiación como “la incorporación de un contenido al saber propio y sistema de representaciones, que es resignificado y elaborado en una forma propia de concepción... [y acción]” (Portela, 2000, p. 96), podemos avanzar que pareciera, según los hallazgos de esta tesis, que siempre hay una derivación en acción. La pregunta es, ¿cuándo esta acción es política?

En un tercer momento se hará la discusión sobre la noción de ciudadanías en salud. Se evidenciará cómo las televidentes suman a su formación ciudadana en salud a partir de los aportes adquiridos a través de la televisión. En este sentido, una de las contribuciones de esta tesis se espera que sea la elaboración del concepto de ciudadanías televisivas en salud que permita comprender las múltiples y novedosas modalidades de ejercicios ciudadanos en el campo de la salud y la potencia de la televisión para su formación.

## **2. APORTES DE LA TELEVISIÓN COLOMBIANA A LAS REPRESENTACIONES SOBRE LA SALUD DE LAS TELEVIDENTES**

Lo primero que se hará en esta sección es mostrar los aportes que la televisión hace en el proceso comunicativo alrededor de la salud, con el fin de dar cuenta de su participación en la configuración de representaciones e imaginarios sobre esta dimensión de la vida. Luego se

mostrarán las tensiones que se producen en el proceso comunicativo que se expresan en una disputa por la noción de salud entre productores y televidentes.

En cuanto al primer punto, se encontraron por lo menos tres indicadores de sus aportes a la producción de representaciones de la salud: se posicionó la salud como tema mediático; pone en la esfera de diferentes públicos la salud, tema que era de exclusividad de los expertos; transmite y propone una noción feminizada y biomédica (biologicista, individualista, medicalizada).

Con respecto al primero, la televisión, y en esto se ha hecho énfasis en esta tesis, le dio visibilidad al tema de la salud, lo volvió importante, sobre todo en la última década. Los productores de los programas así lo reafirmaron. Una de las causas principales señalada por ellos, es que la salud tiene potencial informativo, educativo y, claro, comercial. Informativo en la medida que diariamente se están produciendo grandes volúmenes de este tipo de información en todo el mundo, al tiempo que es uno de los temas más demandados por la sociedad, en este caso la sociedad colombiana (Bonilla & Cadavid Bringe, 2004a).

Educativo porque “siempre”, como lo indicaron todos los productores, hay un interés por formar a los telespectadores en temas de salud. Hacer de esa información un insumo direccionado para la educación. Y comercial, porque es una temática que “engancha” a la audiencia, lo que se traduce en rating, el cual a su vez se transforma en dinero. Ya se ha dejado claro que la televisión es, ante todo, una empresa que necesita recursos económicos para subsistir; por ello el potencial económico, especialmente en los canales privados, es central.

El segundo, la televisión sacó de la exclusividad de la academia y del universo biomédico el tema de la salud. Este tipo de conocimiento, que ha estado confinado a los centros especializados y a las manos de los expertos, salió de su burbuja gracias a los trabajos desarrollados en las áreas de la comunicación para el desarrollo, la comunicación para el cambio social, la comunicación científica, entre otras afines. Todas estas comparten un objetivo común: empoderar a la sociedad del conocimiento científico con miras a mejorar las condiciones sociales. La televisión, entonces, hace parte de las estrategias de comunicación para diseminar este tipo de saberes por fuera de las áreas específicas.

Al sacar la salud del ámbito experto –y esto hace parte de aquellos aportes– la televisión pone dichos saberes al servicio de la audiencia de tres maneras: entretenida, educativa y comercial. Lo entretenido y lo educativo abarcan todas aquellas estrategias para hacer comprensible el conocimiento biomédico. Se evidenció que el uso de un lenguaje coloquial, en lugar de técnico, y los apoyos audiovisuales y pedagógicos permiten la comprensión y apropiación de los mensajes. Y, lo comercial, obedece a la lógica de financiamiento de este medio, pues, como ya se dijo, los productores deben crear estrategias para atraer audiencia.

Pareciera que estas tres formas (entretenido, educativo y comercial) son incompatibles, en especial las dos primeras con la última, pero algunas experiencias demuestran lo contrario. Desde el eduentretenimiento se han mostrado las posibilidades de combinar esos dos propósitos (Nabi & Thomas, 2013). En efecto, en términos de rating, muchos de los programas televisivos con el enfoque de eduentretenimiento han permanecido en el tiempo, lo que indica que, de alguna manera, han sido rentables para los canales de televisión. Sin embargo, todavía se hacen cuestionamientos a la manera de combinar las tres maneras, como se han expuesto preliminarmente en otros trabajos y aquí, por los conflictos de intereses entre publicidad y mensaje educativo (entre lo que se quiere vender y los mensajes educativos que se intentan transmitir).

En el testimonio de la “Doctora Fernanda”, ella expresa su frustración frente a no poder controlar la publicidad que acompaña su sección, publicidad que se presenta antes y después de su franja. En el caso de los Buenos años, no hay cortinillas que diferencien la publicidad de la IPS propiedad del Presentador con los contenidos mismos del programa. En la literatura consultada, se indaga por el impacto que pueden tener alusiones a centros de *fitness* y productos de complemento a la dieta al interior del *reality* “*The Biggest Loser*” (Nabi & Thomas, 2013). Lo comercial, sea en términos de la publicidad que acompaña al programa (pero que está por fuera del programa mismo), sea al interior del programa (como alusión directa o indirecta), supone un problema para el análisis de la recepción y del impacto educativo del mensaje de salud.

En el caso colombiano, la televisión abrió un nicho de mercado en el que se promueven, por un lado, productos y servicios asociados a los estilos de vida saludables, y, por el otro, productos y servicios relacionados con la prevención y la curación de la enfermedad; ello, valga la aclaración, sin ninguna regulación por parte del Estado. Solo hacia finales del 2015 la Superintendencia de Industria y Comercio marcó un precedente al sancionar al laboratorio *Genomma Lab* (empresa mexicana dedicada al desarrollo de productos cosméticos de venta libre) por publicidad engañosa. Esta empresa fue uno de los anunciantes más fuertes en la franja comercial de los programas privados nacionales analizados, esto es, los noticieros de RCN y Caracol.

Es de esta manera como la salud, como producto televisivo, estuvo impregnada por los intereses económicos y políticos en niveles diferenciales. En los canales privados, ya sean nacionales o regionales, los intereses económicos fueron más predominantes; si bien en los programas nacionales privados no hubo una relación directa entre producto o servicio de consumo con los mensajes de salud, la franja comercial promovía el consumo de productos, sobre todo, asociados a la salud que, en algunos casos, contradecía el mensaje de la sección de salud de los noticieros.

Estudios consultados llaman la atención sobre la necesidad de comprender mejor la incidencia de los comerciales, tanto externos (franja comercial) a los programas como los que están inmersos en el desarrollo de los programas, pues según hallazgos preliminares, pueden contradecir el mensaje educativo del programa (siempre en pro de la salud) o apoyarlo (Nabi & Thomas, 2013). Ya en el programa privado regional –Los Buenos Años– la relación entre mercado y salud fue directa: se ofrecieron productos y servicios cuyo oferente era el mismo presentador y director del programa. Lo anterior coincide con otros estudios que muestran cómo algunos programas televisivos de salud son, no solamente financiados por empresas del mercado de la salud (como farmacéuticas y empresas del *Fitness*) sino también creados, diseñados y promovidos por este tipo de organizaciones (Christenson & Ivancin, 2006a).

Mientras tanto en el programa del canal público regional, el interés de publicitar la gestión pública dominó al hacer de este una plataforma mass mediática en el que se

evidenciaran la oferta y los logros de uno de los organismos del gobierno local: la Secretaría de Salud de Medellín.

En este orden de ideas, uno de los hallazgos de esta tesis es la relación estrecha entre mercado y enfermedad. La salud, enfocada desde la enfermedad, se expone como un producto de consumo. Los comerciales de las secciones de salud de los noticieros privados se caracterizan por ofrecer productos de higiene, estética, complementos nutricionales y antigripales, especialmente, para “restablecer la salud” y “sentirse mejor”. Muchos de estos productos son recomendados y presentados por profesionales de la salud. Algunos de estos comerciales imitan la estructura narrativa de las secciones de salud de los noticieros como estrategia para generar confianza en el producto. Visto así, como lo indica Renaud (1978), existe una relación simbiótica entre capitalismo y la biomedicina, relación que se ve reflejada en la disputa mediática por la significación de la salud.

El tercer indicador consiste en que la televisión, aunque saca de las esferas especializadas el tema de la salud para mediatizarlo, contribuye a la reproducción de nociones de salud desde la mirada biomédica, pero además naturaliza su feminización. Como quedó demostrado en el primer capítulo, la noción de salud promovida en los programas de televisión analizados se caracteriza por ser biologicista enfocada en la enfermedad y su prevención. Así, la definición enciclopédica de la enfermedad, sus tratamientos, diagnósticos y síntomas fueron la tendencia.

También se lograron evidenciar las limitaciones adicionales de la noción de salud que la televisión promueve: predominantemente individualista; invisibiliza la dimensión de la promoción de la salud; no tiene en cuenta o no reconoce los saberes populares de sus televidentes sobre la salud; no aporta a la movilización de acciones políticas o participación ciudadana en salud; y no aborda ni el funcionamiento ni la estructura del sistema de salud ni los derechos y deberes de sus usuarios.

La noción individual de la salud prevaleció sobre una noción más colectiva; en consecuencia, la salud se expone como un asunto exclusivo de la biología humana, sin relación,

o muy poca, con el medio ambiente, las condiciones sociales, políticas y económicas del país o al sistema de asistencia sanitaria. Al respecto, Tufte (2004b) afirma que hay una preocupación por desarrollar más estrategias comunicativas sobre la dimensión colectiva del aprendizaje sobre la salud, pues las soluciones en el campo de la salud tienen que ver menos con los cambios individuales de comportamiento y más con los problemas estructurales que abarcan inequidades de género, condiciones socioeconómicas, temas enfocados en los derechos, entre otros.

Igualmente, la salud, al ser abordada desde la enfermedad y su prevención, deja por fuera la promoción de prácticas y estilos de saludable y otras dimensiones de la promoción de la salud. La televisión refleja en su tratamiento de la salud mediante la enfermedad, la medicalización de la sociedad en palabras de Foucault (1967). Y es que, como afirman algunos expertos de esta área del conocimiento biomédico, hablar de salud cada vez se hace más difícil en un mundo gobernado por la enfermedad (Humberto Ramírez, profesor-experto en promoción de la salud, Parque de la Vida-Universidad de Antioquia, 2016).

Solo en uno de los magazines –Medellín Ciudad Saludable– había una sección enfocada en evidenciar prácticas y rutinas saludables de algunos ciudadanos; no obstante, esta información se perdía en el desarrollo del tema central que era, por lo general, un tema asociado a la enfermedad.

Tampoco se reconocen las nociones de salud de los televidentes, quienes tienden a construir sus nociones y sus conocimientos sobre la salud desde fuentes alternativas a la biomedicina (médicos y sistema de salud), de modo que esta última nunca es predominante. El énfasis en privilegiar la noción biomédica se evidencia en la selección de los presentadores e invitados, quienes finalmente son los que emiten los mensajes en los episodios; ellos, además, son en su mayoría expertos en las diferentes áreas de la biomedicina, incluyendo los mismos presentadores médicos, dejando muy poca participación e incidencia de los invitados de la comunidad, claro, cuando fueron invitados. Sobre esta idea se volverá más adelante.

Hasta aquí se ha mostrado cómo la televisión contribuye o participa activamente de la producción y reproducción de representaciones de la salud arraigadas en la biomedicina (o en



saberes expertos), individualista y medicalizada concentrada en la enfermedad. En lo que sigue se expondrá que, además, la noción de salud se feminiza, esto es cuando se presenta se naturaliza la relación de las mujeres con la salud o los mensajes tienen como objetivo a las mujeres.

Los contenidos televisivos de salud en Colombia están producidos y enfocados hacia las mujeres, re-naturalizando, de esta forma, la relación histórica entre mujer y salud. Esto quedó evidenciado tanto en las entrevistas a los productores como en el análisis textual a los contenidos. Los productores, sin excepción, declararon que sus mensajes iban dirigidos a ellas, aunque, aclaran, no a todas las mujeres, solo a algunas con unas características particulares: madres, en especial amas de casa, y de edad adulta.

Se construye así un estereotipo del interlocutor y, a partir de él, se diseña el mensaje. El estereotipo tiene origen en los círculos cercanos de los propios productores, de modo que las tías, las abuelas y las mamás se convierten en el referente central para construir al receptor. “Cuando mire a la cámara piense que le está hablando a su mamá”, fue la primera observación que le dio uno de los productores a una de las presentadoras de los programa cuando esta apenas iniciaba su profesión.

Los productores seleccionan a este tipo de interlocutor porque parten del hecho natural de que son estas mujeres las que cumplen el rol social de ocuparse de la salud propia y la de sus familias; son las “encargadas” de replicar el mensaje entre su grupo familiar y otros grupos cercanos: amigas y vecinas; y se “encargan” de traducir a prácticas los conocimientos adquiridos. Además, en el marco del sistema de salud, son las que realizan “las vueltas” burocráticas para transitar por él: reclamar los medicamentos, pedir las citas, acompañar y cuidar al enfermo, etcétera. Se pudo identificar que no solo diseñan los mensajes para ellas, sino que las responsabilizan del cuidado de la salud de sus círculos cercanos.

Así mismo, en los contenidos televisivos se evidenció la relación estrecha entre mujer y salud de la que partían los productores. Ello se vio reflejado en la elección del formato del programa, el horario, las temáticas abordadas y sus enfoques, así como las imágenes y el

lenguaje. En cuanto a la elección del formato, los más utilizados fueron los magazines y los noticieros; sin embargo, en investigaciones anteriores realizadas por el autor de esta tesis, se incluyeron *talk shows* y telenovelas. Los anteriores géneros y formatos televisivos, a excepción de los noticieros, son los más cercanos a las mujeres, esto quedó explícito tanto en las indagaciones realizadas a los productores como a las televidentes.

Con respecto al horario de los programas de salud, la Autoridad Nacional de Televisión, en el Acuerdo No. 002 de 2011, artículo 24, reglamentó y clasificó las franjas televisivas en cuatro tipos de audiencia: infantil, adolescente, familiar y adulta. Entre las 05:00 y las 22:00 horas la programación debe ser familiar, de adolescentes o infantil. A partir de las 22:00 horas y hasta las 05:00 horas se podrá presentar programación para adultos. Los programas presentados en la tarde, si bien hacen parte de la franja familiar, los productores y directores de los canales saben, a partir de estudios de medios encaminados al mercado, que son principalmente las mujeres sus mayores interlocutoras.

También en los temas tratados por los programas de televisión y en sus enfoques – *framing*– se evidenció la relación mujer-salud. Muchos de ellos abordaron tópicos relacionados con las enfermedades propias de la condición femenina o las formas de prevenirla. También se asociaron temas de alimentación e higiene, abordados en varios episodios, como un asunto exclusivo de las mujeres. Las temáticas sobre las enfermedades de los niños y sus cuidados también siguieron la línea anterior. Finalmente, en algunos episodios, cuando se exponían temas dirigidos a los hombres se invitaba a las mujeres a asumirlo y “motivar a sus hombres” a realizarse chequeos y seguir las recomendaciones de los profesionales de la salud.

Del mismo modo, en las imágenes de apoyo para desarrollar los temas, así como muchos de los invitados a participar en los episodios, la mujer fue visiblemente preponderante. Ellas aparecían en cocinas, hospitales, espacios públicos, consultorios médicos, en sus hogares, en espacios deportivos, entre otros, realizando, principalmente, labores de cuidado a sí mismas, a sus hijos y otros miembros de la familia. El cuerpo de la mujer tuvo un lugar central en el relato sobre la salud, así como lo afirma Lupton: “Al cuerpo femenino se le ha dado “un exceso

de visibilidad” en las representaciones de los medios de comunicación médica y popular” (2014, p. 214).

En el lenguaje utilizado por los presentadores de los programas, finalmente, también dejó ver la relación en cuestión. Palabras como “señora”, “mujeres”, “madres” y “amas de casa” fueron muy utilizadas para referirse a la audiencia. Expresiones de este tipo no fueron utilizadas para referirse al género masculino. Ello pone de manifiesto la intención de hacer de la salud un asunto exclusivo de las mujeres, o mejor, de feminizar los contenidos televisivos en salud.

Ahora bien, la relación mujer y salud, si bien ha sido ampliamente abordada en la literatura especializada sobre género, no ha tenido un desarrollo analítico importante en el marco de los medios de comunicación masiva. No obstante, uno de los trabajos más destacados fue el realizado por Rojas Rajs (2011; 2015). Allí la autora muestra cómo la salud es representada en la televisión mexicana principalmente como una mercancía ofrecida, por medio de productos y servicios concretos, a las mujeres, con un acento muy marcado en las madres amas de casa.

Sus estudios, todos realizados con un enfoque de género, concluyen que las mujeres están subordinadas a las instrucciones biomédicas, desconociendo los saberes sobre salud que ellas detentan. Concluye, entonces, que esta relación asimétrica fomenta la desigualdad de género y obstaculiza la concepción de la salud como un derecho de las personas (Rojas Rajs, 2015).

Uno de los hallazgos preponderantes de estas investigaciones, al igual que de esta tesis, es que los contenidos de salud televisivos, así como la publicidad, están diseñados y dirigidos para las mujeres. El rol más destacado que cumplen las mujeres en estos análisis es el de madre, el de cuidadora de todos. Este rol es criticado por la autora al recordar el contexto mundial en el que se promueve la idea de que la salud es resultado de las acciones de los individuos, ideas propuestas por organizaciones internacionales como el Banco Mundial. Llama entonces la atención y afirma que en el discurso mediático esta responsabilidad no cae sobre

los individuos sino sobre las mujeres, quienes deben velar, además de su salud, por la salud de los hijos y familiares (Rojas Rajs, 2015).

Igualmente, Rojas pone de manifiesto que no solo hay un discurso enfocado hacia las mujeres sobre su responsabilidad en la salud representada por el consumo, sino que son las receptoras centrales de mensajes sobre “la alimentación saludable, el mantenimiento de espacios limpios y libres de gérmenes y la protección de los hijos y la familia en general” (Rojas Rajs, 2015, p.21).

En suma, la autora deja claro que el género y la salud con construcciones social e históricamente determinadas y se construyen desde una dimensión simbólica, en este caso producida y reproducida por la televisión. Ambos conceptos son asociados de manera natural en el discurso audiovisual desde donde se enfatiza en el rol de cuidadora que deben cumplir las mujeres en la sociedad, excluyendo y liberando a los hombres de esta responsabilidad ciudadana.

Tanto en los contenidos televisivos estudiados por Rojas, en la televisión mexicana, como en la presente tesis, se resalta que los programas de televisión promueven una noción de salud desde el enfoque de la prevención de la enfermedad y la dimensión individualista. En conclusión, se coincide con la autora en concebir a la televisión como productora y reproductora de significados sociales sobre salud. Ambos estudios entienden que la salud, como noción, evidenciada en los contenidos televisivos está en disputa, en este caso, entre productores y televidentes. Esta disputa tiene unas características que serán desarrolladas más adelante.

En la sección que sigue, se expondrá de manera detallada la interpretación que se propone del proceso comunicativo en términos de la tensión que se produce entre la noción de la televisión –biomédica, individual y medicalizada– y las nociones más amplias tanto de los productores como de las televidentes. Podría decirse que en el proceso comunicativo televisivo la noción de salud está en disputa.

## 2.1. La noción de salud en disputa

La salud es una noción que ha estado en disputa en las sociedades occidentales desde que la medicina científica se posesionó como sistema hegemónico. Este saber ganó legitimidad a través de dos procesos: el primero se dio a principios del siglo XVII con el desarrollo de las ciencias naturales y la física, desarrollos que establecieron las bases científicas para demostrar empíricamente los postulados de la biomedicina: “A partir de allí, fue posible la configuración de su legitimidad en lo que respecta al saber científico sobre el cuerpo y al proceso salud–enfermedad–atención”(Petracca, 2012, p. 12).

Y el segundo se dio con la formalización de la profesión médica en el ámbito universitario. El Estado decretó que solo quien tuviera título de médico, a partir de los procesos universitarios, podría ejercer el oficio. De esta manera, los médicos universitarios obtuvieron el monopolio del manejo del oficio de curar (Petracca, 2012).

Este Modelo Médico Hegemónico MMH, como lo llama Menéndez, sobresale por tener unos rasgos estructurales que se han venido imponiendo en el orden social; ellos son: “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico” (Menéndez, 1988, p. 2).

Dice Menéndez que el rasgo estructural dominante es el biologicismo, este “constituye el factor que garantiza no solo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos... el biologicismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles” (Menéndez, 1988, p.2). El biologicismo hace que toda la atención se centre en la enfermedad, o mejor, en el cuerpo enfermo y se deje por fuera otras dimensiones de la salud. Como resultado, la enfermedad se convierte en una amenaza a la racionalidad y a la vida social establecida a partir de los postulados de la ilustración.

De modo que la atención centrada en la enfermedad y la medicalización de la misma, hacen parte del giro histórico de la sociedad moderna que señala Foucault y que explica en buena medida la dominación de los campos de saber sobre el cuerpo y la salud (delimitados a la enfermedad) por expertos y actores sociales provenientes de la formalidad de los procesos universitarios, técnicos expertos y legitimados por las políticas sanitarias.

Esta manera de entender la salud deviene en un campo político en la medida en que se trata de un campo de disputas o luchas de poder en el cual lo que está en juego es la hegemonía que logra el conocimiento biomédico, al desplazar otros saberes (Lupton, 2014). En esta vía, afirma la autora, la medicina científica tiene un papel dominante en la regulación de los imaginarios y las prácticas sobre la salud: “En las sociedades occidentales modernas la institución de la medicina tiene un papel importante que desempeñar en el control social, en modelar la regulación de la acción humana, el comportamiento de los organismos humanos y la construcción de la subjetividad” (Lupton, 2014, p.124).

La forma más predominante que tiene la medicina científica para regular los imaginarios y las prácticas sobre salud es a través de las hegemonías comunicativas, o en palabras de Briggs “comunicabilidad”. Este autor arguye que las temáticas de salud, la desigualdad y las justicias sociales se pueden comprender, además de las desigualdades estructurales que configuran la capacidad de imaginar y alcanzar la salud, desde la comprensión crítica de las políticas de comunicación. Por ello parte de que las ideologías dominantes y las prácticas de comunicación, a las cuales llama comunicabilidad, funcionan de manera similar a lo que Menéndez y Di Pardo (1996) llaman Modelo Médico Hegemónico, ya mencionado (Briggs, 2005).

La biomedicina, como hegemonía ideológica, concibe la comunicación como un proceso lineal y mecánico en que el receptor del mensaje no tiene la posibilidad de participar, pues sus conocimientos no son admitidos como válidos. La comunicación vista así produce “relaciones de poder y desigualdades relaciones de poder y desigualdades, al estructurar la sociedad jerárquicamente y al reclutar a individuos y poblaciones para ocupar posiciones diferenciadas” (Briggs, 2005, p.104). El proceso de comunicabilidad es descrito por el autor de la siguiente manera:

En el caso de la salud, las perspectivas dominantes conciben el conocimiento como: a) producido por los sectores científicos –por epidemiólogos, investigadores clínicos, científicos de laboratorio, etc.–; b) traducido al lenguaje popular por clínicos, profesionales de las relaciones públicas, y periodistas; c) transmitido a los legos –en interacciones médico-paciente, en actividades de promoción de la salud o a través de los medios de comunicación–; y finalmente d) recibido por el público (Briggs, 2005, pp.103-104).

Este modelo de comunicación hegemónico se aplica en los procesos de producción televisiva de la salud en Colombia. No obstante, como se verá enseguida, los procesos de recepción de los contenidos, a diferencia de la propuesta lineal, son dinámicos y creativos. Pero antes, es preciso diferenciar las nociones de salud de los productores versus las nociones como productos televisivos.

## **2.2. La noción de salud de los productores versus la que se concreta en los contenidos televisivos**

El discurso biomédico se ha venido diseminando a través de los medios de comunicación los cuales han servido de instrumento, desde las teorías de la modernización (Gumucio-Dragon, 2011), para difundir los saberes hegemónicos en torno a la política, la economía y la ciencia. Estos medios son agentes constructores de lo real en la medida en que son instituciones legitimadas y tienen un alto grado de legitimidad, razón por la cual producen conocimientos que se reafirman en todo el entramado simbólico cultural (Ramos, 1995).

La televisión juega un papel muy importante en este entramado simbólico, pues, como lo afirma Bourdieu, es un colosal instrumento de mantenimiento del orden simbólico (Bourdieu, 1996). La televisión, entendida así, aporta al mantenimiento del orden simbólico en salud al reproducir los progresos médicos y destacar la tecnología médica como la apoteosis de la biomedicina (Lupton, 2014). También al representar al médico asociándolo con valores como la autoridad, la objetividad, la pureza y la higiene, o presentándolo como exitoso, pacífico y justo (Lupton, 2014). Pareciera que estas mismas cualidades los exime de tener intereses económicos. Esos presentadores médicos, o los médicos en los comerciales, se presentan como neutrales y objetivos, gracias a sus conocimientos expertos, lo que refuerza su legitimidad para transmitir y ser los protagonistas de los programas con contenidos en salud. Sin embargo, es posible ver una trampa en esta imagen que se quiere construir de quienes emiten el mensaje,

pues se pudo observar que participan de diversas formas (unas muy visibles, otras no tanto) en el juego comercial. Así las cosas, la representación de este tipo de expertos debe verse también a la luz de las lógicas comerciales que se expresan en los programas de televisión.

Se asienta, entonces, la discusión realizada antes, según la cual se presentan los médicos como los héroes, se maximizan los beneficios y se invisibilizan los riesgos, reproduciendo el valor indiscutible de los saberes expertos. Al mismo tiempo que se refuerza esta legitimación de los saberes médicos: cada vez se da más cantidad de información durante el programa, la cual es ampliada en los sitios web de los canales, que paulatina y rápidamente han incursionado en los contenidos web.

En esta tesis se pudo evidenciar cómo los programas de televisión colombianos privilegian el sistema biomédico por encima de cualquier otro modelo de medicina. Sistema que es netamente biologicista y utiliza unas estrategias audiovisuales para legitimarse: participación de expertos en el área de la salud, uso del lenguaje médico para desarrollar los temas, uso de fuentes científicas para validar la información que se presenta, uso de imágenes y espacios relacionados con la medicina y la ciencia y la contrastación recurrente del conocimiento médico con el conocimiento popular y casero, siendo estos últimos deslegitimados.

Lo paradójico (pero que no produce tensión) es que si bien los contenidos televisivos exponen la noción biomédica en su máxima expresión, sus productores, profesionales de este campo, tienen una noción más amplia de la salud: la asocian, además de la enfermedad, con el bienestar y reconocen este potencial. Incluso algunos van más allá y la relacionan con las condiciones económicas y políticas de la sociedad.

Una explicación a esta paradoja es que la salud, vista desde la enfermedad, se presta mejor para ser tratada en televisión. La enfermedad apela al drama, a la emotividad, como la televisión: “La televisión incita a la dramatización, en un doble sentido: escenifica, en imágenes, un acontecimiento y exagera su importancia, su gravedad, así como su carácter dramático, trágico” (Bourdieu, 1996, p.25). En los noticieros privados nacionales, por ejemplo, la salud siempre ocupaba un lugar secundario en la programación diaria, solo hasta que ocurriera un



hecho noticioso relacionado con epidemias, con la enfermedad, la salud como tema adquiriría un lugar central. Lo anterior fue confirmado por algunas televidentes, quienes expresaron que buscaban programas sobre “enfermedades raras” porque les causaba, por un lado curiosidad, y por el otro entretenimiento.

En este sentido, se apela al miedo como estrategia de persuasión y como estrategia de venta. Pero antes de exponer ambas estrategias, es necesario definir qué se entiende por mensajes de miedo. Según Witte (1994), los mensajes de miedo son comunicaciones que producen esta emoción y se enfocan en la severidad y probabilidad de ocurrencia de una amenaza para inducir la adherencia a una acción recomendada.

Se ha usado como estrategia de persuasión en los mensajes de salud bajo la creencia de que el miedo es un motivador poderoso y eficaz para promover cambios de comportamiento. Como ya se mencionó, existen estudios que demuestran el uso eficiente de esta estrategia. Muchos los estudios que analizan la relación mensajes de miedo-salud dan cuenta del grado de perturbación y persuasión de estos en los receptores pero no se conoce la actitud de cambio ni mucho menos se registra el cambio (Martín, Ordoñana, Gómez Amor, & Galvañ Olivares, 2000).

Por otro lado, mencionan los autores que hay estudios que señalan que la ansiedad producida por este tipo de mensajes puede tener un efecto contrario, produciendo la negación o la evitación del mensaje. También, en algunas teorías pedagógicas y del aprendizaje hacen hincapié en la mayor eficacia de un acercamiento positivo –uso de mensajes positivos– hacia el problema de la salud.

Como estrategia de venta, de otra parte, los mensajes de miedo pretenden alertar al receptor sobre un problema de salud que se resuelve con la compra de bienes y servicios. En los programas televisivos se muestran imágenes de personas enfermas, donde se exageran los síntomas, se expone el área afectada y se crea una situación con una carga dramática fuerte. Al final, el producto resuelve los “problemas de salud” y construye un ambiente de bienestar.

Desde este ángulo, la enfermedad vende más en la televisión que la salud debido a que se hace del cuerpo un bien que debe ser protegido mediante una serie de mercancías o

productos que prometen su curación o mantenimiento y una mercancía que es objeto de transacciones. En aras de la buena salud se sanciona y estigmatiza el cuerpo enfermo, el cual “necesita” tratamientos y medicamentos para ser sanado a través del consumo de bienes y servicios. La televisión, no se puede perder de vista, es una empresa que vive de la pauta comercial, en este sentido la enfermedad es un objeto siempre potencial de consumo. Esto quedó evidenciado, con mayor acento, en el canal Televid y el programa Los Buenos Años. Según su director y presentador, el “nicho” tanto del programa como del canal son las personas de la tercera edad, quienes pasan por una etapa de la vida en la que demandan conocimientos sobre “sus enfermedades”, en su caso puntual, enfermedades músculo-esqueléticas. En suma, el cuerpo en los programas de salud se presenta como mercancía y como excusa para consumir, ya sea para curarlo o para mantenerlo sano.

La salud, por su parte, vende en cuanto se relaciona con la estética, y en el universo comercial estético se reduce a verse bello, joven. Al respecto, Featherstone (1991) afirma que en la cultura comercial, de la que hace parte la televisión, el discurso de salud cada vez más está colonizado por la estética corporal, las industrias han difundido el mensaje sobre cómo debe ser ese cuerpo para ser normal y ser aceptado socialmente, para alcanzarlo se debe consumir en aras no de una mejor salud, sino de una mejor apariencia (Chew, Palmer, Slonska, & Subbiah, 2002; Hill, 2005; Moon, 2010; Moreno L. & Toro Z., 2009; Nabi & Thomas, 2013; Russell & Buhrau, 2015).

En este sentido, analistas del impacto de los *reality shows* señalan esta como una principal tendencia: “Tienes que ser candente” sería la traducción para “tienes que lucir bella”. De hecho algunos expertos señalaron que incluso en un *show* como *The Biggest Loser*, el foco está más orientado a aumentar la dimensión atractiva corporal que a los beneficios que tendría sobre la salud perder peso (Christenson & Ivancin, 2006).

Por otra parte, independiente de la discusión sobre el valor que se está transmitiendo sobre la salud, sí se pudo confirmar es que estos programas son muy atractivos porque involucran gente real y situaciones reales. Con respecto a las situaciones reales, Mazziotti afirma que se puede aprovechar este elemento para generar más impacto en la audiencia:

“...las tramas que involucran situaciones de salud siempre atraen. Más allá del modo como se resuelvan, no hay telenovela que no tenga en su relato una situación hospitalaria, una enfermedad, un tratamiento médico. Definitivamente, la telenovela educa sin proponérselo y hay que aprovechar ese potencial” (Citada por Andaló, 2003, p. 13).

En suma, los productores indicaron que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, a través de la promoción de hábitos y estilos de vida saludable, son sus objetivos principales; sin embargo, como quedó demostrado, sus contenidos apuntan, casi que exclusivamente, a la enfermedad y su prevención. La agenda temática sobre la enfermedad es impulsada, no por una línea propia editorial de la producción o del canal, sino desde las coyunturas epidemiológicas nacionales (hechos noticiosos) y a partir de las propuestas de los organismos internacionales que legitiman el discurso biomédico como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Finalmente, la promoción de la salud y el bienestar son discursos de la salud que no se materializan en los contenidos televisivos nacionales.

### **2.3. La noción de salud de las televidentes versus la promovida por la televisión**

Las televidentes entienden la salud de una manera más amplia que la noción de los productores y que la propuesta por la televisión. Esta noción abarca el bienestar, el equilibrio y la estética, y claro, la enfermedad. Las fuentes desde donde se construyó esta noción provienen de la familia (en especial madres y abuelas), las amigas y vecinas, de la medicina alternativa, del personal de salud biomédico y de los medios de comunicación.

Esta noción de salud va en sintonía con los motivantes para estar saludables: la búsqueda del equilibrio (físico y mental integrados), el padecimiento de alguna enfermedad o su prevención y el verse bien estéticamente. También las moviliza el hecho de tener personas a cargo para su cuidado, especialmente los hijos. Incluso algunas televidentes afirmaron que a partir del nacimiento de sus hijos, la forma de entender la salud y los motivantes para estar saludables cambiaron: el nivel de conciencia frente a la alimentación, por ejemplo, subió. De

hecho, las incentiva a adquirir conocimientos en salud que quienes están a su cuidado “estén bien”, permanezcan “saludables”.

El conocimiento que proviene de las mismas mujeres (sobre todo las mayores) es el más valorado y puesto en práctica. Le sigue la medicina alternativa y, finalmente, el saber que proviene de los médicos científicos y de los medios de comunicación. Los saberes de la medicina alternativa los sienten más cercanos a los saberes que provienen de su grupo cercano. Con respecto al conocimiento de los biomédicos, reconocen su importancia y, dependiendo del profesional, aumenta o disminuye la credibilidad.

De los medios masivos de comunicación, como fuente de información para saber de salud, dicen que tienen credibilidad, en especial la radio, la televisión y, muy recientemente, el internet. Los médicos que transmiten los mensajes en los programas de salud son reconocidos como “serios” y “profesionales”, lo que les genera “confianza”, esto a su vez se traduce en credibilidad. “Si lo dicen en las noticias y en la televisión es cierto”, afirmaron varias, lo que confirma que el medio también genera credibilidad en su audiencia en dos sentidos: por el hecho de ser transmitido por televisión y porque quien está expresando el mensaje son profesionales de la salud biomédica.

En este orden de ideas se identificaron tres sistemas curativos utilizados por las televidentes: el doméstico, el alternativo y el biomédico. Estos sistemas, y es importante resaltarlos, operan en simultánea, se complementan y son usados en diferentes momentos. Los dos primeros son a los que más se acuden y se caracterizan por ofrecer herramientas para mantenerse saludable y curar ciertas afectaciones de salud. Lo anterior concuerda con otros estudios que concluyen que las personas usan su conocimiento popular para sanarse más que los modelos biomédicos (Lupton, 2014).

Cuando el dolor o la afectación no son “soportables”, se acude al sistema biomédico. El sistema biomédico, según las interlocutoras, solo ofrece herramientas frente a la enfermedad, y solo cuando esta no resulta a través de los sistemas alternativos y caseros. Queda por fuera, entonces, todas las estrategias de promoción de la salud que también se promueven desde allí.

Hay que resaltar que las televidentes solo acceden al sistema biomédico, el cual está materializado y monopolizado por el sistema de salud, en “caso de emergencia”, pues existen unas barreras burocráticas que les impide acceder a los servicios de salud. Esta percepción, además de ser una tendencia en las televidentes entrevistadas, es una tendencia nacional, al punto de que hay sectores importantes de la salud que hablan de la crisis del sistema de salud o de cómo el sistema de salud vulnera reiterativamente los derechos de los ciudadanos a la salud, especialmente el del acceso a los servicios (Abadía Barrero & Oviedo Manrique, 2010; Agudelo Calderón, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martínez, 2011; Gañán Echavarría, 2013; Vargas J & Molina M, 2009; F. Yepes Luján & Ramírez Gómez, 2007). Adicionalmente, se ha establecido que las barreras al acceso a los servicios se potencian y, en consecuencia, generan mayores vulneraciones cuando los ciudadanos no conocen sus derechos y deberes y no conocen el funcionamiento del sistema de salud (Agudelo Calderón et al., 2011; Dover & Puerta Silva, 2008; Echeverri, 2008; Hernández Álvarez, 2000, 2013; Puerta Silva & Agudelo Calle, 2012, 2016; J. F. Yepes Luján, 2010). Incluso, hay estudios que demuestran que no solo el sistema de salud obstaculiza el acceso a los servicios médicos, sino que ejerce violencia contra sus usuarios (Abadía Barrero & Oviedo Manrique, 2010; Puerta Silva & Agudelo Calle, 2016).

En este contexto, los medios de comunicación, en especial la televisión, se convierten no solo en una puerta de acceso al conocimiento biomédico, sino, en muchos casos, la única puerta a un conocimiento que está obstruido por las lógicas ya descritas del sistema de salud. En consecuencia, el ciudadano está alimentándose más de los saberes médicos científicos a través de la televisión que del personal de salud, el cual está constreñido y limitado por un sistema de seguridad social caracterizado por las barreras de acceso a la atención.

Aunque la televisión no es la fuente principal de las televidentes para construir su noción de salud debido a que, como se dijo, privilegian más el conocimiento proveniente de sus círculos cercanos, los medios de comunicación, entre ellos la televisión, sí son la fuente principal para adquirir el conocimiento de salud biomédico. Se habla de medios más que de la televisión en este caso, porque se identificó que este medio audiovisual compite por la representación de la salud con otros como la radio y el internet. Inclusive, a pesar de que la

televisión es el medio más usado por las interlocutoras, ellas no tienen los programas de salud entre sus favoritos. Este tipo de programas se los encuentran haciendo *zapping* y, por lo general, no recuerdan sus nombres.

Una consideración importante aquí es que las televidentes no construyen su noción de salud solo desde los programas televisivos analizados, ellas ven otros que abordan la salud desde otras dimensiones no biologicistas. Ellas buscan en este medio, como se mencionó en el capítulo anterior, temas sobre relaciones de pareja, estética, historias de vida de mujeres, manualidades, cocina, cuidado de los hijos y música, principalmente. Allí se propone, algunas veces de manera directa, la relación de la salud con estos tópicos. De esta manera, las televidentes complementan, amplían, la noción biomédica de la salud ofrecida en los programas en cuestión.

Se le suma a lo anterior el hecho de que Internet ha venido ganando fuerza con el tiempo entre las interlocutoras y, como lo indican algunos estudios (Jiménez Pernet, García Gutiérrez, Martín Jiménez, & Bermúdez Tamayo, 2007), la información que la red arroja no está apoyada en evidencia científica aunque en muchos casos se hace pasar como tal. En la televisión, se puede decir que hay filtros (proceso de producción del mensaje, defensor del televidente, los mismos televidentes) que regulan la información que allí se emite, cosa que no pasa con el internet.

Llegados a este punto, es pertinente preguntarse por las formas en que interactúan las televidentes con la televisión en torno al tema de la salud. La interacción, recordemos, hace parte de la línea teórica propuesta por los autores de las mediaciones sociales (Martín-Barbero, 1987; Orozco Gómez, 1991). A partir de esta línea teórica se superan las preguntas ¿Qué hace el medio con la audiencia (teorías de los efectos)? O ¿Qué hace la audiencia con el medio (teoría de los usos y las gratificaciones)? Para preguntarse ¿cómo interactúan medios y audiencias?

Dicho esto, pudo constatar que las televidentes son activas y tienen una postura crítica frente a la televisión como lo plantean las teorías de la recepción crítica, de la audiencia activa, de los usos y las gratificaciones y de las mediaciones sociales. Estas características se

observaron a lo largo del proceso de televidencia que, plantea Orozco Gómez (Orozco Gómez, 1996), se compone de un antes, un durante y un después de interactuar con los contenidos.

Se evidenció que las televidentes son activas y críticas en la medida que privilegian sus nociones de salud sobre las biomédicas. De hecho, en los estudios sobre el impacto de la televisión, la audiencia y sus características son parte fundamental de la ecuación. Ellas, de cada programa, tienen unas expectativas educativas como lo plantea Fuenzalida (2005) y esperan siempre aprender algo; en esta medida privilegian los mensajes que se pueden aplicar y esperan o buscan el momento para hacerlo. *“In the end, the health implications of reality television are unlikely to be amenable to a dichotomy between good or bad, positive or negative, helpful or irrelevant. Rather, they will be worked out in future research considering the complex interactions of message, medium, and the other major factor in the equation, audience”* (Christenson & Ivancin, 2006, p.17).

Las televidentes toman de los contenidos audiovisuales lo que “les interesa”, seleccionando primero los programas a partir de los temas de interés que, como se dijo, son cercanos a ellas o a su grupo. Al tiempo que seleccionan, también se resisten a los mensajes con los que no están de acuerdo: contraargumentan, deslegitiman, invalidan. Como la vez que se resistieron, sin excepción, a los argumentos que dio un funcionario de la Secretaría de Salud en el programa Medellín Ciudad Saludable. Mientras el funcionario insistía que los servicios de salud colapsaban por el mal uso de los usuarios e invitaba a pedir las citas por teléfono y no ir personalmente al centro de atención, las televidentes, sumadas las que llamaron telefónicamente al programa, se resistían a aceptar su punto de vista.

Sentado esto, las televidentes tienen una idea mucho más amplia de salud, pero la televisión insiste en reducirla a la enfermedad e intenta deslegitimar sus conocimientos llamándolos mitos. Lo hacen los y las presentadoras en cabeza por ejemplo de la “Doctora Fernanda”, pero también lo hacen otros. Las consecuencias de esta puja llevan a que ellas consulten a otras fuentes y acudan a otro tipo de conocimientos o sistemas curativos. Así, se desmonta de nuevo la idea de que la televisión es la que dicta qué hay que hacer o cómo hay que hacerlo.

Pues bien, varios estudios han demostrado que el conocimiento es fundamental para los conocimientos en salud (o lo que en inglés se denomina *health literacy*) y para una participación social más activa en el ámbito de la salud, incluso para una mejor atención en salud, campo que es, igual que en la televisión, dominado por el conocimiento experto.

*Recognizing that power and knowledge are inseparable, I thus argue that producing health knowledge that is socio-culturally informed by participating citizens can actually allow for shifts of power in the clinical encounter but also in public health actions. Indeed, when cultural knowledge held by citizens is recognized as valid and useful in partnerships between health service “providers” and participants, it can stimulate the participants’ sense of ownership and power in decisions relating to their own health. In my experience, integrating participants’ social and cultural sources of knowledge alters traditional routes of knowledge production and translation while challenging traditional power structures and dynamics. These important issues can be explored through different forms of participatory research that aim to translate knowledge into social and health related actions (Groleau, 2011, p. 56).*

Por otro lado, mientras ven los programas, algunas acostumbran a realizar comentarios sobre lo que se está tratando, toman nota de la información relevante, piensan sobre a quién le puede servir la información, se hacen preguntas. Después de verlos, algunas amplían la información con otras fuentes, comparten lo aprendido con su grupo cercano.

Por parte del campo del eduentretenimiento, se ha evidenciado

... la necesidad de moverse más allá de la información hacia la comunicación, más allá del logos y del mito, esto es: Más allá de la razón, hacia la emoción, no dualmente, sino en estrategias integradas en las que la educación no es sólo la transmisión de la información sino la acción de involucrar a las personas en el cambio de la sociedad. Preocupaciones acerca la ciudadanía y los derechos humanos están en el centro de este asunto, y cuando se trata de dramatizados radiales y de televisión en estrategias de EE, también se trata de ejercitar y reconocer la ciudadanía cultural de las audiencias (Tufte, 2000, capítulo 10). El EE como una estrategia educativa, en el lenguaje utilizado enfocado en el contenido y la participación de las audiencias, está acaparando nuevo terreno como una estrategia de «concientización» [sic] que se mueve más allá del mercadeo, hacia el empoderamiento, más es [sic] sincronía con el mundo globalizado y mediático de hoy en día (Tufte, 2004a, p. 40).

Así la televisión reproduce, entonces, el hecho de que la gente es comúnmente tratada como objeto de cambio más que como agente de su propio cambio “estas estrategias de comunicación se han enfocado de forma continuada y exclusiva en algunos comportamientos individuales más que en la creación de contextos de apoyo o la proposición de normas sociales, políticas y culturales. Así, las estrategias de comunicación se enfocan más en transmitir la



información de técnicos expertos que en colocar de manera sensible información puntual en torno al diálogo o el debate” (Tufte, 2007, p. 97).

Ahora se puede decir que hay una intencionalidad, incluso en las telenovelas:

Actualmente por las narrativas de la ficción mexicana se promocionan no sólo productos comerciales de toda índole y en todo momento (dentro y fuera de la telenovela, con menciones directas o indirectas de sus personajes e, incluso como parte de la trama narrativa), sino que también –por la vía comercial– se presentan, promocionan y discuten derechos y obligaciones ciudadanas, programas públicos, logros gubernamentales, partidos políticos y políticos devenidos en actores (Franco Miguez, 2012, p. 32).

Se ha intentado demostrar que la televisión está contribuyendo a reproducir una noción biologicista, individualista, medicalizada y feminizada de la salud, pero que al mismo tiempo, se genera una tensión, una disputa alrededor de esta noción. Las representaciones sobre la salud son mucho más amplias entre los actores del proceso comunicativo: productores y televidentes.

Ahora bien, como se ha dicho antes, son otros los hallazgos cuando la pregunta se centra en los aportes de la televisión en la construcción de la dimensión política de la salud. Esto será el objeto de la siguiente sección.

### **3. APORTES DE LA TELEVISIÓN A LA CONSTRUCCIÓN DE LA DIMENSIÓN POLÍTICA DE LA SALUD**

La salud se posiciona como un tema importante en los medios, en este caso en la televisión, no solamente para los productores sino para los televidentes, lo cual ya pone a este ámbito de la vida en un escenario público. En este sentido, en la tensión y disputa alrededor de la noción de salud, ya puede identificarse la naturaleza política del proceso comunicativo. Ya opera lo político en la disputa por imponer una noción hegemónica de salud por parte de la televisión y en la resistencia de las televidentes por mantener más amplia su noción y acudir a otras fuentes para complementarla. Sin embargo, interesa a esta tesis evidenciar si la televisión hace contribuciones explícitas a la dimensión política de la salud y, específicamente, cómo y cuándo está contribuyendo a la formación ciudadana en salud.

Para ello, será importante considerar que se asume una definición de lo político en la salud, como aquello que concierne las formas organizativas para resolver el tema de la salud en la sociedad, los ejercicios de poder que se dan en el funcionamiento de esas formas organizativas y, en consecuencia, los roles que cada miembro de la sociedad tiene en ese esquema organizativo, el gobierno que opera en dicho esquema, etc. Así las cosas, se partirá de que si la ciudadanía se comprende preliminarmente como un conjunto de prácticas que definen a una persona como miembro de pleno derecho en una sociedad (García Cabeza, 1998 Citado en Lizcano Fernández, 2012, p. 9), es posible determinar que la acción política como ejercicio ciudadano es toda aquella acción que se da en el marco de dichas prácticas y, específicamente para el campo de la salud, prácticas relacionadas con el esquema organizativo y las políticas dirigidas al logro de la salud y a su mantenimiento.

En lo que concierne a esta tesis, interesa entender el rol de la televisión en por lo menos tres esferas de lo político con relación a la salud, esferas que necesariamente tienen que estar vinculadas con la participación o el ejercicio ciudadano. Dicho rol se manifiesta en los contenidos. Es decir, no es posible concebir la participación de la televisión en la construcción de la dimensión política de la salud más allá de su participación ligada a la información, esto es a la transmisión de los mensajes televisivos y contenidos en salud. Esta tesis entonces evidencia qué tipo de información le está aportando a la las televidentes. Ya se vio que se aporta con información ligada a la noción misma de salud, noción que entra en disputa con la de las televidentes. No aporta información ni sobre el esquema organizativo de garantía de la salud, específicamente sobre el rol del Estado y de su sistema de salud, ni sobre el pacto social alrededor de la salud, esto es la salud como derecho, además de los deberes de cada actor con relación a su goce efectivo, ni aporta contenidos que se requieren para que las personas se involucren, participen o actúen en escenarios públicos colectivos en el campo de la salud.

### **3.1. La salud como tema de interés público pero desprovisto políticamente**

Entre todos los temas de interés ciudadano que se abordan en la televisión, la salud ocupa un lugar preponderante. En los capítulos anteriores se mostró que la salud se ha venido posicionando como tema en la agenda televisiva, lo cual se refleja en la producción de los

diferentes géneros y formatos televisivos que tratan la salud de manera directa o indirecta, implícita o explícita.

Pero a la vez que gana espacio en la programación televisiva, la salud es un tema de la esfera pública de una sociedad, es un objeto de la deliberación democrática, del ejercicio democrático. Ello porque, como se ha señalado, la salud ha sido históricamente uno de los temas que más interés y preocupación ha generado en todas las sociedades debido a que constituye un valor social y cultural permanente, pues gozar de salud ha representado una de las metas más importantes de la humanidad (González de Haro, 2006).

En este sentido, la salud es un bien público expuesto a través de un servicio público: la televisión. En tanto bien público, se asume, como lo menciona Waisbord, que la información sobre salud es necesaria para que haya vidas más saludables: “un ciudadano sano requiere ser un ciudadano informado sobre las opciones de salud disponibles” (Del Valle Rojas, 2003, p. 5). En consecuencia, la salud es uno de los aspectos alrededor de los cuales se hace un ejercicio de ciudadanía por parte de los televidentes y, en general, de la población.

De hecho, desde la Revolución Francesa la salud fue declarada una obligación en el marco del contrato entre un Estado democrático y sus ciudadanos. Sin embargo, desde entonces el capítulo de la salud en dicho contrato tuvo una doble faz: los ciudadanos tenían la responsabilidad de mantener su propia salud para beneficio del Estado.

*In the new social order the individual was a political and economic unit of a collective whole. It was a citizen's duty to keep healthy through temperance, both in the consumption of pleasure and the exercise of passions, and through cleanliness. The dialectical relationship of health citizenship, entitlements, and responsibilities was subsequently expressed in the political and social development of public health systems and practices up to the twenty-first century (Porter, 2011, pp. 1–2).*

Desde la Revolución Francesa los roles tanto del Estado como de los ciudadanos oscilaron y cambiaron de foco durante los siglos siguientes. Particularmente después de la segunda guerra mundial, el énfasis de la medicina fue reformar el comportamiento social para maximizar los chances de la salud y minimizar la amenaza de la enfermedad. De modo que el centro fue el comportamiento y no la estructura social como la ruta para una sociedad sana

(Porter, 2011). Es en este contexto que es posible entender la naturaleza de los contenidos televisivos en salud. No solamente son los más “entretenidos” y “comercializables”, sino que se enfocan en la tendencia de responsabilizar al individuo de su salud.

*The shift within public health to controlling individual behavior as the route to the prevention and management of chronic illness through the institution of the healthy lifestyle reproduced many of the precepts of the commercialization of individual health that had taken place before the Second World War. But the politics of the healthy lifestyle also became fraught with conflict in which the interests of political states, professional groups and corporate markets competed* (Porter, 2011, p. 207).

De modo que la televisión no hace sino reforzar una de las facetas de la ciudadanía: la individual, mientras que invisibiliza la faceta de la obligación del Estado frente a la salud de los ciudadanos. Los programas analizados invisibilizaron las responsabilidades del Estado y de los gobiernos sobre su papel en la generación y garantía de las condiciones que permiten a los individuos y a las comunidades mantener o mejorar su salud. Dicho de otro modo, desconocieron la relación entre salud y el medio ambiente, empleo formal y digno, equipamientos urbanos, acceso a los sistemas de protección social, entre ellos el de aseguramiento y servicios de salud, etcétera. Tampoco, avanzaron en los roles que los ciudadanos tienen en el estado de la salud, del conjunto de la sociedad o en el papel que podrían cumplir con relación a las fallas del sistema de salud.

Al respecto, la perspectiva de la economía política, enmarcada en las corrientes teóricas de la sociología médica, llama la atención sobre cómo la salud –o “buena salud”– se debe definir no solo como un estado de bienestar físico o emocional, sino en términos políticos, es decir, “como el acceso y control de los recursos básicos materiales y no materiales que sostienen y llevan la vida a un alto nivel de satisfacción” (Lupton, 2014, p. 5). Esta mirada no se abordó en los programas de salud y, en consecuencia, no se aportó a la movilización de acciones políticas o a la participación ciudadana en salud entendida como un involucramiento en el escenario público de la salud en lo que concierne sus formas organizativas, institucionales y de gobierno.

Los programas que abordaron el sistema de salud lo hicieron desde un enfoque de denuncia, en especial los noticieros. Se habló en las secciones de salud y en otros bloques

temáticos dentro de los noticieros de la “crisis del sistema”, de la negación al acceso a los servicios de salud, de medicina, de tratamientos y del uso de los mecanismos constitucionales para hacer valer el derecho a la salud. Mientras en uno de los magazines regionales –Medellín Ciudad Saludable– se trató el tema: “el acceso a los servicios de salud” en una de las comunas de Medellín. Su enfoque, como se mostró en el capítulo anterior, privilegiaba la versión de la Secretaría de Salud, por encima de la de los televidentes. Allí, más que mostrar rutas para transitar por el sistema y resolver las dudas burocráticas, se responsabilizó al usuario por el colapso de los servicios en algunos de los centros de salud.

Y es que responsabilizar al usuario por colapsar los servicios de salud o por adquirir enfermedades que se pueden prevenir está enmarcado en lo que Rojas Rajs llama “Vínculos entre las reformas neoliberales y la comunicación para la salud” (2011, p.3). Recuerda la autora que los sistemas de salud en América Latina sufrieron transformaciones radicales a causa de la implementación del modelo neoliberal. Este modelo, que en Colombia se fraguó en la década de 1980 y se materializó a principios de 1990 con la Ley 100 de 1993, significó la reducción de la participación del Estado en la gestión de servicios públicos y de los servicios sociales; por lo tanto, se privatizaron los mismos (Homedes & Ugalde, 2002), lo cual lleva a un giro de pacientes a usuarios y, de ciudadanos a clientes.

Al tiempo que esto pasaba, continúa Rojas, los medios de comunicación masiva comenzaron a tener en América Latina un papel preponderante: pasaron a considerarse “nuevas tecnologías y actores claves en los procesos primero llamados de transnacionalización y después, de globalización” (Martín Barbero, 2002 citado en Rojas Rajs, 2011, p.4). Igualmente la autora cita a Martín Barbero para resaltar dos elementos importantes en este proceso de ascenso protagónico de los mass media: 1. que la industria de la comunicación en la década de 1980 fue de las pocas en América Latina que logró no solo mantenerse sino crecer. Y 2. que dicho crecimiento se caracterizó por seguir “el movimiento del mercado” y la poca “intervención y participación del Estado”; en consecuencia, las comunicaciones, que “conforman dispositivos estructurantes que participan directamente en la redefinición y

remodelación del Estado”, favorecieron el desligue de las funciones públicas del Estado (Rojas Rajs, 2011, p.4).

Ahora bien, continúa Rojas, otro hecho se venía gestando a la par de las reformas neoliberales a los sistemas de salud y al posicionamiento de la comunicación como industria: “el desarrollo del uso de la comunicación social en beneficio de la salud” o comunicación para la salud. Rojas menciona que a comienzos de 1990 los temas de estilos de vida saludables adquieren más relevancia en los discursos de salud como efecto del “Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud del Banco Mundial (1993)”. A partir de este, toma más “fuerza la concepción de las responsabilidades individuales en salud y aparecen gran cantidad de trabajos sobre la relación entre cambios de comportamientos de riesgo y comunicación para la salud. A la vez, se reducen los ámbitos de competencia para el Estado en materia de salud” (Rojas Rajs, 2011, pp. 4-5).

Así las cosas, concluye Rojas, se responsabiliza al ciudadano y a su círculo familiar sobre su salud a partir de sus estilos de vida al tiempo que se enfatiza en las “limitaciones de los servicios de salud” y se invisibiliza la responsabilidad del Estado como agente que determina lo económico y lo social dentro del ámbito en el cual se encuentran y actúan los ciudadanos. Cuando el Estado delega sus responsabilidades a terceros, los medios de comunicación “aparecen como verdaderos actores que pueden asumir nuevas responsabilidades”, los cuales, a su vez, fueron direccionados por organismos estratégicos internacionales que promovieron e impulsaron el campo de la comunicación para la salud:

El enfático impulso que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dio para que emergiera el campo de comunicación para la salud, en cierta forma como una especialidad, se articula con las directrices del Banco Mundial. No solamente se trata de producir efectos en la salud a través del cambio de comportamientos, sino de reducir las cargas de los sistemas de salud, a través de insistir en la responsabilidad de la población sobre su propia salud (cfr. Coe, 1998) y favoreciendo la idea de que las responsabilidades son compartidas, por lo que se invita a todos los actores del mercado que así lo deseen a participar con comunicación para la salud (Rojas Rajs, 2011, p.5).

En esta tesis se evidenció, igualmente, cómo el discurso de la salud en la televisión colombiana se enmarca en la línea que ilustra Rojas Rajs: se responsabiliza al ciudadano de su propia salud desde una dimensión individual y se invisibiliza el papel del Estado en cuanto a sus

responsabilidades como garante de la salud pública. En los programas analizados ni siquiera se hizo alusión al principio de corresponsabilidad entre el ciudadano (que debe cuidar su salud) y la del Estado (que debe proporcionar los medios –políticos, económicos, ambientales, etc.– para que el ciudadano pueda ejercer su derecho a la salud), pues, como bien se ha reiterado, la televisión transmite una noción que aborda principalmente la enfermedad y su prevención.

Ahora bien, la televisión no es la única fuente de formación ciudadana. De hecho, cuando se hace la pregunta sobre su aporte a la configuración de ciudadanías en salud se están asumiendo dos premisas: 1. son múltiples y variadas las expresiones ciudadanas y son diversos los niveles de acción ciudadana y 2. las ciudadanías en salud se concentran en prácticas y acciones tendientes a mantener o lograr la salud propia y del círculo social cercano, por un lado y, por el otro, aquellas tendientes a participar en el escenario público, sea exigiendo el goce del derecho a la salud o, sea interviniendo en el desempeño del sistema de atención en salud. En este punto se hace necesario discutir la noción que se asume aquí de ciudadanías en salud.

Antes de concluir con la comprensión del proceso comunicativo que tiene como medio la televisión en cuanto a su participación en la formación ciudadana en salud, es necesario discutir la noción que se asume de ciudadanía en salud.

### **3.2. Ciudadanías en plural**

Se avanzó antes que la ciudadanía se comprende como un conjunto de prácticas que definen a una persona como miembro de pleno derecho de una sociedad (García Cabeza, 1998 citado en Lizcano Fernández, 2012, p. 9), pero además será necesario adelantar que también hace referencia a un ideal de convivencia que va más allá de la mera pertenencia a una comunidad, colectividad o estado.

La ciudadanía resulta del contrato social que especifica “las formas de pertenencia y participación de los individuos en una comunidad” y que define “el estatus sociopolítico de los individuos”, es decir, “los derechos y obligaciones [individuales y colectivos] que adquieren los individuos” (Haro, 2008). Según el mismo Haro, desde la década de 1980 el concepto de ciudadanía ha tomado fuerza, pues coincide con los nuevos espacios y mecanismos de

participación popular en las aperturas democráticas, la descentralización de los poderes políticos, y el reconocimiento de las pluralidades culturales, étnicas y de género, especialmente en los países latinoamericanos. Estos procesos nacionales coinciden con la entrada de políticas económicas neoliberales, así como el escepticismo de las poblaciones frente a los procesos electorales y la representatividad de sus líderes.

En Colombia, tal vez uno de los escenarios más favorables para el desarrollo de la ciudadanía sea la participación en el sistema de salud. Después de la reforma de 1993 con la Ley 100, se establecieron los derechos a la salud, así como las responsabilidades de todos los actores del sistema, incluyendo a las instituciones y a los mismos ciudadanos (corresponsabilidad con el mantenimiento de su salud, uso racional de los servicios de salud y participación en las instancias definidas para ello).

Sin embargo, a pesar de ser un escenario propicio para la interacción con el Estado, en el sistema de salud también se desarrollaron procesos propios del sector privado, en particular, de la lógica empresarial. En efecto, algunas de las instituciones participantes –especialmente las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)– introdujeron prácticas y lógicas dirigidas a la constitución de las personas como clientes y consumidores de sus servicios, y no como ciudadanos, titulares de derechos y deberes. Adicionalmente, por las dificultades para la universalización del Plan Obligatorio de Salud (POS) y la unificación de los regímenes de aseguramiento, se generaron al interior del sistema diferentes categorizaciones de los ciudadanos, correspondientes a su afiliación y, en consecuencia, al POS al cual tenían “derecho”: ciudadanos con posibilidad de seguros prepagos de salud, ciudadanos del régimen contributivo y, por último, ciudadanos de segunda y tercera categoría: del régimen subsidiado y los no asegurados (o como antes fueron llamados “vinculados” o “pobres no asegurados” o “población vulnerable no asegurada”).

Las políticas públicas que condicionan el reconocimiento de derechos y deberes a los diferentes pobladores de nuestro Estado-Nación posibilitan escenarios para la constitución de ciertas ciudadanías, pero también es cierto que los pobladores cuentan con sus propias agencias y, en este sentido, configuran ejercicios ciudadanos y ciudadanías que se presentan



como respuestas, acomodamientos o, incluso, alternativas. De modo que podría concebirse la ciudadanía de manera que trascienda el ejercicio lineal de pertenencia y acceso a derechos (Carrizosa Isaza, 2011). Se requiere entonces de una noción de ciudadanía que reconozca “las demandas y acciones que interpelan el orden establecido [y], aportan a su configuración y dialogan con las lógicas de inclusión propuestas por el estado” (Carrizosa Isaza, 2011, p. 23) y también que no se limite a las modalidades de participación institucional que han sido promovidas por el sistema de salud por casi 20 años (Puerta Silva & Agudelo Calle, 2012).

Teniendo en cuenta estos dos procesos constituyentes de la ciudadanía -las políticas de reconocimiento y la agencia social-, se puede entender por qué es posible hablar de ciudadanías en plural. No es una única ciudadanía la que se configura a partir de las políticas de reconocimiento del Estado, sino varias que se configuran en la correlación de dichas políticas con las reivindicaciones, intereses y acciones políticas que agencian las personas y que corresponden con su posición en la sociedad, su identidad cultural, su situación espacial, su edad, su género y, en general, con las dinámicas globales que las afectan en su ser y estar de manera digna en el mundo (exclusión, conflicto armado, geopolítica y economía, etc.).

En las expresiones ciudadanas se evidencia como elemento central la emoción, pues es posible aseverar que la configuración de ciudadanías es un proceso inventivo que supera el discurso de los derechos y el discurso de las virtudes y se enmarca en las posiciones e identidades sociales y culturales. Para el caso de la ciudadanía electoral, Marcus demuestra como esta no se constituye meramente de lógicas y actos racionales, sino en buena parte, emocionales. Este autor critica la postura según la cual sería necesario implementar diferentes estrategias para disminuir la dimensión emocional de la política, pues pareciera negativo que el electorado se movilizara más emocional que racionalmente: *“emotion should be constrained and excluded from final judgments on public matters”* (Marcus, 2002, p. 3). Autores como Marcus reconocen el papel preponderante de la emoción en la formación ciudadana, en sus motivaciones y en sus expresiones.

A partir de otros estudios (Dover & Puerta Silva, 2008; Puerta Silva & Agudelo Calle, 2012) se coincide con Marcos (2002) en la necesidad de suponer que en la configuración de

ciudadanías operan tanto una dimensión racional como una emocional. En este sentido, las ciudadanías pueden comprenderse como agencias, cuyo enfoque

abre[n] el camino para el estudio de las emociones en la configuración de la identidad, al considerarse las emociones formas de acción más o menos intencionales y voluntarias que realizan las personas con modos de mediación en escenarios socioculturales con el fin de ganar capacidad y poder en la constitución de significados sociales (Rebollo & Hornillo Gómez, 2010, p. 239).

En términos de educación para la ciudadanía, se consideran por lo menos tres tipos de competencias, que además del conocimiento, permiten la acción ciudadana: cognitivas, emocionales y comunicativas (Bisquerra Alzina, 2008; Chaux, 2005). De modo que en resumen, aquí se considerará que las ciudadanías no responden solamente a actos racionales, sino también a la gestión de las emociones como motivantes de la acción política. De dos maneras consideramos que las emociones juegan un rol en la configuración de ciudadanías en salud: por un lado, en términos de las relaciones que regula, pues ellas no “aluden a procesos exclusivamente individuales [...] sino a procesos relacionales” (Rebollo & Hornillo Gómez, 2010, p. 243) y, por el otro, en su papel como detonante o motivador de acciones. En este último punto se asume que las emociones “tienen un horizonte moral” e indican “la relación que establecemos con los contextos” (Rebollo & Hornillo Gómez, 2010, p. 243). En términos de las relaciones, en el contexto del sistema de salud como escenario de relacionamiento con el Estado y con otras instituciones, las emociones toman mayor relevancia frente a su activación por las violencias que dicho sistema ejerce.

En este punto vale la pena señalar que en el enfoque de este análisis la ciudadanía no es lo mismo que la participación, aunque la participación es una de las prácticas más visibles del ejercicio ciudadano. Normativamente se asume como un derecho y un deber. Se supone que la participación es ejercida por los ciudadanos en todas sus interacciones con el sistema de salud a través de múltiples espacios y mecanismos. Es promovida por las instituciones la mayoría de las veces en el nivel informativo y, eventualmente, para consultar o recolectar información. Pocas veces se registran modalidades de participación en la planeación o evaluación. En casi ninguno de los análisis, el cuidado de la propia salud se asume como una forma de participación, a pesar de que ella influencia de manera positiva al desempeño del sistema de salud. A lo sumo se

alude a la corresponsabilidad del ciudadano frente a su salud como un deber. En general, se entiende que estar afiliado a un régimen de aseguramiento y hacer uso de los servicios son, de por sí, formas de participación (Delgado Gallego et al., 2005; Delgado Gallego & Vázquez Navarrete, 2006).

Es común encontrar en la literatura que la participación se da bajo dos supuestos: 1. las instituciones la promueven cumpliendo con las normas; o 2. es un comportamiento natural de las personas involucrarse en diferentes ámbitos del desempeño del sistema, es decir, se considera como un hecho dado que las personas participan. Se ha identificado que la participación, como ha sido prevista institucionalmente, depende de tres variables: el conocimiento y la información; las capacidades cognitivas, comunicativas y burocráticas; y las motivaciones (Dover & Puerta Silva, 2008). Se puede decir que no solo la participación depende de ellas, sino que la ciudadanía o el ejercicio ciudadano también las requiere.

En un sistema de salud que responde a dos lógicas ideológicas excluyentes, la neoliberal de la oferta y demanda de servicios y la de derechos sociales (Agudelo Calle, 2009b), se crean y configuran múltiples conjuntos de prácticas ciudadanas: 1. de relacionamiento con respecto al sistema de salud (y por intermedio de él al Estado y sus delegados) y 2. de ejercicio de los derechos y deberes en salud.

El concepto de ciudadanías que se acoge aquí las asume como conjuntos de prácticas, individuales y colectivas, que configuran modalidades de relacionamiento con el Estado, sus delegados, y con otros ciudadanos, las cuales se manifiestan en diversos ejercicios de derechos y deberes que incluyen la defensa de los derechos, la participación y otras acciones que buscan el mantenimiento o el logro de la salud. Dada la existencia de diversas combinaciones de prácticas (tanto individuales como colectivas y en los planos privados y públicos), se puede argumentar que no es una sola ciudadanía la que se produce en este contexto, sino múltiples.

Comprender la ciudadanía más allá de la relación con el Estado y manifestada en plural, hace referencia a la producción de formas de convivencia que trascienden la pertenencia a un Estado. Esta perspectiva le da importancia por igual a una visión “horizontal” de la relación

entre ciudadanos, como a una visión “vertical” tradicional de la ciudadanía que la entiende como la relación entre el individuo y el Estado (Kabeer, 2007).

Ahora bien, se entenderá por ciudadanías en salud aquellas movilizaciones, acciones y prácticas que guiadas por unas lógicas y motivaciones particulares constituyen, los ejercicios ciudadanos en salud. Se distanciará de la idea de competencias y habilidades ciudadanas, para integrar en la idea de ciudadanías, otros aspectos que incluyen saberes y prácticas cotidianas, en algunos casos producto de la empiria social, es decir, de la experiencia propia de las personas. Así, la noción de ciudadanías en salud corresponde a la pluralidad de configuraciones de ciudadanía, posibles para diferentes agentes sociales en múltiples contextos y situaciones; por ello incluye: los comportamientos cotidianos que mantienen o recuperan la salud; la búsqueda y apropiación de información y la suficiente comprensión de la misma para tomar decisiones que propendan por la salud propia y la de su entorno más cercano; los recursos (conocimiento del sistema, habilidades comunicativas y administrativas) para realizar trámites burocráticos que le permitan transitar adecuadamente por el sistema de salud; la motivación continua por actuar e incidir de manera constructiva y propositiva en la sociedad; y ligadas a esta motivación, las acciones y movilizaciones políticas que permitan el goce efectivo de derechos en salud y el cumplimiento de los deberes y la participación en el mejoramiento del desempeño del sistema de salud, en correspondencia con una cultura política y un contexto que permita ejercerse como actor político.

Para alcanzar ciudadanías en salud completas, como vienen de ser definidas de manera ideal, no solamente es necesario que el Estado cumpla con su parte y que regule al resto de actores institucionales del sistema de salud, sino que será primordial que los ciudadanos tengan acceso a información, cuya comprensión les permita construir su propia ciudadanía en el nivel relevante para gozar de salud y bienestar.

### **3.3. Proceso comunicativo de la televisión y la formación de ciudadanías en salud**

La televisión ha tenido un papel central en las democracias contemporáneas porque ha sido considerada en diversos estudios como la fuente principal desde donde el ciudadano se forma y

toma decisiones que lo afectan a él y a la sociedad en general. Como lo afirman Bustamante y Fernando (2005), la televisión es un escenario privilegiado para el fortalecimiento de las dinámicas de la sociedad civil y el despliegue de una ciudadanía crítica, activa y participativa. La televisión también ha determinado las formas de hacer política en la sociedad puesto que es el medio más efectivo para la comunicación entre los gobiernos y los ciudadanos y es el mecanismo preferido para consultar las opiniones de la sociedad (O. Rincón et al., 2008). En consecuencia, la televisión es un instrumento de mantenimiento del orden simbólico (Bourdieu, 1996) en el ámbito de la democracia.

En este punto cabría preguntarse: ¿es función de la televisión, en este caso colombiana –pública y privada–, la formación de los ciudadanos? La respuesta, según una de las funcionarias de la Autoridad Nacional de Televisión (ANTV), ente estatal que regula la televisión abierta en Colombia, es no<sup>42</sup>. En Colombia, la televisión es considerada un servicio público. Por servicio público se entiende aquellos servicios inherentes a la finalidad social del Estado, el cual debe asegurar su prestación eficiente. Dicho esto, el servicio público de la televisión es

técnicamente un servicio de telecomunicaciones que ofrece programación dirigida al público en general o a una parte de él, que consiste en la emisión, transmisión, difusión, distribución, y recepción de señales de audio y video en forma simultánea. El servicio público de televisión puede ser prestado en diferentes modalidades, de acuerdo a lo establecido en la Ley 182 de 1995, dentro de los cuales se encuentra el servicio de televisión abierta” (Autoridad Nacional de Televisión, 2013, p. 7).

Este servicio público es regulado por la Autoridad Nacional de Televisión (ANTV), Agencia Nacional Estatal de Colombia, que tiene como objeto: “Brindar las herramientas para la ejecución de los planes y programas de la prestación del servicio público de televisión, con el fin de velar por el acceso a la televisión, garantizar el pluralismo informativo, la competencia y la eficiencia del servicio” y es “el principal interlocutor con los usuarios y la opinión pública en relación con la difusión, protección y defensa de los intereses de los televidentes”<sup>43</sup>. Entre sus funciones está ejercer el control y vigilancia por el cumplimiento de las normas relacionadas

---

<sup>42</sup> Comunicación telefónica con Dolis Sotomayor, funcionaria de la Autoridad Nacional de Televisión y encargada de suministrar información a los ciudadanos sobre el control a los contenidos televisivos (mayo 1 de 2016).

<sup>43</sup> Tomado de la página Web de la Autoridad Nacional de Televisión <http://www.antv.gov.co/la-antv/quienes-somos#sthash.GWSOyop9.dpuf> [Consultada el 1 de Marzo de 2016]

con los contenidos televisivos según el acuerdo 002 de 2011 (Por medio del cual se reglamenta la radiodifusión de contenidos en el servicio público de televisión abierta).

Según Sotomayor, la formación ciudadana recae sobre las instituciones del Estado, más no es responsabilidad de televisión (ni pública ni privada). La televisión, como servicio público, tiene la obligación de garantizar el derecho a la información de los ciudadanos, la cual debe ser veraz e imparcial: “La televisión, per se, no está obligada a formar ciudadanos sino a satisfacer sus necesidades de información... Como es un servicio público sí está en la obligación de ofrecer información veraz e imparcial” (Dolis Sotomayor, funcionaria de ANTV, 1 de marzo de 2016).

En este orden de ideas, reconociendo que la televisión no tiene el deber ni el rol específico de formar ciudadanos ¿cuál es su aporte en este campo? De acuerdo a la literatura especializada, existen dos grandes vertientes: la primera afirma que la televisión no ha contribuido a fortalecer la formación ciudadana puesto que aquella trivializa el debate público, despolitiza la sociedad, erosiona el compromiso cívico y homogeneiza a la ciudadanía al diluir sus diferencias. También se le acusa de ser instrumento de las élites para perpetuarse en el poder e imponer su visión simbólica del mundo.

La segunda, por el contrario, dice que la televisión democratizó el saber, ha configurado la esfera pública con consecuencias que tienden a ser más bien positivas sobre ésta y la calidad de la democracia, y han aumentado el escrutinio del ejercicio del poder político. Además, permite que los ciudadanos sean más competentes en cuanto al conocimiento político y a la participación y proporciona recursos simbólicos para la comprensión de problemas comunes. En este sentido, se habla incluso de una ciudadanía televisiva. A continuación se ampliarán algunas de las anteriores posturas.

Dice el politólogo y ensayista italiano Sartori que la supremacía de la imagen –televisiva– en la actualidad ha tenido consecuencias desastrosas en la forma como comprendemos la realidad. Parte de esa realidad es la política, causando lo que el autor llama “Video-política”, que no es otra cosa que la desinformación de la opinión pública a causa del peso excesivo de las opiniones incompetentes y la emotivización de la política (Sartori, 1998). En este sentido se habla también de la trivialización del debate público, en el que la presión del rating por parte de

los productores, “ha generado la tendencia en los canales de hacer cada vez más espectacular su oferta, no sólo en los formatos recreativos sino también en los informativos, donde en la actualidad abundan los elementos de show, ocasionando la trivialización de la información”(Ruíz Moreno, 2003, p. 3).

En Colombia, aquella trivialización de la información se ha visto revelada con la desaparición de programas con contenido de opinión para darle paso a otros formatos con tendencia hacia a la “farandulización”, lo cual tendría efectos adversos en la formación de ciudadanos bien informados y potencialmente deliberantes (López la Roche, 2000).

En esta misma línea, Cordero y Marín citan a Putnam (1995, 2000), quien ve la televisión como negativa para el ciudadano en el sentido que esta tendría como efecto disminuir su compromiso cívico. Así pues, un efecto de ello es la disminución de la confianza social, la membresía en organizaciones y la participación política (Cordero & Marín, 2005).

Finalmente, la televisión ha tenido fuertes críticas por velar a favor de los intereses económicos e ideológicos de la clases más favorecidas, de igual forma lo expresa Lull (1997), quien es citado por Aguirre: “... los medios son instrumentos utilizados por las elites dirigentes para perpetuar su poder, su riqueza y sus status de su propia filosofía, su propia cultura y su propia moral... La perpetuación del poder por las élites a través de los medios ha tenido una mecánica muy clara: los medios se convierten en los constituyentes dominantes del sentido “público” y dominan lo imaginario social, nacional y cultural disgregado” (Aguirre Sala, 2011, p.9).

La otra cara de la moneda dice que las imágenes de la televisión son percibidas como el lugar donde las clases menos favorecidas acceden a las representaciones de la modernidad, al conocimiento. La televisión, en este sentido, habría democratizado el saber, el cual estaba restringido para las élites alfabetizadas: “la televisión se ha tornado en espacio estratégico de representación del vínculo entre los ciudadanos, de su pertenencia a una comunidad, ella constituye hoy el espacio por antonomasia de recreación de lo público desde donde enfrentar la erosión del orden colectivo”(Martín Barbero, 2001, p. 2).

Desde este mismo punto, los televidentes se hacen ciudadanos al recibir de la televisión, de entre otras fuentes, información sobre lo público, los otros ciudadanos y sus gobernantes, de modo que podrían tomar de esta manera las mejores decisiones. “A través de su discurso, la televisión promueve y ofrece un amplio caudal de representaciones sociales (Giroux, Bourdieu) que se convierten en elementos vertebradores del conocimiento socialmente compartido por los grupos de población que haciendo uso del mismo, también actúan o se desempeñan como ciudadanos en ejercicio”(Bustamante B. et al., 2003, p. 5).

De hecho, algunos estudios se fundamentan en la idea de que “frente al debilitamiento de las instancias tradicionales donde la sociedad compartía sentidos, estaría esperando de la TV la solución de sus problemas, la defensa de sus derechos y la información necesaria para sus opciones políticas” (Larraín H & Valenzuela C, 2004, p. 3), es necesario estudiar si la televisión está cumpliendo con tal responsabilidad.

Otro argumento a favor de este rol formativo es que la televisión ha visibilizado voces, comunidades, grupos, pensamientos que antes no eran visibles. De este modo, han aparecido en la escena política actores que antes fueron, de alguna manera, minimizados por actores hegemónicos. De esta forma la televisión ha permitido la inclusión de algunos excluidos. “Sostenemos que los medios masivos han expandido los procesos de deliberación democrática, facilitado la integración a la vida pública de actores previamente excluidos, ampliado la concepción de lo público y aumentado el escrutinio del ejercicio del poder político” (Cordero & Marín, 2005, p. 24).

Agregan los autores que entre otros efectos positivos de la televisión se encuentra el acrecentamiento del conocimiento político, la confianza y la participación de los ciudadanos (Norris, 2000; Perez-Linan, 2002 citados en Cordero & Marín, 2005), podrían constituirse en mecanismos de *accountability* social (Cordero & Marín, 2005) y proporcionarían recursos simbólicos para la comprensión de problemas comunes (Cordero & Marín, 2005).

Precisamente, como una forma de acercar la televisión a los ciudadanos, y recuperar la confianza del público en las instituciones, nació una corriente del periodismo en Estados Unidos –en los años noventa– llamada periodismo cívico. Entre los propósitos principales de esta



corriente se encuentra otorgar a los medios de comunicación un papel importante en la creación de una opinión pública de calidad con el fin de que, en un proceso de juicio público, se logre una conversación en la que todos participen en igualdad de condiciones (Observatorio de TV Responsable, 2005).

Esta forma de periodismo se concreta en la televisión a través de su vertiente “responsabilidad social televisiva”, la cual implica replantear la noción clásica de opinión pública, pues no solo se le da la voz a las múltiples que hacen parte de una democracia, “sino que da a los procesos dialógicos un papel mucho más allá de las [espacios televisivos] de opinión: Pretende interpelar a los medios de comunicación para que asuman, desde el ejercicio de la libertad de expresión e información, su responsabilidad social en la formación de la cultura ciudadana como un ingrediente fundamental para el desarrollo” (Observatorio de TV Responsable, 2005, p.3). De este modo, el periodismo cívico busca una articulación real entre la televisión y la democracia, fortaleciendo el sentido público. En suma, el fortalecimiento de la ciudadanía, por medio de la responsabilidad social de la televisión, es el mayor interés.

En esta misma corriente de interés, ha habido una fuerte motivación por parte de los gremios médicos, organizaciones civiles y los mismos gobiernos, creando premios y otros estímulos. Uno de los casos más conocidos es el de Miguel Sabido, productor de Televisa quien es reconocido por promover la producción de telenovelas con contenidos educativos: “La telenovela es un producto masivo de comunicación, que está dentro de las casas de aquellos que más necesitan informarse. Por eso, trabajamos sobre la capacidad de reflexión moral sobre lo bueno y lo malo que tiene el formato. Y demostramos que puede hacerse sin bajar el rating” (Miguel Sabino citado en Andaló, 2003, p.11). De modo que vuelve a reiterarse la posibilidad de hacer televisión educativa, sin que ésta deje de ser entretenida.

Finalmente, el concepto de ciudadanía mediática también apunta a asumir los medios de comunicación como herramientas para el fortalecimiento de la ciudadanía. La ciudadanía mediática es el ejercicio de los derechos expeditos a través de los nuevos medios de comunicación digital, por ejemplo, internet, páginas Web, multimedia, CD-ROMS y DVDs. Este tipo de tecnologías permiten una comunicación más horizontal en la que se producen y se

intercambia información valiosa para la participación democrática. Si bien el concepto de ciudadanía mediática excluye los medios de comunicación masiva debido a la poca interactividad entre los ciudadanos y los productores del mensaje audiovisual, es importante resaltar el papel que le dan a los medios en general. Sobresale, además, el rol activo de quien interactúa a través de los medios: “Todo ciudadano mediático ha de tener la obligación de participar políticamente como condición de conciencia para recibir los beneficios Estatales planeados, discutidos y decididos en materia de la que fue objeto al ser convocado. Porque el ciudadano es elemento de un todo, pero de manera muy distinta a un parásito político” (Aguirre Sala, 2011, p. 21).

Por su parte, Pérez Tornero, afirma que el aporte de la televisión es tal que se puede hablar de ciudadanía televisiva. Este autor afirma que en la actualidad hay un viraje sustancial en la forma de percibir al sujeto que se encuentra en frente de una pantalla de televisión, y es, precisamente, verlo como ciudadano, o en palabras del autor “ciudadanos ante la televisión”. A diferencia del telespectador, cuyos derechos son escasos, “casi inencontrables”, y del televidente consumidor, cuyos derechos “son semejantes a los de cualquier consumidor ante cualquier mercancía”, los ciudadanos ante la televisión son más críticos, demandantes y exigentes, y tienen procesos relacionales mucho más complejos con el medio (Pérez Tornero, 2005a, p. 251).

El ciudadano no es ya solo el sujeto de un acto perceptivo –contemplar– ni de un acto económico –consumir–, sino que es una persona implicada en diferentes procesos: perceptivos, económicos, comunicativos, psicológicos, culturales, sociales, políticos, etc. Obviamente, el campo de los derechos y deberes del ciudadano ante la televisión es más amplio y complejo que el del telespectador o el del consumidor, así como las demandas y exigencias que se le hacen a la televisión son otras bien diferentes (Pérez Tornero, 2005).

Así pues, hoy en día, continúa el autor, tanto desde el punto de vista teórico como desde el sociopolítico, se tiende a pensar la relación entre el televidente y la televisión más en términos de ciudadanía –o mejor aún, en términos de ciudadanía activa– que en términos puramente perceptivos o económicos. El propósito de esta mirada es potenciar y desarrollar la

perspectiva en la que la televisión esté al servicio del televidente-ciudadano y no al contrario, como pasa con la televisión espectáculo y la televisión negocio. Lo anterior no significa, y es de aclarar, “que la televisión tenga que dejar de ser vista y considerada como espectáculo o negocio, sino que estas perspectivas deberían converger y reformularse a la luz de una perspectiva más amplia que es la ciudadana” (Pérez Tornero, 2005b, p. 254).

Ahora bien, es necesario aquí hacer una diferencia: por un lado puede tenerse la idea de que la ciudadanía televisiva es una postura activa política que se configura frente a la pantalla y sobre lo que ella ofrece, esto es, que se limita a la televidencia en relación con los contenidos ofrecidos y las reivindicaciones o exigencias que hagan los y las televidentes a los productores. Pero por otro lado, la ciudadanía televisiva como resultado de una formación ciudadana que tiene como fuente la televisión. Esto se refiere al aspecto que le interesa a este análisis. Esto quiere decir que la ciudadanía televisiva no solo tendría como objeto de la participación política el contenido televisivo sino que se formaría gracias a él.

El análisis aquí presentado lleva a argumentar que aunque la televisión y sus contenidos pueden ser objeto de interés del debate público y de la participación política de los ciudadanos, ella y los mensajes televisivos son fuentes de formación ciudadana, por lo menos en la modalidad de apropiación que concierne a la ampliación de conocimientos. Como se pudo evidenciar, los ciudadanos de hoy necesita de los medios, entre ellos de la televisión, para saber de los asuntos públicos y del Estado y tomar las mejores decisiones que lo afectan tanto a él (ella) como a sus conciudadanos. La necesidad radica, pues, en la importancia de una ciudadanía lo suficientemente informada para que el sistema democrático se fortalezca, o en palabras de Jones:

*Only through an informed citizenry, the argument goes, can self-governance be truly realized. The role for mass media in a democracy, then, is to supply citizens with the substantive and thorough information they need to fulfill that role. When media stray from this function/for instance, in the provision of entertaining content/ they are decried for subverting the needs of the citizenry (Jones, 2006, p. 368 Citado en Aguirre Sala, 2006, p. 9).*

De acuerdo con lo dicho, la televisión es un escenario que acerca a los gobernantes con sus gobernados, mantiene informados a los ciudadanos sobre asuntos públicos, sitúa en la

agenda temas de interés para las diferentes voces que hacen parte de una democracia permitiendo un mayor pluralismo y fortalecimiento de la ciudadanía.

De modo que es necesario señalar que el análisis realizado para este trabajo de tesis se suma a la segunda vertiente, aquella que encuentra que la televisión tiene un rol activo en la democracia y en la formación ciudadana. Lo anterior no significa que se desconozca aquella mirada negativa de la televisión mencionada arriba; tampoco se dejará a un lado que la televisión es una empresa y como tal tiene intereses económicos, políticos e ideológicos, y por lo tanto sus contenidos van a estar direccionados por estos intereses. De hecho, se demostró la disputa que se activa por el poder que tiene la pantalla chica para transmitir, construir y deconstruir agendas temáticas y tratar de imponer una noción muy específica de salud y un abordaje desde la enfermedad, motivando diferentes dinámicas de consumo, en detrimento de lo que podría concebirse como su dimensión política.

### **3.4. La televisión aporta en la faceta individual de la ciudadanía pero no en la institucional**

En efecto, algunos autores han señalado como la televisión al invisibilizar toda referencia a los factores estructurales ligados a la salud o incluso al rol del Estado en su protección y garantía de las condiciones para mantenerla en un buen estado genera un tipo muy específico de conciencia en los televidentes:

*... the absence of any reference to the underlying social concerns may “allow viewers to evade pointed questions about the fates of those without angels to provide housing or medical care,” as Professor Robert Kubey has noted. He told the New York Times that such programs can create a “false consciousness” that people’s problems are being taken care of (Christenson & Ivancin, 2006b, p. 13).*

Esta cita se refiere a programas de televisión que muestran casos mediatizados de problemas de salud que son resueltos por grupos de especialistas como parte de una suerte de voluntariado y que crean la sensación de que habrá algún “angel” que aparezca a resolver el problema. Como argumenta Rojas Rajs, esto haría parte de la naturaleza neoliberal del abordaje que la televisión está haciendo de la salud.

Para efectos de la interpretación, se asume, por un lado, que la televisión no es neutra, que sus contenidos no siempre son honestos, claros, y que tienen intereses particulares. Por otro lado, se reconoce que aunque el alcance de criticidad y autonomía de las televidentes es restringido, esos contenidos televisivos no son automáticamente impuestos; al contrario, son negociados, filtrados, deconstruidos por los televidentes. Y, en el caso de la salud, tema esencial en la vida de las televidentes como ya se demostró, sí que su agencia, en el momento de la recepción, determina no solamente el sentido dado a estos contenidos, su apropiación, sino, lo que interesa aquí, el tipo de acción política que puede derivarse de este proceso comunicativo.

Dice Orozco que una de las grandes preguntas que se pueden abordar en la actualidad es “¿Cómo se está constituyendo el sujeto individual y colectivo como ciudadano de un país y del mundo, cuando la mayor parte de su constitución está mediatizada por sus múltiples vínculos con medios y tecnologías de información?”. La relevancia de esta pregunta se da “sobre todo porque los referentes de los espacios: países, regiones o mundo no son producto de vivencias directas sino resultantes de re-presentaciones, la mayoría de ellas audiovisuales (electrónicas, digitales, virtuales) confeccionadas desde el ecosistema mediático de la comunicación” (Orozco Gómez, 2003, p. 11).

Afirma Fuenzalida (2005) que existe un nuevo ethos socio-cultural en el que se ha venido revalorizando la vida privada en el hogar como espacio de reconceptualización política y formación ciudadana. Desde allí las mujeres han tenido grandes cambios en torno a su identidad, las formas de participación política y sus diversas intersecciones en la vida social y laboral. Este nuevo ethos se entiende como una reacción a las formas tradicionales de participar en los asuntos públicos, en el que se descalificaba el espacio privado por entenderse como un espacio de alienación psicológica e histórica. Desde el hogar, entonces, se pueden evidenciar la relación actual entre mujer y política: “desde las vivencias existenciales en esta situación privada que los ciudadanos-televidentes –y en especial las mujeres– tienden a valorar el concepto, el quehacer y los desempeños de los políticos” (Fuenzalida, 2005, p.47).

El hogar, visto así, es el espacio donde se resuelven –o tienen el mayor potencial para hacerlo– graves problemas públicos, en los que están incluidos, especialmente, los problemas de salud:

La mala calidad en la alimentación, la obesidad, la higiene bucal, la prevención del sida y otros problemas de salud ya no se pueden resolver en los consultorios públicos de atención primaria adonde concurren los ciudadanos, sino que dependen de las conductas y hábitos aprendidos y practicados en el hogar... la solución de problemas de violencia intrafamiliar, drogas, alcoholismo, embarazo adolescente, delincuencia y otros problemas sociales, depende también de hábitos discutidos, aprendidos y reforzados en el hogar. La nueva sensibilidad a la calidad de vida en el hogar también vuelve públicos y políticos temas que antes eran invisibles en la privacidad, como la violencia contra la mujer, la violencia sexual contra los niños y otros (Fuenzalida, 2005, p.49).

Sin el anterior contexto, de origen extra televisivo, no es posible entender otros aspectos de la relación televisión-televidentes. Incluso, para dar respuesta aquel escenario, continúa Fuenzalida, se han creado en los últimos tiempos canales de cable especializados en temas del hogar, con un acento destacado en temas de salud como el caso de Discovery Health.

En este orden de ideas, sentencia el autor, la nueva percepción de la ciudadanía integra al hogar, en lugar de excluirlo como un espacio privado. Este hecho pudo ser evidenciado en la presente tesis, en donde las televidentes desplegaban una cantidad de estrategias para mantener la salud propia y de su grupo cercano. Estrategias que incluyen la ampliación constante de sus conocimientos sobre la salud, que en ocasiones se tradujeron en acciones y prácticas para mantenerla o recuperarla en caso de perderla.

#### **4. A MODO DE CIERRE**

Se ha mostrado que la ciudadanía en salud se configura desde el siglo XVIII en dos facetas complementarias: 1. la faceta institucional, la obligación del Estado de garantizar las condiciones para la salud de las personas; 2. la faceta individual, el ciudadano responsable de su salud como aporte a la sociedad. Teniendo esto en cuenta, se concibió que no es posible hablar de un tipo de ciudadanía, sino de múltiples tipos, niveles y motivaciones, en parte por las diversas relaciones que se establecen con el Estado en su cumplimiento de esta obligación y por las diferentes agencias radicadas en el conocimiento, las capacidades comunicativas y burocráticas y las motivaciones. Así que las ciudadanía se forman con base en la información

que se apropia en conocimiento, como un proceso constante, pero con momentos de más o menos intensidad, y estas ciudadanías se manifiestan en acciones, sean estas cotidianas y contingentes, siempre individuales e íntimas y, algunas veces, colectivas y públicas.

El proceso que posibilita el tratamiento que hace la televisión del campo de la salud aporta y refuerza la segunda faceta, esto es, la faceta individual de la ciudadanía. Se ha expuesto como invisibiliza tanto las condiciones que operan sobre el estado de salud de las personas, como la actuación del Estado para garantizarlas. No abre espacios para el debate público, ni aporta información o mensajes televisivos alrededor de cómo los televidentes podrían involucrarse en el sistema o en las políticas de salud.

El proceso comunicativo aporta al aumento de la información, es decir, al aumento del conocimiento de las televidentes sobre temas asociados con la salud. Aunque en este proceso el mensaje es hegemónicamente biomédico, preventivo e individual, en la dimensión de la recepción-apropiación, este mensaje se resignifica, se amplía y se cuestiona, cuando se pone en relación con otros conocimientos ya presentes en las televidentes. Las televidentes aprovechan muy bien este conocimiento en su rol protagónico en el cuidado de la salud propia y de sus familias y entorno más cercano. En este punto, la producción direcciona muy bien sus contenidos, contribuyendo a feminizar la salud y reforzando el rol de las mujeres como cuidadora en el ámbito doméstico.

El proceso de recepción fue complejizado aquí con la comprensión de la secuencia recepción-apropiación-acción, para lo cual fue esencial identificar los factores que la posibilitan, por una parte, desde su producción: la elección del género o formato televisivo, el lenguaje verbal de quienes emiten los mensajes, las ayudas didácticas, los presentadores, la aplicabilidad de las recomendaciones en salud, la emotividad, el tema, el enfoque que se le dio a los temas. Y de otra parte, de la recepción: conocimientos previos, el entorno familiar, la experiencia, el interés personal por un tema, el acceso a otras fuentes de información, el género, el rol de madre, la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico. Como factor diferenciador se revelaron las experiencias de las televidentes referidas a la relación con el Estado, sus políticas y organizaciones que atienden la salud.

Se evidenció que el proceso de recepción-apropiación siempre desemboca en acción: generación de intereses por adquirir o acumular conocimientos; divulgación de los conocimientos adquiridos; ampliación de conocimientos a partir de otros medios y personas; y adquisición o modificación de comportamientos. Si bien no emiten o no tienen una naturaleza política, per se, todas estas acciones si fortalecen la faceta individual de la ciudadanía y eventualmente, podrían incidir o tener alguna participación en la faceta institucional.

Sin embargo, con los contenidos de uno de los programas analizados, emisión que trató sobre los servicios del sistema de salud y la acción tutela, las televidentes afianzaron sus conocimientos, pero además expresaron que tendrían más elementos gracias a este programa en caso de tener que activar este mecanismos de participación. Las televidentes aceptaron que los conocimientos siempre se convertían en acciones en momentos específicos, es decir, cuando surgía la necesidad recordaban y aplicaban lo aprendido. En este sentido, existe un aporte importante de la televisión y otros medios, principalmente, el internet, con información para accionar en el campo de la salud.

La televisión colombiana hoy no ofrece contenidos que permitan conocer mejor el sistema, los derechos y deberes de los ciudadanos y las maneras en las cuales estos podrían participar de la esfera institucional de la salud, pero televidentes y productores coinciden que sería de mucha utilidad.

Las televidentes no cuentan con acceso directo a los médicos para hacer consultas especializadas, y si bien consultan internet, les parece que la televisión es más fiable. Por ello, la televisión es su fuente privilegiada. Tanto productores como televidentes anticiparon que la televisión tendría mucho potencial en informar y educar ciudadanos conocedores del sistema de salud colombiano y de los deberes y derechos, especialmente dado el contexto de violencias que ejerce dicho sistema sobre los ciudadanos (Puerta Silva & Agudelo Calle, 2016). Productores reconocieron que estos temas tendrían rating pero las políticas de los canales no lo permitirían.

En la televisión se evidencia un proceso comunicativo complejo, por la interrelación entre la naturaleza del mensaje televisivo: entretenido, educativo y mercantil. Los dos primeros



enfoques no son incompatibles, quedó demostrado con el eduentretenimiento. Sin embargo, existe una tensión y una dificultad para combinar lo mercantil con lo educativo, por el conflicto de intereses que puede presentarse entre los patrocinadores de las pautas comerciales y los mensajes educativos que se quieren transmitir. También, porque es muy delgada y casi siempre imperceptible, la línea que diferencia un contenido televisivo propio del programa como tal y lo mercantil o lo que se refiere a una publicidad.

En cualquier caso se identificó que por el enfoque propio de la noción de salud que se transmite, siempre hay un incentivo a consumir: para curar, para prevenir, para mantener la salud, para lograr el estado estético o el estilo de vida ideal. Es en el proceso de la producción en donde se experimentan los mayores conflictos y tensiones alrededor de esta relación problemática: los productores y presentadores se sienten limitados y constreñidos por las políticas del canal y las presiones de las pautas comerciales, las primeras que buscan mantener altos niveles de rating y las segundas que garantizan el financiamiento de los programas.

La televisión, al no abordar la dimensión política de la salud, está contribuyendo a una formación parcial de la ciudadanía, es decir, a una invisibilización de la dimensión institucional, pública, o de la acción política, consolidando la idea de que la salud es del ámbito de lo privado, de lo individual, y no del ámbito del debate público, del escenario público, es decir, está eliminando de toda posibilidad circular representaciones y sentidos alrededor de la salud como un derecho o la salud donde se hace un ejercicio ciudadano.

La televisión no está aportando al debate público sobre la estructura del sistema de salud y los efectos que han sido evidenciados durante los últimos 10 años y que se han denominado violencias del sistema (Puerta Silva y Agudelo Calle, 2016). Y, ante la ausencia de contenidos que puedan movilizar la acción política para demandar la reforma del sistema, tampoco está contribuyendo a que los televidentes tengan los elementos para ejercer acciones ciudadanas en salud, que consisten en proteger su derecho a la salud. Invisibilizaron la dimensión colectiva, es decir, la salud como un propósito social común y no solamente personal. En este sentido, la televisión no aporta a explicitar la dimensión colectiva de las

ciudadanías y no son expuestas las posibilidades de la participación ciudadana en el desarrollo de las políticas de salud y de las condiciones para mantener adecuados niveles de salud.

En un Estado en el que la relación con sus ciudadanos se caracterizó por la intermediación y basados en lógicas de tipo clientelistas (Celedón & Noé, 2000; Delgado Gallego et al., 2005; Dover & Puerta Silva, 2008; Echeverri, 2008; Molina & Ramírez, 2013; Vargas J & Molina M, 2009), la apertura democrática y las reformas, particularmente del sistema de salud, generan espacios relacionales sin precedentes entre el Estado y los ciudadanos. Por otro lado, dado que la televisión está presente en casi todos los hogares colombianos, que es una fuente de información hegemónica, los mensajes que ella transmite, aun teniendo en cuenta la agencia de las televidentes en el proceso de recepción-apropiación-acción, justifica comprender cómo se originan los mensajes y cuándo dichos mensajes pueden ser un aporte a la formación ciudadana y, particularmente, a la formación de la faceta de la ciudadanía que sustenta la relación con el Estado. Pero además, esto es fundamental en el contexto colombiano, contexto en el cual, el sistema de salud ejerce violencias y vulnera constantemente el derecho a la salud.

Si bien la participación y los ejercicios ciudadanos públicos pueden verse desde dos perspectivas: en el marco de los mecanismos institucionalizados de participación y la participación adversarial que tiene su origen en las barreras (violencias) del sistema sobre los ciudadanos, es esta última modalidad la que más se ha desarrollado en Colombia. Dada esta formación ciudadana reciente e incipiente en el campo de la salud, la televisión podría tener un rol más activo en el equilibrio de las dos facetas de la ciudadanía en salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abadía Barrero, C. E., & Oviedo Manrique, D. G. (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia Y Políticas de Salud*, 9(18), 86–102.
- Abu-Lughod, L. (2006). Interpretando la(s) cultura(s) después de la televisión: sobre el método. *Iconos*, (24), 119–141.
- Agudelo Calderón, C. A., Cardona Botero, J., Ortega Bolaños, J., & Robledo Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia : 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 16(6), 2817–2828. doi:10.1590/S1413-81232011000600020
- Agudelo Calle, A. (2009a). *La relación médico paciente en la Unidad Hospitalaria Jaime Tobón Arbeláez: una mirada antropológica. Magíster Proposal*. Universidad de Antioquia.
- Agudelo Calle, A. (2009b). *La relación médico-paciente en la Unidad Hospitalaria Jaime Tobón Arbeláez: una mirada antropológica*. Medellín-n: Universidad de Antioquia.
- Aguirre Sala, J. F. (2006). *The mediatic citizenship*. Ciudad de México: Uniiversidad de Monterrey.
- Aguirre Sala, J. F. (2011). La ciudadanía mediática. *Perspectivas de La Comunicación*, 4(1), 7–23.
- Alcalay, R., & Mendoza, C. (2000). *Proyecto COMSALUD: un estudio comparativo de mensajes relacionados con salud en los medios masivos latinoamericanos*. Washington.
- Álvarez Arámbula, E. G. (2014). *Usos y gratificaciones en el consumo de las aplicaciones de internet en personas mayores*. Universitat Autònoma de Barcelona. Retrieved from <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/284345/egaa1de1.pdf;jsessionid=006EDF5917A70AE63771CD5F7D41CA77.tdx1?sequence=1>
- Andaló, P. (2003). Lágrimas, amores, traiciones y mensajes de salud. *Perspectivas de Salud*, 8(2), 8–13.
- Arroyave, J. (2008). Testing the effectiveness of an entertainment-education health-focused soap opera: exposure and post-discussion in colombian young adults. *Investigación Y Desarrollo*, 16(2), 232–261.

- Asociación Española Contra el cáncer. (2006). Guía de estilo. Salud y medios de comunicación. El Cáncer. Madrid. doi:10.1007/s13398-014-0173-7.2
- Autoridad Nacional de Televisión. (2013). Modelo de vigilancia y control para el servicio público de televisión. Retrieved from <http://www.antv.gov.co/sites/default/files/content-types/basic-page/1047/files/1modelodevigilancia.pdf>
- Ball-Rokeach, S., & DeFleur, M. (1976). A dependency model of mass media effects. *Communication Research*, 3(21).
- Beca, J. P., & Salas, S. I. (2004). Medicina en televisión: ¿un problema ético? *Revista Médica de Chile*, 132, 881–885.
- Bejarano, I. (2004). Lo culto y lo popular. Medicina letrada / medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos. *Cuadernos de La Facultad de Humanidades Y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, (24), 13–22.
- Beltrán Salmón, L. R. (1998). Comunicación para la salud del pueblo. *Época II*, XVII(31), 17–65.
- Beltrán, L. R., Beltrán Salmón, L. R., & Beltrán, L. R. (2010). Comunicación para la salud del pueblo. *Época II*, 16(31), 17–65.
- Bisquerra Alzina, R. (2008). *Educación para la ciudadanía y convivencia. El enfoque de la Educación Emocional*. Madrid: Wolters Kluwer.
- Bonilla, J. I., & Cadavid Bringe, A. (2004a). *¿Qué es noticia?, agendas, periodistas y ciudadanos*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana- Fundación Konrad Adenauer.
- Bonilla, J. I., & Cadavid Bringe, A. (2004b). Los ciudadanos. Audiencias, agendas y demandas de información. In J. I. Bonilla & A. Cadavid Bringe (Eds.), *¿Qué es noticia? Agendas, periodistas y ciudadanos* (pp. 75–94). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana y Fundación Konrad Adenauer.
- Bourdieu, P. (1996). *Sobre la televisión*. Barcelona: Anagrama.
- Briggs, C. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, 14, 101–124.
- Bustamante B., B., Aranguren D., F., & Argüello G., R. (2003). Apropiación educativa de la televisión. *Revista Científica*, 2(5), 85–93.
- Bustamante, B., & Aranguren, F. (2005). Televisión de calidad y participación ciudadana. *Comunicar*, 25(2). Retrieved from <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15825128#>
- Carosio, A. (2008). El invisible aporte de las mujeres a la salud. *Revista Mujer Salud*, (23), 1–20.
- Carrizosa Isaza, C. (2011). *Nuevas ciudadanías y configuración de sujetos políticos a partir del*

- conflicto armado. La experiencia de la Asociación de Víctimas de Granada, Antioquia - ASOVIDA*. Universidad de Antioquia, Medellín.
- Casetti, F., & di Chio, F. (1999). *Análisis de la televisión. Instrumentos, métodos y prácticas de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Casino, G., & Fernández, E. (2015). Epidemiología para periodistas y comunicadores. *Cuadernos de La Fundación Dr. Antonio Esteve*, (32).
- Castells, M. (2009). *Comunicación y poder*. Madrid: Alianza.
- Celedón, C., & Noé, M. (2000). Reformas del sector de la salud y participación social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1-2), 99–104.
- Chaux, E. (2005). Estándares básicos de competencias ciudadanas: Estructura y proceso de Construcción. *Taller Internacional de Formación En Competencias Ciudadanas*. Bogotá: Ministerio de la Educación Nacional.
- Chew, F., Palmer, S., Slonska, Z., & Subbiah, K. (2002). Enhancing health knowledge, health beliefs, and health behavior in Poland through a health promoting television program series. *Journal of Health Communication*, 7, 179–196. doi:10.1080/10810730290088076
- Chong López, B., Aguilar Ramos, G., & García Álvarez, H. (2009). Consumo televisivo en Torreón: distribuciones por sexo, edad y escolaridad. *Global Media Journal*, 6. Retrieved from <http://redalyc.org/articulo.oa?id=68712864003>
- Christenson, P., & Ivancin, M. (2006a). *The “Reality” of Health : Reality Television and the Public Health*. Kaiser Family Foundation. Menlo Park.
- Christenson, P., & Ivancin, M. (2006b). *The “Reality” of Health: Reality Television and the Public Health*. Menlo Park: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Cohen, B. (1963). *The Press and the Foreign Policy*. Princeton: Princeton University Press.
- Comas d’Argemis, D. (1993). Mujeres, familia y estado del bienestar, en del Valle. In *Perspectivas feministas desde la antropología social* (pp. pp. 187–204). Barcelona: Ariel.
- COMFER, C. F. de R. (2007). *Investigación sobre tv y salud. Estudio sobre los mensajes de salud en la televisión abierta*. Buenos Aires: COMFER Comité Federal de Radiodifusión.
- COMFER, C. F. de R. (2009). *Estudio “Gripe A”. La cobertura de la gripe por A H1N1 en noticieros de televisión abierta*. Buenos Aires.
- Condry, J. (1998). Ladróna de tiempo, criada infiel. In *La televisión es mala maestra*. México, D.F.: Fondo de cultura económica.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). (2008). *Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo*. Retrieved from

<https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>

- Cordero, R., & Marín, C. (2005). Los Medios Masivos y las Transformaciones de la Esfera Pública en Chile. *Persona Y Sociedad*, 19(3).
- de Aguilera Moyano, M., & Pindado Pinado, J. (2006). Nuevos enfoques en comunicación y salud: perspectivas de investigación. *Comunicar: Media Education Research Journal*, 13(26), 13–20.
- De Benito, E. (2015). Conversatorio de Periodismo y salud. In *Las fuentes en el periodismo de salud*. Medellín: Parque de la Vida.
- de Castro Buffington, S. (2013). Entertaining Health: Inspiring Writers and Producers to Create Storylines That Change Knowledge and Behavior. *Sustain*, (28), 16–21. Retrieved from <https://louisville.edu/kiesd/sustain-magazine/SUSTAIN-28.pdf>
- De Fleur, M. L., & Ball-Rokeach, S. J. (1993). *Teorías de la Comunicación de Masas*. Barcelona: Paidós.
- de Semir, V., & Revuelta, G. (2006). La salud en el supermercado de la información. *Humanitas. Humanidades Médicas*, (4), 11–25.
- Dearing, J., & Rogers, E. (1996). *Agenda-Setting*. London: Sage.
- Del Valle Rojas, C. (2003). Comunicar la salud. Entre la equidad y la diferencia. Temuco: Universidad de La Frontera.
- Delgado Gallego, M. E., Vásquez Navarrete, M. L., Zapata Bermúdez, Y., & García, M. H. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Revista Española Salud Pública*, 79(6), 697–707.
- Delgado Gallego, M. E., & Vázquez Navarrete, M. L. (2006). Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. *Revista de Salud Pública*, 8(2), 128–140.
- Díaz Rodríguez, R. (2004). *Teoría de la Agenda-Setting. Aplicación a la enseñanza universitaria*. Madrid: Observatorio Europeo de Tendencias Sociales.
- Díaz Rojo, J. A. (2002). La belleza es salud. La medicalización lingüística de la publicidad de los cosméticos. *Contextos*, (XIX-XX), 109–121.
- Díaz, H. (2012). La comunicación para la salud. In *Alfabetización en salud. De la información a la acción* (pp. 45–56). Valencia.
- Díaz, H., & Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación Y Salud*, 1(0034), 113–124.

- Domenech, L., & Romeo, A. (2004). El registro coloquial. *Materiales de la lengua y la literatura*.
- Dover, R. V., & Puerta Silva, C. (2008). *El derecho a la salud: la participación en el régimen subsidiado*. Medellín: Universidad de Antioquia INER y Colciencias.
- Echeverri, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(5), 210–216.
- Espanha, R. (2009, December). Ficció televisiva i construcció de representacions sobre salut a Portugal. *Lliçons Del Portal*.
- Esteban, M. L. (2003). Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. *SARE 2003 "Cuidar Cuesta: Costes Y Beneficios Del Cuidado,"* 1–17. Retrieved from [https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin\\_ECOS/10/Genero\\_y\\_cuidados.pdf](https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Genero_y_cuidados.pdf)
- Featherstone, M. (1991). The body in consumer culture. In M. Featherstone, M. Hepworth, & B. Turner (Eds.), *The body: social process and cultural theory*. London: Sage.
- Feo Acevedo, C., & Feo Istúriz, O. (2013). Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde Em Debate*, 37(96), 84–95. doi:10.1590/S0103-11042013000100010
- Ferrés Prats, J. (2003). De la emoción por el consumo al consumo de emociones. Televisión, consumo y emociones. *Comunicar*, 47–56. Retrieved from <http://www.grupocomunicar.com/contenidos/pdf/la-otra-mirada-de-la-tele/08-ferres.pdf>
- Fiske, J. (1984). *Introducción al estudio de la comunicación*. Bogotá: Norma.
- Fiske, J. (1987). *Television Culture*. Londres: Methuen.
- Fog, L. (2010). Radiografía al periodismo de salud en Colombia. *Médico-Legal*, XVI(1), 16–20.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica I*. Ciudad de México: Fondo De Cultura Económica Us.
- Franco Miguez, D. (2012). Ciudadanos de ficción: discursos y derechos ciudadanos en las telenovelas mexicanas. El caso Alma de Hierro. *Comunicación Y Sociedad*, (17), 41–71.
- Fuenzalida, V. (2005). *Expectativas educativas de las audiencias televisivas*. (Norma, Ed.). Bogotá.
- Fundación Universitaria Los Libertadores, U. N. de C. y U. T. del C. (2006). *Estudios de audiencias socialmente diferenciadas*. (Comisión Nacional de Televisión, Ed.). Bogotá.
- Gañán Echavarría, J. L. (2013). *Los muertos de la Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficiencia. Caso del Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Contributivo*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas.

- García Reina, L. (2004). Juventud y medios de comunicación. La televisión y los jóvenes: Aproximación estructural a la programación y los mensajes. *Ámbitos*, (12), 115–129.
- Gómez Supelano, P. (2011). Los medios bajo la lupa en materia de salud. *Pesquisa*, (15), 10–13.
- González de Haro, M. D. (2006). *La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas*. (U. de Huelva, Ed.). Huelva. Retrieved from <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4343/b1437626x.pdf>
- Groleau, D. (2011). Embodying “health citizenship” in health knowledge to fight health inequalities. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 811–816. doi:10.1590/S0034-71672011000500002
- Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Gumucio-Dragon, A. (2011). Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo. *Signo Y Pensamiento*, 30, 26–39. doi:10.11144/2454
- Hall, S. (1980). Encoding / Decoding. In D. Hall, A. Hobson, Lowe, & Willis (Eds.), *Culture, Media, Language: Working Papers in Cultural Studies* (pp. 128–138). London.
- Haro, J. A. (2008). Construcción de ciudadanía en salud. In *XV Curso-Taller OPS/OMS-CIESS Legislación de salud: marco regulatorio para la extensión de la protección social en salud*. México, D.F.
- Hernández Álvarez, M. (2000). El Derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Revista de Salud Pública*, (2), 121–144.
- Hernández Álvarez, M. (2013). Momento crítico para la salud en Colombia. *Seminario Virtual Caja de Herramientas*, (339).
- Hernández Salazar, A. (2015). *La salud en la televisión: representaciones sobre la salud, la enfermedad y el oficio médico en la sección de salud de Noticias Caracol*. Universidad de Antioquia.
- Hernández Tezoquipa, I., Arenas Monreal, M. D. L. L., & Valde Santiago, R. (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista Saúde Pública*, 35(5), 443–450.
- Hill, A. (2005). *Reality TV: Audience and popular factual television*. New York: Routledge.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud : *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 54–62.
- Jensen, K. (1987). Qualitative Audience Research. Towards an Integrative Approach to Reception. *Critical Studies in Mass Communication*, 4(1), pp. 21–36.
- Jiménez Pernet, J., García Gutiérrez, J. F., Martín Jiménez, J. L., & Bermúdez Tamayo, C. (2007).



- Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud. *UOC Papers: Revista Sobre La Sociedad Del Conocimiento*, (4), 10–. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2271725>
- Kabeer, N. (2007). En busca de una ciudadanía incluyente: sus significados y expresiones en un mundo interconectado. In N. Kabeer (Ed.), *Ciudadanía incluyente: significados y expresiones* (pp. 7–33). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kaplún, M. (2001). *A la educación por la comunicación. La práctica de la comunicación educativa* (Segunda ed.). Quito: Ciespal. Retrieved from <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/53473.pdf>
- Kornblit, A. L., & Mendes Diz, A. M. (2000). *La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales*. Buenos Aires: Aique.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Temas de Educación*, (7).
- Kubey, R. W., & Csikszentmihalyi, M. (1990). *Television and the Quality of Life: How Viewing Shapes Everyday Experience*. Hillsdale: Routledge.
- Lacalle, C. (2012). Género y edad en la recepción de la ficción televisiva. *Comunicar, Revista Científica de Educomunicación*, XX(39), 111–118. doi:10.3916/C39-2012-03-01
- Lagarde, M. (1990). *Cautiverio de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Larraín H, S., & Valenzuela C, A. (2004). *Televisión y ciudadanía. Presencia de temas ciudadanos en la programación de 4 canales de la TV abierta chilena. Representaciones Temáticas de los Derechos Ciudadanos, Políticas Públicas, Seguridad Ciudadana y Arte y Literatura en la Televisión Chilena*. Santiago de Chile: Observatorio de Medios.
- Lazo Zaragoza, C. M. (2008). El proceso de recepción televisiva como interacción de contextos. *Comunicar*, 16(31), 35–40. doi:10.3916/c31-2008-01-004
- Leavell, H., & Clark, E. (1976). *Medicina preventiva*. San Pablo: McGraw-Hill.
- Lee, H., Lee, Y., Park, S.-A., Willis, E., & Cameron, G. T. (2013). What Are Americans Seeing? Examining the Message Frames of Local Television Health News Stories. *Health Communication*, 28, 846–852. doi:10.1080/10410236.2012.743842
- Lee, T. K., & Taylor, L. D. (2014). The motives for and consequences of viewing television medical dramas. *Health Communication*, 29(1), 13–22. doi:10.1080/10410236.2012.714346
- Lizcano Fernández, F. (2012). Conceptos de ciudadano, ciudadanía y civismo. *Polis*, (32), 1–24. Retrieved from file:///C:/Users/Alejandro Agudelo/Downloads/polis-6581-32-conceptos-de-ciudadano-ciudadania-y-civismo.pdf

- López la Roche, F. (2000). Ciudadanía cultural y comunicativa en contextos de globalización, desregulación, multiculturalismo y massmediatización: el caso colombiano. In *Grupo de Trabajo de CLACSO sobre "Cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización"* (pp. 119–131).
- López Villafranca, P. (2012). Los encuadres sanitarios en prensa española: El caso de la gripe A y la bacteria E. coli. *Revista Internacional de Relaciones Públicas*, 2(4), 221–246. Retrieved from <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5221/13.pdf?sequence=1>
- Lopez, D. la R., & Et. Al. (2000). *Los niños como audiencias. Investigación sobre recepción de medios*. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Ed.). Bogotá: Da Vinci edit.
- Lozano, J. C. (2000). El género y el nivel socioeconómico como mediaciones en el consumo de noticieros televisivos en México. *Revista de Estudios de Comunicación*, (9), 259–276.
- Lull, J. (1990). *Inside Family Viewing: Ethnographic Research on Television's Audiences*. London: Routledge.
- Lupton, D. (2014). *La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. (Universidad de Antioquia., Ed.). Medellín.
- Marcus, G. E. (2002). *The sentimental citizen: emotion in democratic politics*. University Park: The Pennsylvania State University Press.
- Marín Díaz, V. (2005). Las series animadas de televisión y su valor educativo. *Comunicar*, XIII(25).
- Martín Barbero, J. (2001). Televisión pública, televisión cultural: entre la renovación y la invención. In *Televisión pública: del consumidor al ciudadano* (pp. 1–21). Bogotá: FES/Promefes.
- Martín Barbero, J. (2002). *La educación desde la comunicación*. Buenos Aires: Norma.
- Martín, Ordoñana, J. R., Gómez Amor, J., & Galvañ Olivares, F. (2000). El uso del miedo en los mensajes de salud. *Gac Sanit*, 14(supl.3), 45–59.
- Martín-Barbero, J. (1987). *De los medios a las mediaciones*. México: Editorial Gustavo Gili, S.A.
- Martín-Barbero, J., & Muñoz, S. (1992). *Televisión y melodrama*. Bogotá: Tercer Mundo.
- Martínez Terrero, J. (2006). Teorías de comunicación. *Ágora RIIAL*. Ciudad Guyana: Universidad Católica Andres Bello, Núcleo Guayana.
- Martini, S. (2000). *Periodismo, noticia y noticiabilidad*. Bogotá: Norma.
- McQuail, D. (1994). *Mass Communication Theory*. New York: Sage.
- Medios Latinoamericanos sobre Sida. (2009). Guía para comunicadores sobre VIH/sida.

- Medrano Samaniego, M. C. (2008). Televisión y educación: del entretenimiento al aprendizaje. *Teoría de La Educación*, (20), 205–224.
- Mejía-Díaz, D. M., Carmona-Garcés, I. C., Giraldo-López, P. A., & González-Zapata, L. (2014). Contenido nutricional de alimentos y bebidas publicitados en la franja infantil de la televisión colombiana. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 858–64. doi:10.3305/nh.2014.29.4.7214
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. In *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp. 451– 464). Buenos Aires. Retrieved from [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)
- Menéndez, E. (1990). *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. Ciudad de México: CIESAS.
- Menéndez, E., & Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes: Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.
- Meza, T. (2006). Las telenovelas juveniles mexicanas y las adolescentes obesas. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas Y Sociales*, 48(197), 83–94.
- Ministerio de Salud. (2012). *Televisión y cine saludables*. Argentina.
- Molina, G., & Ramírez, A. (2013). Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 287–293. doi:10.1590/S1020-49892013000400008
- Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Éditions Payot & Rivages.
- Mondragón, L., Hermelin, D., & Moreno Londoño, J. (2013). La gripe H1N1 y los noticieros de TV en Colombia: entre las representaciones del riesgo y las resonancias de imaginarios. *Disertaciones*, 6(2), 174–205.
- Moon, Y. S. (2010). How food ads communicate “health” with children: a content analysis of Korean television commercials. *Asian Journal of Communication*, 20(February 2015), 456–476. doi:10.1080/01292986.2010.496858
- Morales, M., & Vallejo, M. (2010). Estándares de calidad en la construcción de los relatos periodísticos sobre salud. *Signo Y Pensamiento*, XXIX(56), 328–355.
- Moreno L., A., & Toro Z., L. (2009). La televisión, mediadora entre consumismo y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 36, 46–52.
- Morley, D. (1980). *The “Nationwide” Audience. Structure and Decoding*. London: British Film Institute.

- Morley, D. (1986). *Family Television*. Londres: Routledge.
- Mosquera, M. (2002). Comunicación en salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. Organización Panamericana de la Salud.
- Muñiz, C., Igartua, J. J., Humanes, M. L., García, M., Gomes, D., Rita, A., & Gomes, A. M. (2004). Imágenes de la inmigración latinoamericana en los medios de comunicación . Perspectivas empíricas desde la Teoría del Encuadre. *Diálogo internacional "Comunicación Y Diversidad Cultural,"* 400, 1–20.
- Muñoz, N. I. (2009). El argot médico: un registro discursivo complejizado por usos muy diversos. *Espéculo: Revista de Estudios Literarios*, (43), 43. Retrieved from <http://www.ucm.es/info/especulo/numero43/argotmed.html>
- Nabi, R. L., & Thomas, J. (2013). The Effects of Reality-Based Television Programming on Diet and Exercise Motivation and Self-Efficacy in Young Adults. *Health Communication*, 28, 699–708. doi:10.1080/10410236.2012.711510
- Naveillan F., P., Cornejo A., E., López B., L., & Saint-Jean, H. (1987). Television y bebidas alcohólicas y analcohólicas. *Saúde Públ., S. Paulo*, 21, 37–43.
- Obregón Gálvez, R. (2010). Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud. *Folios*, 23, 13–29.
- Obregón Gálvez, R. (2010). Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud. *Folios*, 23, 13–29.
- Obregón Gálvez, R., Vega Casanova, M. J., & Lafaurie Molina, A. (2003). Medios y salud pública: la voz de los adolescentes. *Investigación Y Desarrollo*, 11(2), 210–237.
- Observatorio de TV Responsable, O. (2005). Ciudadanía y televisión. Valencia: Asociación Valenciana de Espectadores. Retrieved from file:///C:/Users/Alejandro Agudelo/Downloads/Ciudadania\_Television.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. *Supre*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Hacia la Formación de Periodistas en Salud: Propuestas de bases curriculares en América Latina. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organization Panamerican Health. (1998). Health in the Americas. Scientific Publication. *Scientific Publication*, (569).
- Orozco Gómez, G. (1991). *Recepción Televisiva: Tres aproximaciones y una razón para su estudio. Cuadernos de Comunicación y Prácticas Sociales*. México, D.F.: Universidad Iberoamericana.

- Orozco Gómez, G. (1992). La investigación de la recepción y la educación para los medios: hacia una articulación pedagógica de las mediaciones en el proceso comunicativo. In M. Miranda (Ed.), *Educación para la Comunicación: Manual Latinoamericano*. Santiago de Chile: Ceneca.
- Orozco Gómez, G. (1996). *Televisión y audiencias. Un enfoque cualitativo*. (E. de la T. y U. Iberoamericana, Ed.). Madrid.
- Orozco Gómez, G. (1998). La recepción de la TV desde la familia y la escuela. In J. Arévalo (Ed.), *Didáctica de los medios de comunicación* (p. pp 241–256). Ciudad de México: Programa Nacional de Actualización Permanente.
- Orozco Gómez, G. (2003). Los estudios de recepción: de un modo de investigar, a una moda, y de ahí a mucho modos. *Intexto, Porto Alegre*, 2(9), 1–13.
- Orza, G. (2002). *Programación televisiva*. Buenos Aires: La Crujía.
- Pagnamento, L. (2012). El trabajo de las Promotoras de salud municipales y la participación social. La Plata.
- Paricio-Esteban, P., Rodríguez-Luque, C., & Rabadán-Zaragoza, M. J. (2012). Tratamiento del consumo de alcohol y su prevención en prensa española desde la perspectiva del framing: El País, El Mundo, Abc y La Razón. *Revista Latina de Comunicación Social*, (67), 322–346. doi:10.4185/RLCS-067-958
- Parra, L. N., & Oliva, G. (2004). Análisis de la oferta televisiva en promoción para la salud y en salud sexual para los adolescentes. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, 10(1), 112–130.
- Patiño Restrepo, J. F. (2010). El lenguaje médico. *Revista Colombiana de Cirugía*, 25(3), 174–177.
- Pereira, J. (2003). Comunicación, desarrollo y promoción de la salud: Enfoques, balances y desafíos. In *III Congreso Nacional de Comunicación y Salud y I Congreso Latinoamericano de Comunicación y Salud en Cochabamba, Bolivia*. Cochabamba.
- Pérez Fumero, E. (2013). La enfermedad de Hugo Chávez en la agenda de medios y públicos. Análisis del hashtag #ElMundoEstaConChavez desde la teoría del “framing.” *Index.comunicación: Revista Científica En El Ámbito de La Comunicación Aplicada*, 3, 63–85. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4403471.pdf>  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4403471>
- Pérez Tornero, J. M. (2005a). Los ciudadanos y la televisión. *Analisi*, 32, 251–256. Retrieved from file:///C:/Users/Alejandro Agudelo/Downloads/15193-179914-1-PB.pdf
- Pérez Tornero, J. M. (2005b). Los ciudadanos y la televisión. *Anàlisi*, 32, 251–256.
- Personería de Bogotá. (2008). Acción de tutela. Bogotá.

- Personería, & Universidad de Antioquia. (2011). *Experiencias y lecciones de un observatorio de salud en Colombia*. (D. et al Guerra, Ed.). Medellín: Ediciones La Carreta.
- Petracca, Y. D. (2012). *Humanidades y Biomedicina. Las complejidades de su integración curricular en la carrera de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires*. Universidad de Buenos Aires. Retrieved from <http://comunicacion.sociales.uba.ar/files/2013/02/Petracca.pdf>
- Porter, D. (2011). *Health Citizenship: Essays in Social Medicine and Biomedical Politics*. San Francisco: University of California Medical Humanities Press.
- Puerta Silva, C., & Agudelo Calle, A. (2012). Modalidades de interacción en el Régimen Subsidiado de Salud en Medellín: Participación y estrategias sociales. *Hacia La Promoción de La Salud*, 17(1), 13–28.
- Puerta Silva, C., & Agudelo Calle, A. (2016). Aportes de la televisión a la formación ciudadana en el contexto de las violencias del sistema de salud en Colombia. In H. Koff & C. Maganda (Eds.), *Globalization, Violence and Security. Local Impacts of Regional Integration* (pp. 39–62). Bruxelles: P.I.E. Peter Lang. doi:10.1007/s13398-014-0173-7.2
- Ramos, C. (1995). Los medios de comunicación, constructores de lo real. *Comunicar*, (5), 108. Retrieved from [http://dialnet.unirioja.es/servlet/dfichero\\_articulo?codigo=636300&orden=77202](http://dialnet.unirioja.es/servlet/dfichero_articulo?codigo=636300&orden=77202)
- Rebollo, M. Á., & Hornillo Gómez, I. (2010). Perspectiva emocional en construcción de identidad. *Revista de Educación*, (353), 235–263.
- Renaud, M. (1978). On the structural constraints to state intervention in health. In J. Ehrenreich (Ed.), *The cultural crisis of modern medicine* (pp. 101–120). Nueva York: Monthly Review Press.
- Rideout, V. (2008). *Television as a health educator: a case study of Grey's Anatomy*. Victoria (Kaiser Fam.). Menlo Park: Kaiser Family Foundation.
- Rincón, A. (2004). Congreso Internacional Sare 2003: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado.” País Vasco: Comunidad Europea. Fondo Social europeo.
- Rincón, O., García, M. S., & Zuluaga Trujillo, J. (2008). *La Nación de los medios. Cuadernos de Nación*. Ministerio de Cultura. Bogotá: Universidad de Los Andes.
- Rizo García, M. (2012). *Imaginarios sobre la comunicación. Algunas certezas y muchas incertidumbres en torno a los estudios de comunicación, hoy*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rodríguez Rodríguez, A. (2015). *Características y cualidades del presentador de los formatos de entretenimiento en la televisión actual en España*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rojas Rajs, M. S. (2011). Salud y medios de comunicación: la seguridad social en los discursos y

- representaciones sobre salud en televisión mexicana, (19).
- Rojas Rajs, S. (2015). Roles de género y salud: discurso articulado en la televisión mexicana. *Salud Problema*, (17).
- Ruano Ruano, I., & Serra Pujol, M. E. (1997). Hábitos de vida en una población escolar de Mataró (Barcelona) asociados al número de veces diarias que se ve televisión y al consumo de azúcares. *Revista Española de Salud Pública*, 71(5), 487–498.
- Ruíz Moreno, S. L. (2003). La trivialización de la información televisiva. *Palabra - Clave*, (9), 3–13.
- Russell, C. A., & Buhrau, D. (2015). The role of television viewing and direct experience in predicting adolescents' beliefs about the health risks of fast-food consumption. *Appetite*, 92, 200–206. doi:10.1016/j.appet.2015.05.023
- Salazar Aguilar, C. M. (1996). *Factores culturales y sociales de la mujer para promover la salud familiar y la propia*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Sanches, U. H. (2004). *Modelos y Esquemas de Comunicación. Algunos acercamientos*. Medellín: Sello Editorial, Universidad de Medellín.
- Sánchez Castillo, S. (2013). Las enfermedades raras en la prensa española: una aproximación empírica desde la teoría del framing. *Ámbitos*, (22). Retrieved from <http://ambitoscomunicacion.com/2013/las-enfermedades-raras-en-la-prensa-espanola-una-aproximacion-empirica-desde-la-teoria-del-framing/>
- Sánchez Martos, J., Roskelley, S., Llorente, F., Rutz, D., & Aparicio, R. (1999). Cómo se decide la programación sobre salud en radio y televisión. *Quark: Ciencia, Medicina, Comunicación Y Cultura*, (16), 80–91. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=238678>
- Sánchez Zuluaga, U. H., Botero Montoya, L. H., & Giraldo Dávila, A. F. (2012). *Modelos de comunicación digitales*. Medellín: Sello Editorial, Universidad de Medellín.
- Sartori, G. (1998). *Homo videns. La sociedad teledirigida*. Madrid: Taurus.
- Seppilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. In E. Perdiguero & J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- Silverstone, R. (2004). *¿Por qué estudiar los medios?* Buenos Aires: Amorrortu.
- Silverstone, R. (2007). *La moral de los medios de comunicación. Sobre el nacimiento de la polis de los medios*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Singhal, A., & Rogers, E. M. (1999). *Entertainment-Education: A Communication Strategy for Social Change*. Mahwah: Erlbaum.

- Stagnaro, J. C. (2002). Biomedicina o Medicina antropológica. *Vertex*, *XIII*, 19–26.
- Strasburger, V. C. (2005). Adolescents, sex, and the media: ooooo, baby, baby-a Q & A. *Adolescent Medicine Clinics*, *16*(2), 269–88, vii. doi:10.1016/j.admecli.2005.02.009
- Tanner, A. H., Friedman, D. B., & Zheng, Y. (2015). Influences on the Construction of Health News: The Reporting Practices of Local Television News Health Journalists. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, *59*(2), 359–376. doi:10.1080/08838151.2015.1029123
- Thompson, J. (1998). *Los media y la modernidad: una teoría de los medios de comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Tristán Fernández, J., Ruiz Santiago, F., Villaverde Gutiérrez, C., Maroto Benavides, R., Jiménez Brobeil, S., & Tristán Tercedor, R. (2007). Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos. *Antropo*, *14*, 37–45.
- Tropez, F. (2000). El bit y la hormiga. Especificidades e interferencias entre lo personal y lo mediático en la comunicación. In J. M. Perez Tornero (Ed.), *Comunicación y educación en la sociedad de la información. Nuevos lenguajes y conciencia crítica*. Barcelona: Paidós.
- Tufte, T. (1993). Everyday life, women and telenovelas in Brazil. In A. Fadul (Ed.), *Serial fiction in TV: The Latin American telenovelas São Paulo: USP*. São Paulo.
- Tufte, T. (2004a). Eduentretenimiento en la comunicación para el vih/sida. *Investigación Y Desarrollo*, *12*, 24–43.
- Tufte, T. (2004b). Eduentretenimiento en la comunicación para el vih/sida. Más allá del mercadeo, hacia el empoderamiento. *Investigación & Desarrollo*, *12*(1), 24–43.
- Tufte, T. (2007). Soap operas y construcción de sentido: mediaciones y etnografía de la audiencia. *Nueva Época*, *8*(2004), 89–112. Retrieved from [http://publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/comsoc/pdf/cys8\\_2007/cys\\_n8\\_5.pdf](http://publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/comsoc/pdf/cys8_2007/cys_n8_5.pdf)
- Tufte, T. (2008). El edu-entretenimiento: buscando estrategias comunicacionales contra la violencia y los conflictos. *Intercom-Revista Brasileira de Ciências Da Comunicação*, *31*(1), 157–181.
- Varela Mejía, J. I. (2002). La dura realidad: Usos y Gratificaciones aplicada a los “Reality Shows.” *Razón Y Palabra*, (24). Retrieved from [http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n24/24\\_jvarela.html](http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n24/24_jvarela.html)
- Vargas J, J., & Molina M, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública*, *27*(2), 121–130.
- Vega Fuente, A. (1996). ¿Los medios de comunicación educan sobre las drogas? *Comunicar*, (6), 115–120. Retrieved from file:///C:/Users/Alejandro Agudelo/Downloads/Comunicar-6-Vega-115-120.pdf



- Vega Montiel, A. (2006). Género y recepción televisiva: la interacción de las sujetas y los sujetos con y mediada por la televisión. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas Y Sociales*, 67–81.
- Vega Montiel, A. (2007). Mujeres , Política y Noticiarios. El análisis de la recepción desde la perspectiva de género. *Comunicación E Ciudadanía*, (1).
- Warner, K. E. (1987). Television and health education: stay tuned. *American Journal of Public Health*, 77(2), 140–2. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1646857&tool=pmcentrez&endertype=abstract>
- Witte, K. (1994). Generating effective risk messages: How scary should your risk communication be? *Communication Yearbook*, (18), 54–68.
- Yepes Luján, F., & Ramírez Gómez, M. (2007). *Pérdidas y ganancias de las reformas en salud. Universidad, Ciencia y Desarrollo* (Vol. II). Bogotá: Universidad del Rosario.
- Yepes Luján, J. F. (2010). Ni emergencia, ni salud de la población. *Revista Gerencia Y Políticas de Salud*, 9(18), 30–40.

#### TELEVIDENTES ENTREVISTADAS

- Dora Lucía Mora, 55 años, bachiller, nivel socioeconómico medio-bajo, Medellín, 2014.
- Marta Cecilia Guzmán, 51 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio-bajo, Medellín, 2014.
- Luz Enith Franco, 31 años, primaria, nivel socioeconómico bajo, Medellín, 2014.
- Patricia García Uribe, 42 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Diana Restrepo, 45 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Amparo Galvis, 59 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Gloria Arroyave, 39 años, bachiller, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- María Ofelia Echavarría, 46 años, técnica, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Olga Saldarriaga, 64 años, bachiller, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.

- Lucía Gonzáles, 44 años, primaria, nivel socioeconómico bajo, Medellín, 2014.
- Yudy Had, 27 años, universitaria, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Carolina Aguirre, 27 años, universitaria, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Ángela Calle, 50 años, bachiller, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Luz Estela Ruíz, 64 años, primaria, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Gloria Rendón, 55 años, posgrado, nivel socioeconómico alto, Medellín, 2014.
- Dioselina Marín, 58 años, bachiller, nivel socioeconómico bajo, Medellín, 2014.
- María Cristina Mejía, 64 años, tecnóloga, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Paula Ruiz, 40 años, bachiller, nivel socioeconómico medio-bajo, Medellín, 2014.
- Ángela Calle, 50 años, bachiller, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Yudy Salomonson, 38 años, técnica, nivel socioeconómico medio-bajo, Medellín, 2014.
- Carol López, 20 años, bachiller, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Luz Dary Cano, 55 años, bachiller, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Luz Delia Carmona, 39 años, bachiller, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.
- Luz Dary Isaza, 55 años, bachiller, nivel socioeconómico medio, Medellín, 2014.

## **PRODUCTORES ENTREVISTADOS**

- Jorge Vélez, director y presentador de Los Buenos Años, 2013, Medellín.
- Laura Muñoz, comunicadora Secretaría de Salud de Medellín, 2015, Medellín.

- Fanisabel Álvarez, presentadora-experta Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014, Medellín.
- Lina Pulgarín, directora de Medellín Ciudad Saludable, canal Telemedellín, 2014, Medellín.
- Katriz Castellanos, periodista encargada de la sección de salud del Noticiero RCN, 2016, Bogotá.
- Luis Felipe Mora, Doctor S.O.S segunda temporada, canal RCN, 2014, Medellín.
- Ana Lucía Acosta, directora y presentadora Red vital, canal Teleantioquia, 2014, Medellín.
- Juan Ignacio Velásquez Gallego, director de programas de entretenimiento, Canal Caracol, 2014, Bogotá.
- Humberto Ramírez, profesor-experto en promoción de la salud, Parque de la Vida-Universidad de Antioquia, 2016, Medellín.
- Dolis Sotomayor, funcionaria de Autoridad Nacional de Televisión ANTV, 2016, Bogotá.