



Repositor Digital Institucional  
**“José María Rosa”**



Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Natalia Zampicchiatti

Las noticias sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en los medios gráficos de comunicación de la Argentina en el primer semestre de 2009 : ¿de qué hablan los medios cuando hablan de salud?

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

**Director de la tesis**

Anahí Sy

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional “José María Rosa” de la Biblioteca “Rodolfo Puiggrós” de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository “José María Rosa” of the Library “Rodolfo Puiggrós” of the University National of Lanús (UNLa)

**Cita sugerida**

Zampicchiatti, Natalia. (2013). Las noticias sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en los medios gráficos de comunicación de la Argentina en el primer semestre de 2009 : ¿de qué hablan los medios cuando hablan de salud? [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria.[fecha de consulta:\_\_\_\_]

Disponible en: [http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Zampicchiatti\\_N\\_Noticias\\_2015.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Zampicchiatti_N_Noticias_2015.pdf)

**Condiciones de uso**

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**  
Departamento de salud comunitaria

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
11ª Cohorte (2008-2010)

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER**

**TÍTULO**

**Las noticias sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en los medios  
gráficos de comunicación de la Argentina en el primer semestre de 2009.  
¿De qué hablan los medios cuando hablan de salud?**

**MAESTRANDA**

**Médica Natalia Zampicchiatti**

**DIRECTORA DE TESIS**

**Dra. Anahí Sy**

**FECHA DE ENTREGA**

**Septiembre, 2013**

**Lanús, Argentina.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**  
**Departamento de salud comunitaria**

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,  
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
**11ª Cohorte (2008-2010)**

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER**

**TITULO**

**Las noticias sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en los medios  
gráficos de comunicación de la Argentina en el primer semestre de 2009.  
¿De qué hablan los medios cuando hablan de salud?**

**MAESTRANDA**

**Médica Natalia Zampicchiatti**

**DIRECTORA DE TESIS**

**Dra. Anahí Sy**

**INTEGRANTES DEL JURADO**

**Dra. Mónica Petracci**

**Prof. Alejandro Kauffman**

**Dr. Leonardo Federico**

**Fecha de aprobación**

**13/03/2014**

**Calificación**

**10 (diez)**

**A mi Amor.  
A Anahí y Hugo.  
A mi familia.  
Y a todos aquellos que de algún modo  
participaron y colaboraron en el proceso de  
realización de esta investigación.**

## **AGRADECIMIENTOS**

La presente investigación forma parte del proyecto de investigación: “Las noticias de salud en los medios de comunicación gráficos de la Argentina durante el año 2009. Una aproximación a la prensa escrita y su relación con los principales problemas epidemiológicos que afectan a la población”, dirigido por el Dr. Hugo Spinelli durante los años 2010-2011. Por su parte, se dio continuidad a este trabajo con el proyecto de investigación: “Medios de comunicación y Salud. Un análisis de las representaciones sociales que promueve la prensa escrita sobre la Gripe A N1H1 en la Argentina para el año 2009” del programa de incentivos a docentes investigadores del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología (INCENTIVOS), dirigida por la Dra. Anahí Sy durante el año 2012, a través del cual se obtuvo la beca de investigación para graduados durante ese año. Quisiera agradecer a todo el grupo de investigación por su aporte a esta tesis.

## RESUMEN

La presente tesis tiene como propósito analizar los temas de salud abordados en la prensa gráfica de la Argentina y la correlación que existe con los problemas de salud más importantes del país. Tomamos como marco teórico para el análisis de los datos al Modelo Médico Hegemónico (MMH) propuesto por E. Menéndez, dado que nos permite analizar las características de la biomedicina y su relación con los saberes no hegemónicos. En este trabajo examinamos a los medios de comunicación dado que en la actualidad aparecen como una herramienta eficaz para lograr la expansión y hegemonía de la medicina científica. Partimos de la idea que los medios de comunicación en la actualidad son una herramienta sustancial que contribuye a la reproducción de las características del sistema social y económico vigente, y que en el ámbito de la salud reproducen las características del MMH. La hipótesis de este trabajo es que los temas abordados en los medios de comunicación gráficos no se correlacionan con el perfil epidemiológico de la Argentina, evaluado a través de las causas de morbi-mortalidad presentadas por el Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo es analizar y describir los temas de salud abordados en la prensa gráfica de la Argentina durante el año 2009 y describir su relación con el perfil epidemiológico de la población. Seleccionamos las noticias de salud de los diarios con tirada superior a 30.000 ejemplares (La Nación, Pagina 12, Clarín, El Día, La Capital, La Voz del Interior, Los Andes, Rio Negro y La Gaceta) para conformar el corpus de noticias. Definimos 31 categorías de codificación, descripción y análisis de la información. A partir de allí, construimos el “perfil epidemiológico” de los medios y lo comparamos con las estadísticas de mortalidad y egresos hospitalarios del Ministerio de Salud. Los resultados muestran escasa correlación entre el perfil epidemiológico de la prensa y aquel del Ministerio de Salud. La salud y su relación con los medios de comunicación constituyen un “proceso” que excede a los propios medios, influenciado por diversos factores tanto biomédicos, socio-culturales como periodísticos-comunicacionales por lo que la salud en los medios se transforma en un asunto relativo a la comunicación pública.

**Palabras clave:** Medios de comunicación; Modelo Médico Hegemónico; noticias de salud; perfil epidemiológico.

## ABSTRACT

This thesis aims to analyze the health topics covered in the print media of Argentina and the correlation with health problems in the country. We use as a theoretical framework for analyzing the data the hegemonic medical model (HMM) proposed by E. Menendez, as it allows us to analyze the characteristics of biomedicine and its relation to non-hegemonic knowledge. We examined the media because it is currently considered as an effective tool used to achieve the expansion and hegemony of scientific medicine. We begin from the idea that the media today is a substantial tool that contributes to the reproduction of the characteristics of current social and economic system, and that reproduces the features of the model in the field of health. From this perspective we consider that scientific medicine and the media are intertwined and take contact from different orbits. The hypothesis of this paper is that the issues addressed in the print media do not correlate with the epidemiological profile of Argentina, evaluated through the causes of morbidity and mortality presented by the National Ministry of Health. The objective is to analyze and describe the health topics covered in the print media in Argentina in 2009 and describe their relationship with the epidemiological profile of the population. We selected health news in newspapers with daily circulation of more than 30,000 copies (The Nation, Pagina12, Clarín, El Día, La Capital, La Voz del Interior, Los Andes, Rio Negro and La Gaceta) to elaborate the corpus of news. We defined 31 categories of coding, description and analysis of information. Since there, we built the "epidemiological profile" of the media and compared to mortality and hospital discharge statistics of the Ministry of Health. The results show little correlation between the epidemiological profile of the press and that the Ministry of Health. Health and its relationship with the media constitute a "process" that exceeds the media themselves, influenced by various factors both biomedical, socio-cultural and journalistic communication so health in the media becomes a relative matter to public communication.

**Keywords:** Mass media; Hegemonic medial model; health news; epidemiological profile.

## LISTADO DE FIGURAS

Figura 1: N° de noticias sobre morbimortalidad general	56
Figura 2: Referencia a las epidemias que aparecían en las noticias	58
Figura 3: Comparación entre cantidad de noticias (enero-junio) y mortalidad por grupo etario (enero-diciembre), en 2009	61
Figura 4: Nivel socioeconómico/clase o estrato social mencionado en las noticias	64
Figura 5: Distribución de noticias según referencia geográfica	66
Figura 6: Distribución de noticias de Dengue y Gripe A, por provincias	67
Figura 7: Número de habitantes por provincia, según censo 2010	68
Figura 8: N° de noticias según temática de género	69
Figura 9: Causas de mortalidad mencionadas en las noticias	72
Figura 10: Comparación de mortalidad (en porcentaje) por enfermedades infecciosas e infecciones respiratorias agudas entre los años 2008-2010, Argentina	90
Figura 11: Mortalidad por enfermedades infectocontagiosas e infecciones respiratorias agudas entre los años 2001-2010	92
Figura 12: Cantidad de noticias, cantidad de casos confirmados y cantidad de fallecidos por Gripe A en función de la semana epidemiológica mientras duró la epidemia en Argentina. Abril-Agosto 2009	93

## LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1: Comparación de categorías de mortalidad, egresos hospitalarios y noticias de salud en orden de frecuencia. Año 2009

81

## LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Cantidad de noticias, distribuidas según mes y diario, enero-junio 2009	51
Tabla 2: Temática de prevención, promoción, atención y control de la enfermedad a la que referían las noticias	57
Tabla 3: Tipo de Medicina a la que hacían referencia las noticias	59
Tabla 4: Población vinculada al PSEA a los que hacían referencia a las noticias	60
Tabla 5: Lugares geográficos de Argentina mencionadas en las noticias, por regiones	65
Tabla 6: Lugares geográficos de Argentina mencionadas en las noticias, por provincias	65
Tabla 7: Regiones Mundiales mencionadas en las noticias	69
Tabla 8: Actores sociales relacionados al PSEA que se mencionan en las noticias	70
Tabla 9: Enfermedades a las cuales hacían referencia las noticias, por grupos de enfermedades, en orden de frecuencia	73
Tabla 10: Temática de mayor mención en las noticias, consideradas individualmente, en orden de frecuencia	74
Tabla 11: Mortalidad por grupo de causas, según estadísticas oficiales, por orden de frecuencia, año 2009	76
Tabla 12: Mortalidad por causas según padecimientos específicos, según estadísticas oficiales, por orden de frecuencia. Año 2009	76
Tabla 13: Egresos hospitalarios por grupos de causas, según estadísticas oficiales, en orden de frecuencia. Año 2009	78
Tabla 14: Morbilidad por padecimientos individuales, según estadísticas oficiales, en orden de frecuencia. Año 2009	79

## LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

BSAS: Buenos Aires

CABA: Ciudad autónoma de Buenos Aires

CDC (Center for Disease Control): Centro de Control de Enfermedades

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud - Décima Revisión

DEIS-MS: Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición.

ETI: Enfermedad tipo Influenza

HIBA: Hospital Italiano de Buenos Aires

IRA: Infecciones respiratorias agudas

MdM: Médicos del Mundo

MMH: Modelo médico hegemónico

MSal: Ministerio de Salud de la Nación.

NEA: Noreste Argentino.

NOA: Noroeste Argentino.

ONG: Organización no gubernamental

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PSEA: Proceso de salud-enfermedad-atención.

SE: Semana Epidemiológica

SES: Sistema Estadístico de Salud.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

UNLa: Universidad Nacional de Lanús

UNLP: Universidad Nacional de La Plata

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

## CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>13</b>
1.1 <i>Objetivos</i>	14
1.1.1 <b>Objetivos Generales</b>	14
1.1.2 <b>Objetivos Específicos</b>	14
1.2 <i>Justificación</i>	14
<b>2. MARCO TEORICO</b>	<b>17</b>
2.1 <i>Modelo Médico Hegemónico</i>	18
2.1.1 <b>Concepción de salud y enfermedad en el marco del MMH</b>	27
2.2 <i>El Proceso Salud-Enfermedad-Atención</i>	29
2.3 <i>Los Medios de Comunicación</i>	30
2.4 <i>Antecedentes del tema</i>	40
<b>3. METODOLOGÍA</b>	<b>48</b>
<b>4. RESULTADOS Y DISCUSION</b>	<b>55</b>
4.1 <i>Caracterización general de las noticias</i>	55
4.1.1 <b>Morbi mortalidad general</b>	55
4.1.2 <b>Prevención/atención/control de la enfermedad</b>	57
4.1.3 <b>Epidemia y/o brote epidémico</b>	58
4.1.4 <b>Tipos de Medicina</b>	59
4.1.5 <b>Caracterización epidemiológica del PSEA en las noticias</b>	60
4.1.6 <b>Actores sociales que se muestran en las noticias</b>	70
4.1.7 <b>Procesos migratorios</b>	71
4.1.8 <b>Causas de mortalidad</b>	71
4.2 <i>Caracterización de las noticias y las estadísticas de morbi- mortalidad en relación con las enfermedades</i>	72
4.2.1 <b>Enfermedades abordadas en la prensa</b>	72
4.2.2 <b>Estadísticas oficiales de morbilidad y mortalidad</b>	76
4.2.3 <b>Comparación de noticias de la prensa con estadísticas oficiales</b>	80
4.3 <i>Impacto de las epidemias en las noticias de salud:</i>	89

<i>Infecciones respiratorias agudas y la comparación de la mortalidad infectocontagiosa entre diversos años.</i>	
<i>4.4 ¿Por qué se muestra este perfil epidemiológico en los medios?</i>	<b>97</b>
<b>5. CONSIDERACIONES FINALES</b>	<b>102</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>108</b>
<b>APÉNDICES</b>	<b>119</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El propósito de la presente investigación es analizar los temas de salud abordados en la prensa gráfica de la Argentina durante el primer semestre de 2009 (examinando los diarios nacionales y locales con tirada mayor a 30.000 ejemplares) y evaluar la correlación que existe con los problemas de salud más importantes del país, valorados a través del perfil epidemiológico del Ministerio de Salud de la Nación. Considerando el rol central que los medios de comunicación han alcanzado en la actualidad, el resultado de la tesis podría ser utilizado como herramienta para mejorar la política de comunicación en salud. Asimismo, para realizar el presente trabajo hemos seleccionado a la prensa gráfica dado que se considera uno de los medios de comunicación con mayor credibilidad y poder de convicción por su nivel de reflexividad y objetividad en comparación con los medios audiovisuales (Martini y Luchetti, 2004).

Las preguntas que nos formulamos para iniciar la investigación son: ¿Cuáles son los temas abordados en las noticias sobre salud y enfermedad en la prensa gráfica de la Argentina? ¿Existe correlación entre estos temas y el perfil epidemiológico que muestra el Ministerio de Salud de la Nación?

La prensa escrita presenta una proporción importante de información sobre el PSEA en forma permanente. Esta información incluye una variedad de temas que comprenden problemas de salud, tipos de atención, diversos actores sociales involucrados, acciones por parte del Estado, entre otros aspectos (Menéndez, Di Pardo, 2009). La difusión y el acento puesto sobre determinada problemática de salud opaca otras situaciones, a veces más relevantes y más extendidos en cuanto a su impacto en la salud de la población general.

La hipótesis de este trabajo es que los temas abordados en los medios de comunicación gráficos no se correlacionan con el perfil epidemiológico de la Argentina, evaluados a través de las causas de morbi-mortalidad presentadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

Estimamos que tanto la epidemiología dominante como las políticas de salud (que forman parte de lo que podemos llamar sector salud en un sentido ampliado) reflejan características del modelo médico hegemónico (MMH), elaborado por E. Menéndez para analizar las características de la medicina científica. Sin embargo, consideramos que no es solamente este sector el que se muestra impregnado por las particularidades de este modelo. La prensa escrita también estaría reflejando las características de este modelo, que se ponen en evidencia en los temas sobre salud y enfermedad abordados.

## 1.1 *Objetivos*

### 1.1.1 **Objetivo General**

Analizar y describir los temas de salud abordados en los medios gráficos de comunicación de la Argentina, durante el primer semestre de 2009, y describir su relación con el perfil epidemiológico de la población.

### 1.1.2 **Objetivos Específicos**

1. Especificar los problemas de salud que se abordan en las noticias de los diarios seleccionados.
2. Identificar en qué aspecto del proceso de atención se centra la noticia (morbilidad, mortalidad, enfermedad, salud), las enfermedades y las causas a las cuales hacen referencia las notas, los grupos etarios que aparecen relacionados al proceso salud enfermedad atención (PSEA), las regiones geográficas mencionadas, los actores sociales que aparecen y los tipos de medicina citados en las noticias para construir el “perfil epidemiológico” que muestra la prensa gráfica.
3. Comparar la información presentada en los diarios seleccionados con los datos disponibles sobre el perfil epidemiológico de la Argentina según el Ministerio de Salud de la Nación.

## 1.2 *Justificación*

La primera aproximación al tema de esta tesis es de carácter personal y surge de la experiencia de leer las noticias de salud en los medios gráficos. De manera intuitiva, surgía la percepción de que los temas sobre la salud y enfermedad que eran abordados por la prensa se relacionaban con avances científicos, con la idea de encontrar una cura para todas las enfermedades, o con aquellas enfermedades propias del primer mundo, pero que no reflejaban la verdadera situación epidemiológica de los países como el nuestro, donde las enfermedades crónico degenerativas aparecen entremezcladas con las enfermedades “infectocontagiosas”, formando un mosaico de situaciones epidemiológicas (Spinelli, 2010) que no se ve plasmada en los medios de comunicación. Surgía en mí la idea de que las enfermedades más frecuentes, que afectan a los sectores más vulnerables, y que se vinculan con procesos estructurales de la sociedad, son invisibilizados en la prensa.

Por otra parte, mientras cursaba la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), (2008-2010), me incorporo al proyecto de investigación sobre medios de comunicación y salud: “Las noticias de salud en los medios de comunicación gráficos de la Argentina durante el año 2009. Una aproximación a

la prensa escrita y su relación con los principales problemas epidemiológicos que afectan a la población” dirigido por el Dr. Hugo Spinelli. Es en ese marco que elaboro la propuesta de la presente tesis.

El trabajo busca dar continuidad al trabajo iniciado en el año 2006 en la Argentina dirigida por el Dr. Hugo Spinelli, con el asesoramiento del Dr. Eduardo Menéndez. Desde el año 2008 a 2010 se desarrolló el proyecto: “Las representaciones sociales sobre el proceso de salud/ enfermedad / atención en la prensa escrita durante el año 2006”, en el marco de un proyecto de incentivos a docentes e investigadores (UNLa). Los resultados previos de estos estudios nos permiten observar aspectos comunes en las modalidades que adopta la prensa escrita en la circulación de información relativa a salud. Los temas vinculados al Proceso de Salud/Enfermedad/Atención aparecen en términos negativos y de catástrofe.

En este proyecto, nos interesa profundizar en el conocimiento en torno a los temas de salud que más frecuentemente aborda la prensa escrita. Tomando como referente empírico las noticias publicadas en el año 2009, buscamos analizar cuantitativamente las problemáticas de salud más frecuentemente abordadas y su relación con las estadísticas de morbi mortalidad para nuestro país. Cabe destacar que existe escasa bibliografía que muestre la relación entre los medios de comunicación y las problemáticas locales en salud desde una perspectiva médico-epidemiológica por lo que intentamos aportar una mirada novedosa en este campo.

La medicina científica, y las concepciones de salud y enfermedad que dicha medicina expresa, surgen a partir del siglo XIX con los cambios políticos y sociales que se producen en las sociedades occidentales. Paulatinamente, la biomedicina fue expandiéndose y cobrando relevancia a medida que se divulga y se apropia de otros saberes y prácticas alternativas. Menéndez señala, en diversos estudios, la forma en que adquiere y utiliza esa hegemonía en función de las diferentes etapas históricas por las que atravesó el modelo y las sociedades occidentales (Menéndez, 1990, 2005).

A partir del análisis de este proceso histórico y de los rasgos que fue adquiriendo la medicina científica, Eduardo Menéndez desarrolla un esquema teórico que detalla las principales características de la biomedicina a través de lo que llamó Modelo Médico Hegemónico. En este marco describe, entre otras particularidades, los mecanismos a través de los cuales esta forma de atención logra alcanzar la hegemonía, desplazando y configurándose en un mecanismo de apropiación de otro tipo de saberes, para lograr la preeminencia sobre otras prácticas.

Consideramos que en la actualidad, los medios de comunicación se constituyen en un mecanismo a través del cual se difunde el modelo y se sostiene la expansión del sistema vigente. Los medios masivos de comunicación tienen gran influencia sobre nuestra

experiencia. Existen estudios que demuestran que constituyen una de las formas más utilizadas para acceder al conocimiento sobre algunas enfermedades (Gonzales Neto, 2006; Briggs, 2005), aunque no la única. Los individuos toman contacto con la realidad a través de la experiencia directa personal y con las relaciones más cercanas. Sin embargo, los medios de comunicación contribuyen a la formación de opiniones, ideas y creencias sobre diversos temas, entre los cuales el PSEA se encuentra entre los más destacados. A través de los medios, la población confirma creencias previas, legitima sus ideas sobre la realidad, al tiempo que construye nuevas opiniones y rechaza otras (Menéndez, Di Pardo, 2009).

Por lo tanto, los medios de comunicación en la actualidad constituyen un recurso útil para reproducir el modelo vigente, constituyéndose en un mecanismo eficaz para mantener la hegemonía del modelo (Menéndez, Di Pardo, 2009; Briggs, 2005). En este sentido, los conceptos de MMH y medios de comunicación son los ejes que desarrollaremos y que se articulan en la concepción de que los medios forman parte de los mecanismos que reproducen las características del modelo vigente.

## 2. MARCO TEORICO

En la presente tesis se analizó el “perfil epidemiológico” que construyen los medios de comunicación gráficos de la Argentina y se comparará con el perfil epidemiológico del Ministerio de Salud de la Nación.

La evaluación de este perfil y su relación con los datos ofrecidos por el sector oficial pueden ser examinadas tomando como eje para el análisis al Modelo Médico Hegemónico desarrollado por Menéndez en la década de 1980, el cual revela las características de la biomedicina. En el siguiente apartado definiremos el modelo y describiremos sus particularidades. Consideramos que este modelo da cuenta de los rasgos estructurales que atraviesan al campo médico, a través de los cuales se puede explicar las características que adquieren las noticias de salud en la prensa gráfica. En el análisis de este modelo no solo se incluye a las instituciones específicas de salud sino también otras dimensiones que toman en cuenta a los conjuntos sociales implicados en el funcionamiento del área de la salud y que en última instancia también tendrán impacto en las características que muestran las noticias de salud en la prensa gráfica. De esta manera, el MMH nos permite entender las características y la organización del campo de la salud, pero también de los intereses que se expresan a través de las noticias de salud en la prensa gráfica, de los sectores de la sociedad que se constituyen como actores sociales e influyen en los medios de comunicación y el lugar que ocupan los periodistas como responsables de la producción de las noticias.

Examinaremos los conceptos de salud y enfermedad que surgen a partir de las características del MMH y los contrastaremos con la noción de proceso salud-enfermedad-atención, ya que es desde esta posición desde la cual estaremos planteando nuestra visión crítica hacia la biomedicina. Definiremos el concepto, desarrollaremos sus características y presentaremos la corriente teórica en la cual surge. Consideramos que este concepto supera las limitaciones de los conceptos de salud y enfermedad surgidos en el marco de la biomedicina, cuestiona los enfoques predominantes y pone de relevancia la importancia de los procesos sociales en relación con la enfermedad.

Finalmente, plantaremos la discusión en torno al lugar que adquieren los medios de comunicación en la actualidad. Primero abordaremos las dos corrientes teóricas más importantes en relación con el estudio de los medios de comunicación de masas, para luego terminar con nuestro posicionamiento en relación al tema. Haremos hincapié en el debate sobre la construcción de hegemonía que plantean algunos autores respecto de los medios de comunicación, situando nuestro análisis sobre la trascendente relación existente entre los medios de comunicación y la salud, desde diferentes perspectivas.

El texto será estructurado en torno al concepto de Modelo Médico Hegemónico y su relación con los medios de comunicación gráficos, ya que consideramos que el estudio de los medios y cómo éstos son atravesados por el MMH puede contribuir a explicar los hallazgos de la construcción del “perfil epidemiológico de la prensa gráfica” y su relación con las estadísticas del Ministerio de Salud.

## *2.1 El Modelo Médico Hegemónico*

El Modelo Médico Hegemónico es un esquema teórico que permite indagar y desentrañar las características de la biomedicina, tanto en el surgimiento, el desarrollo y la evolución, como en su relación con otro tipo de saberes y su situación actual en lo que respecta al vínculo con los conjuntos sociales.

A través de este esquema y en su estudio sobre alcoholismo, Menéndez (1990) pone en evidencia que algunas características de la biomedicina (consideradas en general de carácter negativo) no son de tipo circunstancial o aislado sino que forman parte de rasgos estructurales de esta práctica como consecuencia de las condiciones de desarrollo de la misma y de la relación con los saberes considerados “subalternos”. Según este autor, el MMH es “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como la medicina científica” (Menéndez, 1990, p. 83). Este esquema teórico debe ser entendido considerando la complejidad de los procesos que se analizan, y que toman en cuenta no solo las especificidades internas de la medicina científica sino las relaciones y procesos de cambios con los otros saberes, como así también el marco histórico, económico, político y social en el que surgió y se consolidó como medicina dominante.

Cuando nos referimos a la biomedicina o medicina científica nos referimos a la medicina alopática dominante en el mundo occidental. La medicina científica emerge de complejos procesos sociales que involucran distintos conjuntos de la sociedad, se relaciona con otros saberes y grupos, y establece determinadas condiciones técnicas, sociales, económicas e ideológicas en las cuales se desarrolla. Además forma parte de un proceso social que se encuentra en permanente cambio y transformación. Estos cambios no solo implican el avance en el conocimiento científico y las mejoras tecnológicas, sino que básicamente se fundamenta en el proceso de expansión que se observa en forma constante en la biomedicina y que genera procesos de intercambio y apropiación con respecto a otros saberes (Menéndez, 2003). Es el proceso relacional con las otras prácticas lo que produce mutaciones en forma continua en la biomedicina. Por lo tanto, al describir el MMH no solo hacemos referencia a la biomedicina, la forma de atención dominante, sino también a las otras formas de atención y los mecanismos de relación entre los distintos saberes.

Como hemos mencionado, el MMH debe interpretarse como un modelo teórico. Como lo aclara el propio autor, esta concepción debe ser entendida como una construcción

metodológica de características abstractas que permite el análisis de las particularidades de la biomedicina, tomando como eje a los “rasgos que se consideran estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico” (Menéndez, 1990, p. 84).

La noción de modelo que toma el autor es la de un instrumento metodológico que nos permite examinar la realidad utilizando este esquema teórico como guía directriz. El modelo planteado permite *comprender* algunos procesos que se dan en la realidad, pero no es una descripción textual de dicha realidad. No debe confundirse la reflexión sobre algunas características de la realidad, las cuales abstraemos para conformar dicho modelo, de la realidad en sí. Este error nos puede conducir a pensar que la realidad debe ajustarse al modelo en forma cabal cuando, siendo solo una abstracción, podremos observar algunas de las particularidades del modelo, pero no el modelo en sí. Como explica Menéndez (1990, p. 85), “es solo en el nivel mayor de abstracción donde esos rasgos estructurales emergen como absolutos”. La idea de modelo tampoco debe ser entendida como un prototipo o patrón a seguir, como una norma.

La noción de Modelo Médico Hegemónico implica una concepción ideológica desde la cual se observa la biomedicina, en general desde un punto de vista crítico. Esta construcción no es una simple descripción de las características sino que conlleva un cuestionamiento sobre el saber mostrando esencialmente sus limitaciones. El desarrollo teórico que realiza el autor se despliega durante el estudio del alcoholismo e intenta mostrar las limitaciones de la práctica biomédica con respecto a este padecer. Esto no significa negar los aportes y las ventajas que ha exhibido a lo largo de su desarrollo, sino poner en evidencia que es el propio sistema el que se muestra incapaz de visualizar sus características y sus limitaciones, y por tanto desarrollar estrategias para superarlas.

Otro punto que nos parece relevante abordar es la idea de hegemonía que implica este concepto. Si bien en su concepción habitual la hegemonía supone el dominio de un elemento sobre otro, Menéndez adopta esta expresión no en términos de exclusión o eliminación de las otras prácticas y saberes, sino que pone de relevancia “el conjunto de relaciones” que se establecen entre los distintos saberes, la biomedicina y los considerados subalternos (Menéndez, 1990). Según el autor, la biomedicina genera *transacciones* que permiten explicar la relación entre los distintos modelos de atención, lo cual genera “procesos de reapropiación y rearticulaciones” por parte de los saberes subalternos sobre los saberes y prácticas biomédicas. Es decir que la hegemonía implica la preeminencia de las prácticas biomédicas sin la exclusión de los otros saberes sino a través de relaciones de complementariedad y transformación mutua de las prácticas.

En efecto, Menéndez recupera el concepto de hegemonía de Gramsci. Para este autor, la hegemonía es la prevalencia política y cultural de un grupo social sobre la sociedad entera.

A partir de la cohesión de la clase obrera, la legalización de la actividad de los sindicatos, la aparición del sufragio universal, el avance de los partidos políticos, se produjo una complejización de la sociedad, con la incorporación parcial de la sociedad civil organizada que modifica el concepto y la percepción del Estado, lo cual a su vez torna más complejas las formas de dominación de la burguesía. Las masas organizadas se interiorizan en el Estado a través de diversas formas de organización. Para un sector del marxismo, el Estado será un espacio neutral que puede ser ocupado. El Estado-instrumento ya no forma parte simplemente de las herramientas de sometimiento de la burguesía sino que la dominación de la burguesía se organiza a través de instituciones estatales en una forma más compleja que la coacción (Gruppi, 1978; Portantiero, 1999).

Sin embargo, en la primera mitad del siglo XX, y luego de la revolución rusa, Gramsci analiza esta nueva fase del Estado y de la política, y piensa el modelo de dominación estatal como una formación más compleja que el Estado-instrumento. A partir de la penetración de las masas en el Estado, se desencadena un proceso de "revolución pasiva" donde las demandas de las clases bajas son recuperadas desde las clases dominantes, lo que conduce a una eliminación de la autonomía y la iniciativa política de las clases dominadas. El Estado se torna un Estado-educador, que intenta asimilar el nivel cultural y educativo de las clases más bajas a la clase burguesa. Gramsci entonces concibe al Estado como "todo el complejo de actividades prácticas y teóricas con las cuales la clase dirigente no solo justifica y mantiene su dominio, sino también logra obtener el consenso activo de los gobernados" (Gramsci, 1975, p. 1765 apud Portantiero, 1999, p. 10). En este sentido, hegemonía no solo es dominio político y económico sino expansión cultural.

Menéndez recupera este concepto de Gramsci para aplicarlo a la idea de que la medicina científica logra la expansión a través del consenso y de la propagación de la representación de que es la biomedicina la única con legitimidad para ejercer la atención de la enfermedad.

### **La construcción de hegemonía de la biomedicina**

Las características históricas de surgimiento de la medicina científica pueden acercarnos a una explicación sobre algunas de las particularidades del MMH. Con el avance y la consolidación de la ciencia como principio rector del pensamiento a partir del Renacimiento, se entiende que los criterios positivos, derivados de las matemáticas, la física

y la química, son los únicos que aseguran un conocimiento objetivo respecto del objeto de estudio, autónomo al sujeto que investiga. Esta necesidad de ruptura o escisión del sujeto es un rasgo característico de la Modernidad, que rompe con la etapa previa caracterizada por la fusión entre el sujeto y Dios. En este contexto de primacía de los criterios positivistas como los únicos válidos para progresar en el conocimiento y acercarse a comprender la realidad, nace la medicina científica y por ende absorbe también estas normas como principio conductor (Ayres, 1993).

La medicina científica se establece como hegemónica a partir de un proceso histórico que determina ciertas características (expresados a través de las particularidades del MMH) que paulatinamente lograrán que se posicione como el modelo dominante de atención de la enfermedad, generando el desplazamiento de otras prácticas a un lugar “subalterno”. Si bien serán descriptas más adelante, entre estas características podemos destacar la eficacia, la legitimación en “criterios científicos”, la legitimación por parte del Estado y el respaldo a la posición de grupos dominantes. La biomedicina obtiene mayor eficacia en términos comparativos por sobre otro tipo de prácticas de atención de la enfermedad por lo que progresivamente diversos grupos sociales fueron demandando cada vez mayor atención por parte de este tipo de medicina. La legitimación a través de “criterios científicos” es otra de las características de la biomedicina que permitieron lograr la hegemonía. A partir de esta característica, se le atribuye a la biomedicina una mirada “autónoma, profesional y científica” (Menéndez, 2005, p.11) lo que potencia la exclusión de otras prácticas y permite, asimismo, la exclusión de los componentes sociales y económicos del análisis de las causas de las enfermedades. Cuando el Estado asume la responsabilidad de la atención de los padecimientos de la población adopta a la biomedicina como forma de atención de la salud, lo cual también genera una legitimación de esta práctica.

En ese sentido, debemos mencionar que las herramientas y mecanismos que utilizó la biomedicina para lograr hegemonía fueron modificándose a través del tiempo. En la actualidad, uno de los mecanismos que emplea la biomedicina para sostener la hegemonía son los medios de comunicación masivos (Briggs, 2005; Menéndez, 2009). Es así que la medicina científica logra dominar el discurso sobre las formas de atención de la salud y la enfermedad, con la consiguiente exclusión ideológica de otros saberes.

Menéndez describió más de veinte características del MMH (Menéndez, 1990). Entre las más destacadas, y que utilizaremos como dimensiones para nuestro análisis describiremos las siguientes:

#### 1) Biologicismo

Es la característica que domina y le otorga el rasgo más importante al modelo. Lo biológico es el factor explicativo dominante en toda la medicina científica. El eje puesto en lo

biológico determina una serie de consecuencias. Primero, los factores explicativos no biológicos son relegados o directamente suprimidos del pensamiento médico. Aún cuando son tomados en cuenta, se los asume en niveles de análisis similares a las variables biológicas. Se biologiza los factores sociales, culturales y psicológicos, subordinándolos a lo biológico, por lo que se pierde la especificidad y la capacidad descriptiva y aclaratoria de este nivel. Para la biomedicina, la enfermedad es un “hecho biológico, natural y no un hecho social histórico” (Menéndez, 1990, p. 97). El obstáculo observado en esta concepción reside en tomar lo biológico como único determinante, negando el resto de los procesos que pueden explicar los fenómenos de salud/enfermedad o quitarles su especificidad. Siguiendo este pensamiento, para Menéndez la solución no radica en generar el proceso opuesto y negar la importancia de los procesos biológicos como causales de la enfermedad, sino otorgarles un marco interpretativo mayor donde las variables biológicas y ecológicas puedan ser analizadas (Menéndez, 1990). Al mismo tiempo, relegar los contenidos propios de las ciencias sociales permite “garantizar la cientificidad del modelo” ya que las ciencias sociales están simbólicamente emparentadas con la falta de cientificidad (Menéndez, 1990, p. 96).

## 2) Concepción teórica evolucionista /positivista

El modelo supone una evolución lineal de la sociedad (y de las enfermedades), mientras defiende y se ampara en las ciencias naturales. Las doctrinas positivistas legitiman en nombre de "La Ciencia" algunas concepciones racistas y clasistas.

## 3) Ahistoricidad

En consonancia con los puntos anteriores, la medicina suprime la historicidad de los procesos en la explicación de las enfermedades. Según Menéndez (1990), la concepción dominante sostiene que lo biológico no tiene historia.

## 4) Asociabilidad

El límite en la incorporación de lo social como causalidad de las enfermedades está dado por el propio marco económico-político en el que actúa, puesto que mayores cuestionamientos a los determinantes sociales del PSEA implicarían revelar las imperfecciones y deficiencias del sistema mismo en el que está operando. Este aspecto favorece a los grupos dominantes pues encuentran en la medicina científica las causas de las enfermedades a través de las explicaciones biológicas que omiten los componentes sociales y que permiten mantener las características del sistema, sin poner en evidencia que son esas mismas características las que forman parte la génesis de las enfermedades.

Según Menéndez (1990), la omisión de los factores sociales es muy llamativa en el marco de los estudios epidemiológicos, ya que el centro de estudio de esta ciencia son los

conjuntos sociales. También en este ámbito, los factores biológicos son los que dominan y las variables de contenido social suelen estar ligadas a las primeras, perdiendo su especificidad y su capacidad valorativa de la realidad.

Asimismo, lo más llamativo en la restricción de la incorporación de lo social se observa en la práctica médica. Solo ocasionalmente se incorporó este aspecto en planes de estudio o investigaciones médicas. Sin embargo, es la práctica médica cotidiana y dominante la que aún hoy privilegia lo biológico por sobre lo social, pero no lo reconoce. La medicina se piensa a sí misma en términos técnicos, “objetivos”, aislada de los procesos sociales, ideológicos y relacionales en los que está implicada; y escindida de toda relación con el poder (Menéndez, 1990).

Para concluir podemos decir que el predominio de lo biológico, lo ahistórico y lo asocial dominan el terreno de la medicina científica y los estudios epidemiológicos.

Uno de los datos más sobresalientes que apoyan esta línea es el hecho de que los procesos laborales son permanentemente excluidos de los procesos de salud y enfermedad, y por tanto de la epidemiología y las investigaciones actuales (Menéndez, 1990, 2005). Las condiciones laborales constituyen una parte esencial de la vida de las personas, determina el ritmo de vida, las relaciones familiares y personales, y las condiciones económicas, por lo que deberían incluirse en la evaluación y explicación de los PSEA. En este sentido Menéndez (2005) plantea que es llamativo que las instituciones que más se ocupan de la situación de la salud de los trabajadores sean las organizaciones del trabajo en lugar de las organizaciones relacionadas con la salud.

##### 5) Eficacia pragmática

Por un lado, desde sus inicios, la medicina científica ha mostrado grandes avances en la eficacia, especialmente en relación a otras prácticas. Esto se da tanto en términos reales como simbólicos. En términos reales, por la aparición de técnicas y medicamentos que logran mejorar, curar o paliar un número importante de situaciones relacionadas con la enfermedad. En términos simbólicos, referido a la concepción ideológica que fue expandiéndose y dominando a todos los conjuntos sociales, relacionadas con la eficacia y supremacía de la biomedicina. Esta característica favoreció la hegemonía de este saber.

Sin embargo, si bien esto es así para un gran número de situaciones, también es verdad que durante la expansión de la biomedicina se produjeron una serie de modificaciones en las condiciones sociales y económicas (especialmente de la clase trabajadora) que afectaron positivamente la salud de la población, y que un sector del ámbito de la salud lo ha adjudicado a la eficacia de la medicina, en lugar de adjudicarlo a una mejora en el acceso a una adecuada alimentación, disminución en las horas de trabajo,

mejora en la higiene personal, expansión de intervenciones estatales de tipo sanitarias, entre otros aspectos (Menéndez, 2005).

Por otro lado, la medicina ha mostrado serias limitaciones en la eficacia sobre determinados padecimientos (principalmente problemas de salud mental, alcoholismo, drogadicción, depresión, suicidios, enfermedades laborales). Esta eficacia limitada se produce esencialmente al aplicar acciones médicas como única herramienta para algunos padecimientos que encuentran su origen en situaciones que desbordan la dimensión biológica exclusivamente. La biomedicina muestra una profunda contradicción entre la imagen que la corporación médica pretende mostrar de sí misma y la realidad materializada en estas limitaciones (Souza Minayo, 2009). Aún así, la medicina cuenta con un capital simbólico que lo relaciona con una potente eficacia, no solo en los sectores dominantes sino también en los sectores menos favorecidos que buscarán la atención biomédica para la mayoría de sus padecimientos.

#### 6) Salud/enfermedad como una mercancía

Esta característica se relaciona con el predominio de relaciones mercantilistas en el ámbito de la salud, dominadas por un mercado capitalista, desnaturalizando a los componentes de la relación médico-paciente y transformándolos en bienes de uso. Desde principios de siglo XX, el consumo tanto de medicamentos como de asistencia médica ha ido permanentemente en aumento, hasta ubicarse en la actualidad como uno de los principales mercados a nivel mundial. La producción y creación de nuevos medicamentos, la aparición de tecnología cada vez más compleja, la demanda de atención médica por parte de sectores cada vez mayores de la población son algunos de los más importantes factores que producen un incremento permanente en los costos de la salud. En forma paralela a este hecho, se observa manifiestamente el objetivo mercantilista en amplios sectores de la medicina, esgrimiendo un discurso contradictorio. Por una lado, se incentiva el consumo de medicamentos y de asistencia biomédica, asumiéndolo como un objeto de consumo (asistido en algunos casos por los medios de comunicación). Por otro lado, surge a partir del evidente aumento de los costos, un discurso de “racionalización” económica en el campo de la salud que oculta la intención de abaratar la asistencia hacia los sectores más marginales de la sociedad. Como explica Testa (2006), en muchos casos esta pretensión de economización se esconde bajo la bandera de la “atención primaria de la salud”.

#### 7) Orientación curativa

Si bien predomina el discurso donde se hace hincapié en la importancia de las prácticas preventivas, la gran mayoría de las acciones médicas y presupuestarias están enfocadas hacia procesos curativos y no preventivos.

8) Concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia

En la estructura de la sociedad, los procesos de normalización son experiencias frecuentes que, entre otras circunstancias, se aplica a los procesos de salud y enfermedad (Canguillem, 1978), no solo relacionado a cuestiones biológicas sino también sociales y culturales. La idea de salud y enfermedad remite indefectiblemente a la idea de lo que es normal y no lo es. Canguillem (1978) pone de manifiesto este pensamiento a través de lo que denomina “norma higiénica”, con la normalización del cuerpo y las conductas. Según este autor, la delimitación de los conceptos de salud y enfermedad por parte de la sociedad o un sector de ella, implica la instauración de normas, en este caso culturales, dentro de la sociedad. Estas normas cumplen la función de favorecer el control social, una de las funciones que Menéndez describe para el MMH. Cuando se selecciona una norma, ésta es utilizada como referencia y remite a un patrón elegido por un determinado grupo social. Cuando un evento relacionado con la salud y la enfermedad se aleja de ese patrón de referencia, es rechazado y considerado como una ruptura con un determinado orden de cosas.

9) Relación médico-paciente asimétrica

La distribución desigual de conocimiento produce una relación asimétrica, donde el médico es el portador del saber y el paciente quien debe ser receptor de esa práctica y esa técnica en forma pasiva. En estrecha relación con esta última característica, podemos señalar otras dos:

10) Relación de subordinación social y técnica del paciente

11) Concepción del paciente como ignorante, portador de un saber equivocado

En relación con estos dos últimos puntos, el MMH cuestiona fuertemente las formas de auto-atención y las de atención comunitaria, pues la autonomía de los pacientes en relación con lo institucionalizado disputa la hegemonía del sistema. Se tiende a la exclusión de estas actividades, ignorando la efectividad de los recursos de ayuda comunitaria e ignorando también que la auto-atención es la primera forma de atención que reciben los pacientes (Menéndez, 1990). Asimismo, los sujetos, especialmente de las clases populares, articulan e integran los saberes de la biomedicina con las experiencias de vida, las prácticas y costumbres cotidianas, las explicaciones religiosas y los saberes tradicionales, conformando un saber que les es propio y le otorgan identidad (Sacchi, Hausberger, Pereyra, 2007; Souza Minayo, 2009). En tanto demandan atención médica del sistema oficial, al mismo tiempo configuran un modo particular de relacionarse con la biomedicina ya que toman las ideas, conceptos y prescripciones que les son útiles, descartan las que

rechazan y construyen un saber específico, el cual es censurado por los profesionales biomédicos y los pacientes son señalados como ignorantes.

12) El paciente como responsable de la enfermedad

La salud se torna un bien individual y la responsabilidad de estar sano o enfermo es adjudicada al enfermo, lo cual lo coloca en un rol particular dentro del conjunto social.

13) Prevención no estructural

En las situaciones donde surge la prevención, aparece en la mayoría de los casos ligados a procesos curativos. El hallazgo de un agente biológico responsable de una enfermedad autoriza a la omisión o negación de una multiplicidad de factores estructurales que determinan a la enfermedad como marco global donde se genera la misma. En este sentido, las estrategias generadas en el ámbito de la biomedicina, en forma global, no incluyen la modificación de las características más generales del orden de lo económico, social o político (como marco de prácticas preventivas) que producen desigualdad social, desigualdad en la distribución de la riqueza, condiciones de trabajo insalubres, entre otros factores, todas éstas condiciones que determinan ciertos perfiles epidemiológicos en las distintas clases sociales.

14) Identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos.

El saber médico se identifica con los principios de una racionalidad científica autónoma y de características técnicas, manifestado principalmente a través de la dimensión biológica, separada de las relaciones sociales, económicas, ideológicas y de poder que tiene con los conjuntos sociales y las otras instituciones. Esta aparente científicidad avaló la exclusión de otros saberes y la tendencia a la hegemonía de este modelo, basado en su supuesta objetividad. Se pretende escindir al sujeto (que investiga) del objeto (investigado). Se separa al “objeto de estudio” (los sujetos) del medio (social en este caso) que lo rodeo, por lo que intenta asimilar la racionalidad de las ciencias biológicas y naturales (positivismo). Por otra parte, intenta disociar el saber médico de los condicionantes y determinantes que presenta, mostrándolo como una práctica técnica exclusivamente, sin relación con el poder, excluyendo los aspectos ideológicos y relacionales en los que está inmerso (Menéndez, 1990, 2003).

15) Tendencia a la medicalización de los problemas

El creciente desarrollo de la “medicina farmacológica” que se difunde entre los sectores de menores recursos, la expansión de la industria farmacéutica y la vigencia de la

hegemonía del modelo confluyen en la creciente medicalización de situación de la vida cotidiana que en otros momentos fueron considerados normales.

Menéndez describe más de 20 características para el modelo. Hemos seleccionado las que consideramos más representativas de las características actuales de la medicina científica. Otras fueron incluidas entre características más generales. Algunas particularidades mencionadas por Menéndez que no hemos analizado son: el positivismo, el individualismo, práctica basada en la eliminación del síntoma, la participación pasiva del "consumidor", profesionalización formalizada, tendencia al consumismo médico, predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad, tendencia a la erosión entre teoría y práctica.

### **2.1.1 Concepción de salud y enfermedad en el marco del Modelo Médico Hegemónico**

Las concepciones actuales de salud y enfermedad, en el marco de la biomedicina, están atravesadas por diversos factores, desde ideológicos, económicos, sociales y científicos, que moldean estas representaciones en las sociedades de tipo occidental. Tiene sus fundamentos en las características de la medicina científica citadas previamente, siendo los más relevantes para mencionar el biologicismo, el individualismo, la asociabilidad y la ahistoricidad, la salud y enfermedad considerada como mercancía, concepción de la enfermedad como ruptura o desviación y el paciente considerado como responsable por su enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2012) define a la Salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La definición procede de la constitución de dicha organización, consensuada durante su creación en el año 1946. La definición no ha sido modificada desde entonces. A partir de esta declaración, surgen algunos interrogantes en relación con esta proposición. ¿Es posible alcanzar un bienestar completo? ¿Cuál sería el alcance de "lo social"? ¿"Lo físico o mental" tiene el mismo grado de determinación sobre el sujeto que "lo social"?

A partir de esta descripción inicial hace ya más de 50 años, se han desarrollado diversas definiciones y análisis sobre el concepto de salud y enfermedad, que consideramos que revelan algunas contradicciones propias de la biomedicina.

Por un lado, la salud es considerada, en amplios sectores del campo de la salud, como un recurso individual que se relaciona con la idea de armonía y bienestar, y se vincula con la idea de fortaleza del cuerpo para enfrentar las adversidades de la vida. La salud es el correcto funcionamiento del organismo (Souza Minayo, 2009). Además, la salud se considera una responsabilidad individual que desvincula al sujeto de su entorno social y los

condicionamientos que trae aparejado (Menéndez, 1990; Souza Minayo, 2009). Por otro lado, la salud se considera un derecho universal de todos los ciudadanos y uno de los mayores ideales a alcanzar. Sin embargo, como en el caso de otros derechos sociales, en éste también se expone claramente la desigualdad existente en las sociedades modernas (Abramovich, Pautassi, 2008). Al haber desigualdad en la distribución de un determinado bien, se origina una disputa por obtenerlo. Por lo tanto, como expresa Souza Minayo (2009, p. 199), la salud se torna un “bien económico y cultural en disputa” ya que pone de manifiesto las disparidades al interior de cada sociedad y refleja la desigualdad en la distribución y acumulación de la riqueza.

Asimismo, en los grupos sociales donde existe mayor pobreza y marginalidad, la salud deja de tener status de derecho y pasa a ser un medio para la supervivencia. Solo cuando la pérdida de salud afecta la capacidad de trabajar, será cuando los sujetos buscan atención médica (Sacchi, Hausberger, Pereyra, 2007).

En el orden económico, la salud es uno de los motores del desarrollo, siendo uno de los ámbitos donde más conocimientos y tecnologías nuevas se generan dentro del total de la economía. Esta concepción y ubicación de la salud como nueva industria tiene estrecha relación con los intereses de las corporaciones médicas y la industria farmacéutica, quienes vehiculizan sus intereses a través de las concepciones sobre salud y enfermedad que se quieren mostrar como dominantes (Souza Minayo, 2009).

Para ilustrar esta visión podemos citar el enfoque genético de la salud. Cabral y Castiel (2003) describen cabalmente la concepción actual de la salud genética y sus alcances. Para ellos, la dimensión que ha tomado en la actualidad el paradigma de salud genética (influenciado por los medios de comunicación y los intereses económicos de grandes grupos) es de tal trascendencia que modifica la manera de pensar nuestros cuerpos. Desde esta perspectiva, el gen es considerado “la unidad de vida”, la cual es deseable descubrir y conocer. Los genes son los que determinan nuestra existencia, nuestro cuerpo. Se responsabiliza a los genes por nuestras conductas (como si existieran genes homosexuales o delincuentes o criminales) excluyendo otras posibles explicaciones y empobreciendo la interpretación de los comportamientos humanos. Implica la idea de un “determinismo genético”. Según estos autores, el cuerpo pasa a ser una maquinaria genética, relegando el cuerpo sociocultural e históricamente construido y determinado por las relaciones sociales.

Esta visión perpetúa y reivindica las explicaciones unicasales de las enfermedades (que en otro momento histórico tuvo la explicación microbiológica) en lugar de generar una apertura hacia modelos explicativos más abarcadores. La complejidad que implican los procesos modernos aún hoy en día no se toman en cuenta. Otra de las consecuencias que se desprenden de esta idea es el posible desarrollo de controles, limitaciones y

discriminación hacia un sector importante de la población en base a características genéticas. A partir de esta mirada, se intenta eliminar los procesos políticos y sociales que permiten, al tener en cuenta la diversidad de factores que influyen en la salud y la enfermedad, resolver algunos de los problemas de salud más importantes y prevalentes, haciendo hincapié en las desigualdades socioeconómicas que producen un número relevante de padecimientos. Esta concepción reduccionista a través de la salud genética tiene una amplia aceptación institucional y académica, y está firmemente avalada e influenciada por grandes grupos de poder (económico y cultural), entre los que se destacan la industria farmacéutica, las compañías de seguro y las aseguradoras de salud (Cabral y Castiel 2003; Souza Minayo, 2009).

## *2.2 El Proceso de Salud-Enfermedad-Atención*

El proceso de salud/ enfermedad/ atención puede ser definido como un conjunto de representaciones, saberes y prácticas que generan los grupos sociales para “entender, explicar, enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos” (Menéndez, 1994, p. 71).

En contraste con algunas de las características dominantes de la medicina científica, el PSEA rescata el contenido histórico y social que hace manifiesta la salud y la enfermedad (Menéndez, 1994; Valencia, 2007). Pensar los conceptos de salud y enfermedad como procesos implica entenderlos como parte del desarrollo de la cultura y la sociedad, dotado de contenido histórico que condiciona la forma en que surgen estos modelos explicativos. Según Valencia (2007, p.16), “el proceso de salud enfermedad es ante todo un problema histórico [y] su explicación eminentemente social”. No solo la idea de salud y enfermedad, sino también la atención y las prácticas en salud no son hechos aislados, sino que forman parte de una realidad social ubicada en tiempo y lugares definidos (es decir, históricamente determinados) y relacionados con las situaciones económica, política, social y cultural de cada grupo social (Sacchi, Hausberger, Pereyra, 2007; Vergara Quintero, 2007). Es decir que las problemáticas en relación con la salud y la enfermedad forman parte de un proceso que vive el sujeto, relacionado con diversas situaciones y dimensiones. Realizar un recorte social y espacial (eliminando o negando los aspectos sociales y políticos del PSEA) o temporal, como el que realizan los profesionales biomédicos en el momento de la consulta, es amputar la posibilidad de entender el evento que aqueja al paciente justamente como un “proceso”, ya que entienden a la enfermedad solamente como el retrato presente en el acto mismo de la consulta (Sacchi, Hausberger, Pereyra, 2007).

Esta perspectiva histórica intenta superar las limitaciones de otras concepciones sobre salud y enfermedad. No se trata de negar los procesos biológicos sino que las

explicaciones biológicas deben entenderse en tanto son mediadas por lo social. Las características sociales, culturales y económicas nos permiten darle un marco interpretativo global a las otras variables (biológicas, genéticas, ecológicas) sin que una sola de ellas se constituya como dominante (Valencia, 2007).

Del mismo modo, no existe un límite neto entre las desviaciones fisiológicas comprendidas en la salud y las desviaciones adquiridas que forman parte de la enfermedad (Canguillem, 1978). Así pues, el abanico de situaciones entre el polo normal de salud y el polo patológico de enfermedad está también ocupado por una serie de circunstancias generadas en respuesta al entorno que deben ser referenciadas al contexto social y que superponen estos estados de “salud” y “enfermedad” (Canguillem, 1978).

Entonces consideramos que es indispensable considerar como escenario interpretativo de los fenómenos biológicos y ecológicos a la estructuración social y a los factores económicos, culturales, políticos y sociales al considerar el PSEA. Del mismo modo, entender este abanico de posibilidades como un proceso o un conjunto de fases sucesivas de un fenómeno natural, condicionado por el marco social y cultural donde se constituye, amplifica las posibilidades de comprenderlo y por ende de operar sobre él.

El concepto de PSEA surge a partir del movimiento de la Medicina Social Latinoamericana en respuesta a la crisis de la medicina desarrollista. Este movimiento surge en América Latina en la década de 1970 y cuestiona fuertemente a la medicina hegemónica y los efectos de sus limitaciones, que fueron tornándose cada vez más evidentes. Esta corriente, de bases marxistas, retoma el papel de lo sociocultural como determinante de salud de la población, planteando que se debe entender a la salud y la enfermedad como un proceso social (Urquía, 2006). Es a partir de este movimiento que comienza a desarrollarse el concepto de “proceso salud-enfermedad-atención”.

### *2.3 Los Medios de Comunicación*

Otro de los elementos teóricos sobre los que hace eje la presente tesis son los medios de comunicación. En primer término nos parece adecuado aclarar por qué en este estudio nos centraremos en ellos. Si bien nuestra evaluación está directamente enfocada en la prensa gráfica, el sustento teórico desde el cual partimos se fundamenta en la consideración que realizamos sobre los medios de comunicación en general. Desde sus inicios, la influencia y el poder de los medios de comunicación ha sido tan importante que en la actualidad es difícil pensar los procesos sociales, económicos y políticos por fuera del ámbito de los medios de comunicación de masas.

Los medios son considerados actualmente como uno de los más importantes mecanismos de reproducción de la sociedad dominante (Briggs, 2005; Menéndez, 2009) y

fueron constituyéndose como actores clave en el ámbito público. A través de ellos, se vehiculizan relaciones de poder entre distintos grupos sociales. Esta situación también es apreciada a través de los fenómenos relacionados con el ámbito de la salud.

Los medios nos presentan a través de las noticias un conjunto de opiniones, valores, hechos y estilos de vida que progresivamente van construyendo nuestra realidad. Según Menéndez (2009), lo importante al considerar a los medios de comunicación masivos es el efecto de conjunto que generan al promocionar determinados estilos de vida y productos para consumir. Es decir que promueven modelos a seguir (relacionados con las condiciones económicas y sociales vigentes), más allá de impulsar el consumo de algún producto más que otro, y en conjunto juegan un rol esencial en la construcción de las representaciones colectivas. Es en este sentido que reproducen las características del sistema social y económico vigente (Menéndez, 2009). Según este autor (Menéndez, 2009, p. 43), “los medios son considerados como uno de los principales mecanismos de reproducción ideológica de la sociedad; de lo que es correcto y de lo que es incorrecto, de lo que es cuestionable y de lo que es aceptable”. Briggs propone algo similar cuando plantea que la comunicabilidad es una herramienta que permite “construir y naturalizar las ideologías y prácticas neoliberales” (Briggs, 2005, p. 101). En la cultura dominante que transmiten los medios se difunde ciertas significaciones que son consideradas legítimas y no son cuestionadas ni siquiera por grupos sociales que son perjudicados por las mismas. Estas representaciones que son vehiculizadas por los medios actúan moldeando los valores sociales, que permiten mantener el sistema e incluso las desigualdades existentes. Determinados rasgos del sistema económico, político y social se encuentran en los mensajes de manera naturalizada, despolitizada, por lo que son asumidos y aceptados por amplios grupos sociales sin cuestionamiento.

Asimismo, los medios de comunicación de masas se constituyen en actores claves dentro del ámbito público, por lo que se establecen como actores políticos que influyen en el acontecer de las sociedades actuales con intereses propios y colectivos. En relación con otros actores representativos, la prensa es condicionante de las características que asume el discurso sobre determinado tema (Demonte, 2011). Dispone las modalidades de expresión y la forma en que se construye la realidad. Son también reflejo de un escenario de pugna donde distintos agentes tratan de imponer sus propios puntos de vista sobre un determinado tema, siendo los propios medios de comunicación agentes de ese conflicto. Esta situación donde diversos actores con cupos de poder diferenciales se enfrentan en pos de lograr sus objetivos se muestra también en torno a los PSEA y las noticias de salud que aparecen en los medios gráficos.

Hemos centrado nuestro estudio en la prensa gráfica, no solo por la importancia que tiene en el conjunto de la sociedad, sino por la importancia que adquiere en relación con el PSEA.

En lo que respecta a nuestro objeto de estudio, el número de noticias sobre este tema que aparecen en los medios de comunicación es abundante y persistente, tanto en medios gráficos como audiovisuales, como lo señalan diversos autores (Gambaccini, Barahona y Salerno, 2011; Menéndez, 2009; Montes de Oca, 2004). De las noticias de salud que se presentan en las distintas secciones de los diarios, algunas de ellas refieren a salud de modo explícito y otras no tanto (como pueden ser los casos de adicciones de los famosos, narcotráfico, *doping*, entre muchas otras). Otra de las razones por las que nos parece pertinente encarar el estudio de las noticias de salud en los medios de comunicación es que, según diversos autores, éstos se ha establecido como una de las principales fuentes de información sobre salud y enfermedad en la población, tanto en general como en situaciones particulares para una sociedad como son las epidemias. Entre los autores que sostienen esta idea, podemos citar los siguientes: Eynard, Drovetta (2011), Frost, Frank y Maibach (1997), Gonçalves Neto (2006), Jait (2011), Menéndez (2009), Schwitzer (2005). No negamos ni menospreciamos todo otro conjunto de fuentes a partir del cual la población recibe la información sobre los PSEA, entre los que se encuentra el propio sistema de salud. Sin embargo, el estudio de la prensa escrita se basa en que, hasta ahora, no siempre se ha jerarquizado a los medios como una fuente importante de información sobre salud.

Queremos remarcar que, si bien desde un punto de vista comunicacional, es importante e interesante abordar el estudio de las diversas formas de producción de la noticia en los diferentes diarios, el lugar desde donde abordamos la presente investigación focaliza en el "efecto de conjunto" (Menéndez, 2009, p.68) de los medios de comunicación, y hemos seleccionado a la prensa escrita para ponerlo en evidencia.

Los medios no solo reproducen las características del sistema actual en materia económica, política, social. En el ámbito de la salud, Menéndez (2009) señala que los medios también reproducen las características vigentes del Modelo Médico Hegemónico. Las características del sistema de salud y los modelos de atención no son en general puestos en discusión en las noticias que aparecen en la prensa.

Otro de los especialistas sobre el tema de comunicación y salud que aporta datos en este sentido es Charles Briggs. Este autor enfoca su trabajo desde el concepto de "biocomunicabilidad", el cual describe como las ideologías y prácticas dominantes en comunicación sobre temas de salud (Briggs, 2005). El trabajo de Briggs plantea la biocomunicabilidad de manera amplia, puesto que contempla el discurso, las ideologías y las prácticas hegemónicas relacionadas con la comunicación en salud (es decir que excede el proceso de comunicación en sí) y analiza la producción, circulación y recepción de los

mensajes. Si bien nuestro enfoque es más limitado, pues solo analizamos las noticias de salud y su relación con el perfil epidemiológico, existen algunos conceptos que nos parece importante rescatar y que fundamentan la importancia de estudiar a los medios de comunicación y su relación con el PSEA.

Briggs (2005) realiza un paralelismo entre los conceptos de MMH y comunicabilidad, al plantear que la comunicabilidad permite la reproducción de las ideologías hegemónicas, ya que jerarquiza a los sujetos en función del conocimiento que poseen, la posición institucional y la capacidad para comunicar; y esta jerarquización se reproduce en las instituciones que mantienen las características actuales del campo de la salud y mantienen las desigualdades y las inequidades existentes. Así como el discurso biomédico determina posiciones y relaciones sociales, sucede algo similar con la comunicabilidad, ya que “crea y jerarquiza subjetividades” (Briggs 2005, p. 104). Los modelos de comunicación dominantes conciben a la comunicación como un proceso lineal y directo, donde hay roles encargados de producir la información y sujetos encargados de recibirla pasivamente. Esta concepción es similar a una de las características que mostramos del MMH, ya que la biomedicina plantea que el paciente es ignorante y portador de un saber equivocado y por tanto es necesario transmitirle información correcta. Asimismo, Briggs entiende que los modelos de comunicación dominantes no solo involucran a los medios de comunicación sino también a la relación médico-paciente y las prácticas hegemónicas en salud, entre las que se puede destacar la promoción de la salud. Según él, todas éstas son herramientas que permiten la transmisión lineal y vertical del conocimiento y el discurso científico.

Uno de los puntos fundamentales del concepto de biocomunicabilidad es que pone en primer plano los mecanismos y procesos intrínsecos que operan en la comunicación, que reproducen las ideologías dominantes y perpetúan las desigualdades en salud. Briggs plantea que la importancia no recae exclusivamente en el contenido biomédico de las noticias de salud sino en el modelo de comunicación en salud que reflejan y la desigual distribución del conocimiento, ya que éste construye los roles que cada actor social debe cumplir.

Según Briggs (2005), la comunicabilidad es un elemento necesario para reproducir las ideologías dominantes en el campo biomédico y epidemiológico. La comunicación y la medicina son procesos sociales que están íntimamente relacionados. Las corrientes de medicina y salud pública dependen de la comunicación para impulsar proyectos hegemónicos. “Al dejar marginados a la comunicación, dejamos intacto un importante conjunto de estrategias de reproducción de la hegemonía y la inequidad” (Briggs 2005, p. 117). Se requiere de un análisis crítico de la comunicabilidad para evitar que a través de ella se reproduzcan los presupuestos que organizan la hegemonía de las instituciones y permiten al MMH mantener su legitimidad (Briggs, 2005). Es por estos conceptos planteados

aquí que sostenemos que la comunicación es en la actualidad una de las herramientas que permiten la reproducción de ciertas prácticas dominantes.

Los diversos actores sociales que se muestran en los medios están atravesados por el MMH y forman parte de las fuentes de información para las noticias de salud más importantes. De hecho, es el propio sistema de salud una de las fuentes más significativas para las noticias de salud (Menéndez, 2009). Este hecho se relaciona con las características que irán adquiriendo las noticias de salud, puesto que son los actores inmersos en las instituciones biomédicas los que brindan la información sobre salud. López y Zitto (2010) muestran la compleja y profunda relación existente entre el sector oficial de salud y las diversas instituciones biomédicas (en este caso para el estudio particular de la comunicación durante la epidemia de gripe A). Es esperable en este caso que las noticias de salud tengan similares características que aquellos agentes que son utilizados como fuente de información.

Las noticias de salud tienen una importancia diferencial en cuanto al tratamiento periodístico con respecto a otras temáticas. La sociedad considera a la salud como un bien social, un recurso que es necesario alcanzar y sostener (Gambaccini, Barahona y Salerno, 2011; Souza Minayo, 2009). Esta representación sobre salud es ampliamente compartida por la sociedad y es por ello que se le otorga un significado singular. En este sentido, aquello que se comunica sobre salud participa de la importancia que la propia sociedad le otorga a ese bien compartido. La prensa gráfica no solo es mediador de la información sino que se posiciona como sujeto que expresa un sistema de valores. En el caso de la salud, esta valoración es de suma importancia y tendrá un impacto en la conducta de la población.

Respecto a la comunicación en el campo de la salud, encontramos dos posiciones que analizan y describen sus puntos de vista en relación con el rol y funciones del periodista, la importancia de los medios como promotores de salud, los criterios de selección de las noticias de salud, entre otros.

Por un lado, diversas organizaciones relacionadas con la salud (AMA, 2012; OPS, 1986), relacionadas con los medios (Academia Nacional de Periodismo, 2012; CNP, 1997) y numerosos autores (Harrabin, 2003; Jait, 2011; Loewy, 2011; Mudur, 2005; Schwitzer 2005) señalan la relevancia que cobran los medios de comunicación, las noticias y la información que se transmite sobre salud y enfermedad en la promoción de la salud, y el tratamiento diferencial que este tema debería tener.

En este sentido, es importante resaltar la importancia de los medios de comunicación como colaboradores en la promoción para la salud. Según la carta de Ottawa (OPS, 1986), los medios de comunicación forman parte de los diversos actores implicados en las acciones coordinadas que se requieren para favorecer las condiciones necesarias para la promoción de la salud y por tanto, deben colaborar en la transmisión de información útil para la

sociedad. De hecho, en algunos países cuentan con códigos de ética periodística que manifiestan explícitamente la relación entre el periodismo y la salud. En Venezuela, el código de ética, en su artículo 16, confirma que “el periodista deberá contribuir activamente a la salud pública” (CNP, 1997). La Asociación Médica Argentina redactó un código de ética para el equipo de salud en el que incluye en su artículo 378 la responsabilidad del periodista como agente de salud (AMA, 2012). En el mismo sentido, la Asociación de Periodistas de Salud de EE.UU. manifiesta que los periodistas tienen una responsabilidad especial en la transmisión de noticias de salud, inherente al rol propio de los trabajadores de medios de comunicación y coincide en la importancia de los medios de comunicación como fuente de información para la población (AHCJ, 2012). El Foro de Periodismo Argentina (FOPEA) continúa en una posición semejante ya que plantea que “el periodista sirve al interés público, nunca a objetivos sectoriales ni personales, y se debe considerar a la información como un bien social” (FOPEA, 2006). Por su parte el código de ética periodística de la UNESCO (Academia Nacional de Periodismo, 2012) plantea lo mismo al referirse a la responsabilidad social del periodista. Si bien no refiere explícitamente a salud, el código menciona que:

“En el periodismo, la información se comprende como un bien social, y no como un simple producto. Esto significa que el periodista comparte la responsabilidad de la información transmitida. El periodista es, por tanto, responsable no sólo frente a los que dominan los medios de comunicación, sino, en último énfasis, frente al gran público” (Academia Nacional de Periodismo, 2012).

La información en salud forma parte del “periodismo de servicio”, que puede ayudar a la población a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (Loewy, 2011). Los medios de comunicación tienen una responsabilidad social en esta temática por lo que se tornan, en cierta medida, un servicio público. En este marco, Jait (2011) plantea que, en situaciones sociales como las que se viven en una epidemia, un factor de igual relevancia que las propias políticas públicas en salud es la comunicación, para que la población disponga de información adecuada que le permita adoptar las medidas de prevención necesarias para su protección. Y agrega: “En un universo signado por la centralidad de la comunicación masiva, ningún actor puede soslayar su responsabilidad en esta tarea” (Jait, 2001, p. 140).

En la misma línea, los especialistas en comunicación sobre salud reconocen la importancia que tienen las noticias en el conocimiento de la población sobre temas de salud y la determinación de actitudes en relación con esta temática (AHCJ, 2012; Briggs, 2012; Menéndez, 2009). Harrabin (2003) y Schwitzer (2005) señalan que los periodistas deben tener en cuenta las posibles consecuencias de las noticias publicadas, dado que existe

evidencia sobre el posible impacto en la sociedad de los relatos relacionados con salud y enfermedad. Para Gary Schwitzer (2005), “los periodistas tienen la responsabilidad de reflejar exhaustiva y proporcionalmente las necesidades y problemas de la sociedad,”<sup>1</sup> (p.215). Por las características propias del tema del cual se trata –la salud y la enfermedad-, los encargados de construir los relatos tienen un rol educativo inherente al tópico que tratan. Funcionan como mediadores entre las novedades y la información brindada por agentes especializados, y el público general, incluyendo la necesidad de traducir el lenguaje científico en un lenguaje claro y preciso al que la población tenga acceso real y simbólico. Asimismo, en situaciones específicas relativas a la salud pública, los medios pueden distribuir mensajes a la sociedad en forma rápida y eficaz, pudiendo entenderse desde este aspecto como un proveedor de salud a la comunidad (Mudur, 2005).

En relación con este último tópico, podemos mencionar que la importancia de la comunicación sobre el campo de la salud se puede observar también en la producción de material informativo e instructivo sobre la comunicación en salud desde los organismos internacionales más importantes relacionados a la salud, como son la OMS y el Centro para Control de Enfermedades de EE.UU. (CDC, por sus siglas en inglés). Ambas organizaciones desarrollaron una serie de manuales sobre comunicación en situaciones de emergencia y crisis sanitarias.

Por ejemplo, el manual publicado por el CDC "La comunicación del riesgo en crisis y emergencias" en el contexto de una pandemia de influenza (2007)<sup>2</sup> busca brindar herramientas y conocimiento en comunicación para responder a una eventual pandemia severa de influenza en EE.UU., aunque, según aclara el propio manual, puede aplicarse a otros problemas de salud pública menos severos. En el mismo sentido se plantea el manual de comunicación en crisis y emergencias de 2012 (CDC, 2012). Uno de los lineamientos que proponen es que la comunicación es un componente esencial en las respuestas de la salud pública ante diversas emergencias y pone de relevancia la comunicación necesaria entre los agentes de salud pública y los medios, especialmente en momentos de crisis. Estos manuales resaltan la necesidad de mensajes claros, sencillos y precisos. Estos manuales hacen énfasis en algunas características de la población para atravesar situaciones de crisis (como la resiliencia) y en los mecanismos y cuestiones relativas a la producción de información para comunicaciones desde los estamentos oficiales. Como señala en un trabajo Briggs (2012), el Dr. Richard Besser, ex director del CDC, estuvo al frente de la campaña de comunicación que brindó este organismo durante la última epidemia de gripe A en EE.UU., poniendo en práctica los principios que ellos mismos enuncian.

---

<sup>1</sup>La traducción libre es propia del original en inglés: “Journalists have a responsibility to mirror a society’s needs and issues, comprehensively and proportionally”.

<sup>2</sup>“Crisis and Emergency Risk Communication: Pandemic Influenza”

En contraposición con esta situación, podemos observar, a través de diversas investigaciones, que en nuestro país no existió una campaña de comunicación desde sectores oficiales del ámbito de la salud, que pudiera enviar mensajes claros y precisos a la población durante la epidemia de gripe A (Álvarez et al, 2009; Eynard, Drovetta, 2011; Hortiguera, 2010; Jait, 2011).

Análogamente, el director general de la OMS, Dr. Jong-wook Lee, evidenció la importancia de la comunicación cuando plantea que "hemos tenido un gran éxito en los últimos años en el control de brotes, pero solo recientemente hemos comprendido que la comunicación es igual de crítica para el control del evento que los análisis de laboratorio o la epidemiología" (OMS, 2005, pviii).

La importancia de la temática, el impacto que producen los medios de comunicación y el uso de la prensa como fuente de información en salud y enfermedad posicionan a los medios como agentes ineludiblemente implicados en la promoción de la salud, formando parte de los mecanismos que la propia sociedad posee para mejorar la salud de la misma.

Por otro lado, diversos sectores provenientes de organizaciones oficiales sobre salud (OMS, CDC) y autores que estudian la temática de comunicación y salud (Frost, 1997; Gambaccini, 2011; Harrabin, 2003; Observatorio de la comunicación científica, 2007; Kauffman, 2011; Loewy 2001, Schwitzer, 2005) evidencian la tensión existente en el tema de los roles y responsabilidades de los periodistas y los medios, desde diversas ópticas tanto periodísticas como de salud pública. La postura anterior también se relaciona con la idea que surge en algunas situaciones sobre los medios de comunicación en donde prevalecen los criterios económicos y de noticiabilidad como únicos elementos considerados en la elaboración de las noticias de salud (Observatorio de la comunicación científica, 2007).

Existen posiciones que plantean a los medios de comunicación de manera independiente del campo de la salud, por lo que son los efectores en salud pública los que deberían adaptarse al campo periodístico (CDC, 2012; OMS, 2005). Como mencionamos anteriormente, los manuales del CDC y OMS plantean la importancia de la comunicación sobre salud, especialmente en situaciones de crisis. Sin embargo, no establecen claramente el rol de los medios de comunicación en el contexto de emergencias sanitarias (por ejemplo acercándolos a la posición que plantean los autores citados anteriormente) sino que acepta que hay que emplear los elementos que los medios de comunicación disponen y jugar con las reglas de juego de ellos. Vuelcan la responsabilidad de la comunicación en los efectores de salud pública, mientras que los medios de comunicación no son un complemento sino que "tienen su propio lugar en una sociedad libre y sus propias obligaciones con el público" (CDC, 2002). Aparece una visión instrumental de los medios de comunicación, aunque sin una responsabilidad ligada a la salud pública. Es decir que se evidencia lo que plantea Briggs (2005) en cuanto a los procesos intrínsecos que operan en la comunicación que

perpetúan las desigualdades, sosteniendo un modelo de comunicación lineal y directo, donde los sectores biomédicos son los encargados de generar la información, los medios de comunicación son entendidos como meras herramientas que permiten la difusión de la misma, en forma acrítica y apolítica, y la audiencia la recibe pasivamente. Si bien en el manual se abre un análisis sobre las características de la población en su manera de reaccionar, esto hace hincapié en el comportamiento frente a la epidemia misma y no frente a la posición y mecanismos que actúan en el momento mismo de la comunicación. En este sentido el manual de comunicación de la OMS también deja en claro que las necesidades de los medios de comunicación son diferentes.

Asimismo, aparecen desde los medios de comunicación voces críticas y antagónicas que plantean que no hay que confundir el rol de los periodistas (Schwitzer, 2005). Para algunos de ellos, la información relacionada con la salud sigue los mismos patrones que el resto de la información periodística: debe incluir un “relato”, ser atractiva para los lectores, impactante y simplemente veraz (Harrabin, 2003; Observatorio de la comunicación científica, 2007). De hecho, Harrabin plantea que las prioridades de los periodistas y los editores son diferentes de la que tienen los encargados de la promoción de la salud de la población, mientras que postula que usualmente los editores de diarios y los mismos periodistas no comparten la idea de una correlación proporcional entre las noticias de salud y los eventos que suponen un riesgo para la salud (Harrabin, 2003). Los periodistas, si bien cumplen un rol en la transmisión de información, no son los encargados de llevar adelante campañas de salud pública ni estimar la importancia social que tiene las noticias que publican (Loewy, 2011).

Una compilación reciente sobre la Comunicación y Salud en la Argentina (Petracci, Waisbord, 2011) exhibe claramente las diversas posiciones involucradas en la temática de comunicación y salud, con la consiguiente complejidad de entrecruzamiento de las diversas disciplinas que producen estos debates. En esta recopilación se muestra, a través de los diferentes artículos, la tensión que existe entre enfoques periodísticos, comunicacionales y relacionados con la salud.

En suma, quedan en evidencia los diferentes posicionamientos existentes entre los que enmarca a los medios de comunicación como actores socialmente responsables y con una función prioritaria al servicio de la sociedad en cuanto a la difusión de información veraz y precisa (más aun en temas de especial interés como la salud y la enfermedad), en contraposición con quienes sostienen que las noticias de salud forman parte de la agenda periodística de los medios de comunicación, que sigue la misma lógica que el resto de los temas. Nuestra posición coincide con la primera postura, ya que consideramos que la comunicación debería ser considerada un bien público y social, donde los medios de comunicación son las herramientas operativas utilizadas para lograrlo. El derecho a la

comunicación es esencial para la construcción de ciudadanía, involucrada en los cambios sociales que se requieren para lograr mejorar las condiciones de vida de la población, y en el ámbito de la salud, alcanzar una mejor atención en salud, equidad en el acceso a la atención médica y acceder a la información necesaria para consolidar la autonomía de la comunidad. Sin embargo, sabemos que lo que sucede en la realidad se acerca más hacia la segunda posición.

En otro orden de cosas, analizamos las corrientes históricas sobre medios de comunicación de masas. En ellos, podemos reconocer dos tendencias fundamentales con marcadas diferencias en cuanto al rol de los medios y el papel de la audiencia. Una de ellas señala que los medios son omnipotentes, pues pueden construir la realidad que vemos y observamos a través de ellos. En esta situación se considera a la comunicación como un proceso unidireccional. La otra tendencia admite solo efectos limitados de los medios y coloca el acento en el rol de la audiencia (Menéndez, 2009; Moragas Spa, 1981).

La primera de las teorías sostiene una concepción totalizante del poder de los medios. Los medios de comunicación de masas serían un espacio privilegiado de poder económico, político, ideológico y social cuyo rol es decisivo en la elaboración de la realidad que vivimos. Según los defensores de esta teoría, los medios forman parte medular de la sociedad capitalista y están manejados por los grupos de poder. En este contexto, serían los encargados de forjar el marco a través del cual vemos y entendemos la realidad (Moragas Spa, 1981), cercenando cualquier alternativa que cuestione al propio sistema. A través de ellos, se reproduce la cultura dominante y se origina el control social e ideológico (Menéndez, 2009). Además los medios tendrían la capacidad de modificar y determinar los comportamientos de la población, ubicando al público en un rol totalmente pasivo. Las audiencias (los sujetos) son permeables en forma acrítica a cualquier anuncio que emerge de los medios. Se ignora al propio sujeto y al entorno condicionante de la recepción del mensaje.

Por el contrario, la tendencia que cuestiona la omnipotencia de los medios propone que éstos tienen un efecto limitado. Uno de los componentes fundamentales de esta propuesta es la integración en los estudios comunicacionales del contexto en el que se recibe el mensaje. Esta visión incorpora varios elementos clave en el análisis de los alcances de la comunicación que condicionan la recepción del mensaje. Entre ellos, podemos mencionar a los grupos primarios, las relaciones interpersonales, el interés personal, los líderes de opinión, el nivel de instrucción formal del receptor, entre otros aspectos. Según los trabajos de Lazarsfeld, los medios de comunicación no influyen directamente en la audiencia sino que activan predisposiciones existentes previamente en el público relacionadas con su grupo social primario (Moragas Spa, 1981). Los mensajes

emitidos desde los medios son valorados en función de los estilos de vida, valores y tradiciones de cada grupo social.

La crítica más importante que se le realiza a esta corriente es que le otorga omnipotencia a las audiencias, en lugar de hacerlo sobre los medios, desdeñando el rol que juegan las estructuras sociales y de poder en la capacidad de resignificación de los mensajes. Persisten en el esquema de análisis una visión simplificada de la realidad donde el polo receptor tiene total capacidad para decodificarlo en función de sus bases culturales.

Menéndez (2009) expresa una posición intermedia a la cual nosotros adherimos. Desde esta postura se reconoce, por un lado, la importancia del poder acumulado por los medios de comunicación que los colocan en el centro de la escena social, política y económica de la sociedad actual, y por otro, se revaloriza el papel de los sujetos. Entendemos que los medios construyen un discurso sobre la realidad, jerarquizan los temas que son tratados por la opinión pública e inducen modificaciones de ciertos comportamientos. En la actualidad, los medios de comunicación se han tornado un grupo de poder político y económico, y dicha importancia no puede ser desestimada. Sin embargo, el comportamiento de los individuos y la apropiación de los mensajes están también determinados por otros elementos, entre los cuales los grupos de relaciones primarias y la cultura donde los sujetos están insertos son de vital importancia. Menéndez explica esta posición de la siguiente manera: "No cabe duda que los medios influyen pero algunos han confundido esta influencia con una omnipotencia de los medios que puede llevar a que la gente mate o se olvide de que pasa hambre" (Menéndez, 2009, p. 54).

Esta breve reseña sobre los medios de comunicación pretende mostrar la postura desde la cual observamos y discutimos la información en salud que analizaremos. Sin embargo, debemos subrayar que el análisis se realizará desde un punto de vista médico-epidemiológico, ya que es en este espacio en donde trabajamos y nos movemos cotidianamente. Nuestro enfoque no ambiciona realizar un análisis desde un punto de vista comunicacional, examinando el discurso o las representaciones sociales que muestran los medios. Asimismo, si bien existen estudios que consideren el enfoque de las noticias sobre PSEA en los medios, la mayor parte de éstos son encuadrados desde la ciencia de la comunicación, la antropología o la sociología. Es en este sentido que nos parece adecuado y novedoso orientar el estudio de las noticias de salud desde una mirada crítica pero desde un punto de vista médico-epidemiológico.

## *2.4 Antecedentes del tema*

El campo de la comunicación y la salud comprende una serie de características particulares que consideramos necesario señalar. En primera instancia, abarca a disciplinas

muy disímiles entre sí como son la ciencia de la comunicación, la antropología, la sociología, la medicina, la salud pública y la psicología. A partir de esta consideración nos enfrentamos con un primer obstáculo cuando nos ocupamos de analizar los antecedentes que se han escrito en esta materia debido a que los diversos lenguajes utilizados en los estudios de esta temática dan cuenta de las especificidades de cada especialidad. Asimismo, los enfoques de dichos estudios son también muy diversos y visibilizan aristas muy diferentes dentro del mismo campo (Pettracci y Waisbord, 2011). Esta observación la ponemos en consideración ya que, al realizar una búsqueda sobre estudios previos, nos enfrentamos con una realidad no solo amplia en número sino también heterogénea en cuanto a la disciplina que lo analiza y el enfoque que se le otorga a la investigación, y que da cuenta de las distintas posiciones disciplinarias.

Para un mejor abordaje de las investigaciones, hemos clasificado los numerosos estudios de acuerdo al tipo de abordaje, al tipo de estudio, los temas a los que hacen referencia y tipo de medio.

Entre los estudios que realizan un abordaje general sobre las noticias de salud, podemos mencionar a Montes de Oca (2004), Observatorio de la comunicación científica (2007), Spinelli et al. (2008) y Menéndez y Di Pardo (2009).

Montes de Oca (2004) aborda sólo prensa gráfica, analizando los contenidos de las noticias en dos diarios venezolanos y su relación con la publicidad. Este autor acota el análisis a las secciones de salud y lo relaciona con el contexto publicitario para mostrar cómo las temáticas presentadas a través de las noticias se relacionaban con las publicidades expuestas en las mismas secciones.

El Observatorio de la comunicación científica (2007), que depende la Universidad Pompeu Fabra, realiza un análisis de contenido de las noticias de salud, en un período de 10 años en cinco diarios españoles. Este informe “presenta una reflexión sobre la evolución histórica de lo que ha sido durante el decenio 1997-2006 el tratamiento que la prensa diaria ha dedicado a informar, opinar, difundir y profundizar en los temas de medicina y de salud” (Observatorio de la comunicación científica, 2007, p. 5).

Spinelli et al. (2008) estudian las representaciones sociales sobre el PSEA en las noticias de prensa gráfica en el año 2006. Se concentra en 9 diarios de la Argentina, tanto de tirada nacional como regional.

Menéndez y Di Pardo (2009) realizan un estudio antropológico integral sobre la prensa escrita en la sociedad mexicana que trasciende el simple análisis sobre noticias de salud y enfermedad para examinar exhaustivamente la representación de salud como catástrofe y la visión sobre salud que tiene el conjunto de la sociedad.

Por su parte, otros estudios abordan, también desde un enfoque cualitativo en prensa escrita, temáticas particulares. Eynard y Drovetta (2011) estudian el dengue en las

noticias de prensa argentina desde un enfoque comunicacional. Sobre gripe A, podemos reconocer a Briggs (2012), Hortiguera (2010), Gambaccini (2011) y Jait (2011). Briggs (2012) además del abordaje sobre noticias de salud, analiza la relación entre periodismo y profesionales de la salud. El estudio tiene como objetivo el análisis de contenido de las noticias sobre gripe A, y las posibles implicancias políticas de las decisiones tomadas por los gestores públicos basados en escasas evidencias epidemiológicas. Gambaccini (2011) realiza un análisis de las noticias en la televisión abierta, incluyendo la programación donde se difunden mensajes de salud, los anuncios comerciales y evalúa el tratamiento informativo que se le dio a la epidemia de gripe A. Este estudio, al igual que el de Jait (2011), se enmarca en la recopilación y análisis realizados por Petracci y Waisbord sobre comunicación y salud.

Carbonetti, Rodríguez (2004) investiga la temática de cólera, desde un punto de vista histórico, analizando el contenido de las noticias y su relación con la publicidad durante la epidemia de 1867-1868. Demonte (2011) estudia las noticias relacionadas con la desnutrición; y Federico, Gómez, Piacenza (2010) abordan la temática de violencia. En relación con la temática de género, encontramos a Revuelta et al (2004) y Ruiz (2004). Moreno Castro (2008) examina la controversia sobre el uso de antenas de telefonía móvil en las noticias de salud. Como podemos observar, los temas analizados en relación con medios y salud son realmente amplios.

En relación más estrecha con el tipo de análisis planteado en esta investigación, encontramos estudios que realizan una comparación de las noticias de salud con datos epidemiológicos. Frost, Frank, Maibach (1997), Harrabin (2003) y Vives-Cases et al (2005) utilizan datos de mortalidad; mientras que a Dawidowski et al (2010) realizan una comparación con el número de casos de gripe A (morbilidad). Por su parte, Menéndez y Di Pardo (2009) efectúan la comparación con ambos tipos de datos.

El estudio de Frost, Frank y Maibach (1997) analizó la prensa escrita en EE.UU. durante el año 1990. Se seleccionaron las siguientes publicaciones: *Time*, *Family Circle*, *Reader's Digest*, *USA today*, tomando una muestra aleatoria de publicaciones de cada medio. Compara el volumen (medida en cm<sup>3</sup>) de noticias destinados a hablar sobre mortalidad y sobre factores de riesgo para mortalidad en el año 1990 (cuantifica ambas categorías por separado) y lo compara con las once (11) principales causas de muerte, tomando como referencia un estudio publicado en la revista científica JAMA (McGuinnis, Foege, 1993 apud Frost, Frank y Maibach, 1997). El autor visualiza discrepancias importantes entre las causas de mortalidad y la cobertura dada en la prensa escrita. Las causas más sub-representadas fueron el tabaquismo, la enfermedad cerebro-vascular y las cardiopatías; mientras que las sobre-representadas estuvieron vinculadas con el uso ilícito de drogas, los accidentes vehiculares, los tóxicos y los homicidios. Los autores concluyen

que la discrepancia se produce por una variedad de razones, entre las que menciona la competencia de los medios de comunicación por el pública, los intereses comerciales (destaca la significativa influencia de la industria tabacalera) y factores como el relato dramático y alarmista.

Por su parte, la investigación de Harrabin (2003) analiza la cobertura de noticias sobre salud en los medios audiovisuales y la prensa escrita en el Reino Unido, con un abordaje cuantitativo. Analiza 3 programas de la BBC (dos en televisión y uno en radio) y tres diarios de tirada nacional (*The Guardian*, *The Daily Mirror* y *The Daily Mail*) con el objetivo de explorar las causas y significado del aparente desbalance entre la cobertura periodística y los problemas de salud pública. Los interrogantes planteados fueron en qué grado la cobertura periodística refleja los riesgos de mortalidad mostrados en el perfil epidemiológico y, si se considera que existe un desbalance, hasta qué punto esto importa. El período de estudio para la prensa escrita fue de octubre a diciembre de 2002. El estudio consta de una primera parte donde se entrevista a expertos de salud pública, un segundo momento donde se realiza análisis de contenido de las noticias en los medios seleccionados y una parte final donde se le preguntan a los periodistas y editores cuál es su perspectiva sobre los resultados encontrados.

En la primera parte del estudio se observó que los expertos y gestores en salud pública se muestran disconformes con la forma en que los medios abordan las noticias de salud y consideran que los medios de comunicación poseen una gran influencia tanto en el comportamiento de las personas como en las políticas públicas. En el análisis de los medios surge que las noticias se centraron en dos tópicos: la crisis del sistema nacional de salud en Inglaterra y ciertas "alarmas sobre la salud"<sup>3</sup> entre los que se incluyen riesgos para la salud pública que fueron ampliamente cubiertos pero que implicaban un pequeño impacto en términos epidemiológicos. Los temas que recibieron escasa atención fueron las medidas de prevención en salud y riesgos mayores para la salud pública como el tabaquismo y el alcohol. Luego de este abordaje inicial, el estudio de Harrabin realiza una comparación entre el volumen de noticias sobre determinada condición con el número de muertes atribuidas a ella, y elabora un índice llamado "muertes-por-número-de-noticias"<sup>4</sup> que calcula el número de personas que debieran morir por una condición dada para que amerite una noticia en la prensa. Por ejemplo, muestra que 8571 personas murieron a causa del tabaquismo por cada noticia sobre este tópico que apareció en los programas de la BBC estudiados. Sin embargo, es interesante rescatar la idea de que existe un "volumen mínimo necesario de muertes" para que una enfermedad se vuelva noticia. Los datos encontrados en la prensa

---

<sup>3</sup>Traducción libre de la autora: "Health 'scares"

<sup>4</sup> Traducción libre de la autora: "deaths-per-news-story".

escrita eran más concordantes con los problemas de salud pública que los encontrados en la prensa audiovisual.

En la última parte, surge que los periodistas y editores que fueron entrevistados manifestaban asombro y ponían en evidencia que no siempre sus intereses coincidían con la temática más importante para la salud pública, rechazando la idea de que debería existir una "proporcionalidad" entre los eventos de salud pública y el peso que tienen en los medios estas problemáticas. Harrabin (2003) concluye que al sector salud le resulta mucho más dificultoso suscitar interés por parte de los medios en problemas serios de salud pública y en riesgos para la salud como el tabaquismo, el alcohol o la obesidad, que otra temática como la crisis en los sistemas de salud. Asimismo eventos inesperados como la epidemia de gripe, que relativamente plantean un riesgo pequeño, pueden ocupar la tapa de los diarios por semanas.

Vives-Cases et al (2005) centran su estudio en la temática de género. Realizan un análisis de contenido de las noticias relacionadas a este tema en tres periódicos de tirada nacional de España (El País, ABC y El Mundo) entre 1997 y 2001, y lo comparan con la mortalidad por esta causa, observando un aumento de la cobertura periodística sobre violencia de género en relación con acontecimientos dramáticos (por ejemplo homicidios de mujeres) y respuestas/propuestas políticas vinculadas con la temática. Sin embargo, la tasa de mortalidad por violencia contra las mujeres en esa etapa se mantuvo estable. Pone en evidencia, en relación con la temática de género específicamente, la relación entre el discurso de las noticias y el contexto socio-político de dicho período, ya que diversos ministerios y secretarías fueron ocupados por mujeres que protagonizaron parte de las noticias analizadas, al promover la visibilización de la temática.

Dawidowski et al (2010) realizaron un estudio en relación a la gripe A, tomando en cuenta los casos de un hospital de alta complejidad y la representación sobre enfermedad y prevención que aparecieron en la tapa de los diarios La Nación, Clarín, Pagina 12 y diario Popular. Para ello consideraron y compararon tres fuentes: primero, los casos de gripe A cuantificados a través de los partes epidemiológicos del Ministerio de Salud; segundo, los casos que se atendieron en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), considerando tanto la demanda de atención en general como los casos con diagnóstico de enfermedad tipo influenza (ETI); y tercero, las tapas de los diarios mencionados entre 22/04/2012 y 12/07/2012. También se consideró en el estudio la publicidad oficial en medios gráficos para analizar las instrucciones sobre prevención destinados a la difusión masiva. El objetivo del estudio fue analizar la construcción de la participación social para el control de la pandemia de gripe A, evaluando la sincronía entre los discursos sobre prevención y la evolución de la epidemia en la clase media urbana de Buenos Aires.

La metodología utilizada fue una triangulación de datos cuali-cuantitativos. A partir de la tapa de los diarios, se analizó la presencia de la gripe A considerada como una fracción (expresada en porcentaje de la superficie de la tapa) y la representación de la enfermedad y la prevención realizando análisis de contenido.

Las consultas al HIBA y los diagnósticos de ETI fueron en aumento durante el transcurso y pico de la epidemia (en el mes de Junio de 2009). Con respecto a las tapas de los diarios, se observó un alto porcentaje de noticias en tapa coincidiendo con los primeros casos de gripe en el mundo (abril y mayo del mismo año). Luego se mantuvo en porcentajes bajos, incluyendo los momentos que se registró un aumento en la demanda de casos. A partir de la fecha en la que la OMS declara la pandemia, la presencia en la tapa aumenta intermitentemente con picos que coinciden con los casos confirmados por el MSal.

Cuando se analizaron las representaciones de la enfermedad, se observaron ideas contradictorias y confusas sobre la enfermedad y las consecuencias de la misma, coincidiendo con otros estudios sobre la misma epidemia (Briggs, 2012; Jait, 2011). La comunicación generó una idea de enfermedad cambiante en el tiempo, tanto por su gravedad como por las asociaciones realizadas. Se la consideró en una dimensión grave, leve, ajena y asociada a grupos vulnerables, en forma variable en el tiempo. Cuando la OMS declara la pandemia, también se repite esta observación, con referencias discordantes en cuanto a su gravedad.

En relación con el discurso de prevención, se observó que se hacía referencia a medidas preventivas en forma dispar, considerando la prevención individual y el autocuidado. Fue a partir de la declaración de pandemia por la OMS que los medios comienzan a difundir medidas de cuidado colectivo. La construcción de la participación social para el control de la epidemia de gripe A se inicia sincrónicamente con el pico máximo de demanda de atención de urgencia y diagnósticos de ETI registrados en el HIBA. En este estudio, podemos observar nuevamente el discurso cambiante, contradictorio e impregnado de incertidumbres, como también el retardo en la comunicación sobre prevención en relación al pico de casos.

### **Hallazgos en común**

A pesar de esta aparente diversidad entre los diversos enfoques (temas abordados, visiones disciplinarias, etc.), encontramos un dato en común: la importancia relativa que se le otorga al tema de la salud en la prensa. Esta importancia relativa justifica, según algunos análisis –y como hemos planteado en párrafos anteriores-, un trato diferencial de estas noticias en los medios de comunicación. Si bien en nuestra investigación no realizamos un análisis de discurso o de contenido, nos parece importante rescatar algunos conceptos que comparten las investigaciones citadas. En primer lugar, una parte de las investigaciones

consideran que la información sobre salud es presentada de modo alarmista, acompañado de un relato espectacular, y que se presenta el tema de manera atractiva para los lectores (Dawidowski et al, 2010; Gambaccini, 2011; Hortiguera, 2010; Jait, 2011; Menéndez, Di Pardo, 2009; Montes de Oca, 2004; Revuelta et al, 2004; Spinelli, 2008). En muchas ocasiones, la construcción del discurso de la noticia se realiza en base al temor (Jait, 2011). Esto se acompaña en ocasiones de una descripción sorprendente de los acontecimientos ligados a la salud, de tal modo que aparece la noticia como sorpresiva, inédita (Eynard, Drovetta, 2011). Hay una recurrencia del uso del lenguaje bélico-militar como metáfora de los acontecimientos médicos (Eynard, Drovetta, 2011).

En segundo lugar, la información presentada es poco clara, insuficiente, falsa o perjudicial para la salud (Gambaccini, 2011; Montes de Oca, 2004; Revuelta et al, 2004). Con respecto a las fuentes, se observó que utilizan fuentes imprecisas o no citan fuente alguna, se prioriza el uso de fuentes vivas frente a las documentales o toman como referencia a personas afectadas, homologando a los pacientes/damnificados y su experiencia personal con la situación de las fuentes médicas o políticas (Gambaccini, 2011; Hortiguera, 2010; Jait, 2011; Montes de Oca, 2004; Spinelli, 2008). También se menciona la escasa diversidad en la selección de fuentes (Montes de Oca, 2004; Observatorio de la comunicación científica, 2007; Ruiz et al, 2004). Estos hallazgos son comunes en diferentes países del mundo dado que una parte de las investigaciones citadas son extranjeras. Otra característica en la que coinciden diversos estudios es que la prensa muestra contradicciones e incertidumbre en la información presentada en las noticias de salud (Briggs, 2012; Jait, 2011). Esto cobra especial relevancia en momentos de epidemias, donde, como se menciona en los manuales de comunicación y salud, la población debería recibir información precisa y clara.

Un dato relevante que surge en una parte de estos estudios es el rol central del sector salud (considerado en forma amplia) tanto como fuente de información en las diversas noticias de salud como en el rol conductor ante situaciones de crisis (Eynard, Drovetta, 2011; Jait, 2011). En estos casos, se incluyen como fuente a los sectores oficiales, las sociedades científicas y los especialistas, tanto nacionales como internacionales. Este punto se relaciona con lo expuesto anteriormente en la presente investigación ya que este sector representa en forma casi exclusiva a sectores provenientes de la medicina científica, por lo cual podríamos suponer que en la prensa se ve reflejado el dominio de este tipo de atención de la enfermedad. Sin embargo, esta observación sobre el sector salud como fuente de información jerarquizada en los medios entra en contradicción con el hecho de que, en determinadas situaciones –como las epidemias que surgieron en nuestro país en el año 2009-, el sector salud (en su mayoría, el sector oficial) es severamente cuestionado por su accionar (Briggs, 2012; Eynard, Drovetta, 2011; Hortiguera, 2010; Jait, 2011). Este hecho

está íntimamente ligado a la proximidad ideológica del medio de comunicación con las políticas oficiales (Briggs, 2012; Hortiguera, 2010).

Otro de los puntos observados en los estudios analizados reside en la influencia de la industria químico-farmacéutica en relación con la presentación de noticias de salud, como también la relación con la publicidad de sus productos, en cuanto a la configuración que toman las noticias y el enfoque seleccionado (Carbonetti, Rodríguez, 2007). En este sentido cabe mencionar que se evidencia en algunos estudios la relación entre noticias de salud y publicidad, o productos comerciales disfrazados en las noticias de salud (Carbonetti, Rodríguez, 2007; Gambaccini, 2011; Montes de Oca, 2004). Al respecto cabe señalar que Menéndez y Di Pardo (2009) plantean que uno de los sectores que más se beneficia al presentar la información en salud de modo alarmista y catastrófico es la "industria químico-farmacéutica", con la venta de medicamentos que se promueve a través del temor/riesgo en que se halla la población.

También podemos resaltar que en algunos estudios se observó la responsabilidad que se le otorga en el discurso periodístico a las víctimas/paciente, tanto de manera individual como colectivo, enunciando a los ciudadanos como "responsables" o "colaboradores" (Eynard, Drovetta, 2011; Jait, 2011; Ruiz et al, 2004).

Por último, surge en algunas investigaciones la vinculación entre sector salud y medios de comunicación, en una relación bidireccional donde el sector salud constituye una fuente para los medios a la vez que da origen a críticas y opiniones mientras que éstos se establecen como mecanismos de transmisión de información, traductores del cerrado lenguaje científico para el público lego e incluso marcan el ritmo vertiginoso de la dinámica de situaciones de crisis (Briggs, 2012; Hortiguera, 2010; Jait, 2011). También las prioridades y decisiones del sector salud pueden ser ampliamente influenciadas por la tematización de los medios, ya que la prensa escrita funciona como mecanismo para establecer temas en la agenda pública (Frost, Frank y Maibach, 1997; Harrabin, 2003). Si bien se plantea la brecha existente entre la cobertura periodística y la realidad epidemiológica, Briggs (2012) esboza que, para el caso de la epidemia de gripe A, la cobertura periodística es co-producida por el sector salud y la prensa en forma conjunta a través de complejas y extensas interacciones entre ambos sectores, en lugar de ser una transmisión deficiente del conocimiento científico por parte de los medios de comunicación.

Para finalizar podemos decir que una búsqueda exhaustiva realizada en diferentes archivos bibliográficos permitió identificar que en nuestro país no existen antecedentes de investigaciones con las características de nuestro estudio, aunque hay trabajos que abordan las relaciones entre Comunicación y Salud desde otras perspectivas.

### 3. METODOLOGÍA

A fin de cumplir con los objetivos planteados, inicialmente nos propusimos construir el “perfil epidemiológico” que aparece en la prensa gráfica de la Argentina a partir de las noticias referidas a salud y enfermedad que se muestran en todas las secciones de los principales medios de comunicación gráficos de tirada nacional para el primer semestre de 2009. Para ello seleccionamos una muestra de diarios que incluye aquellos de tirada superior a los 30.000 ejemplares según el Instituto Verificador de Circulaciones: La Nación, Clarín y Página 12 (a nivel nacional) y los diarios del interior El Día (La Plata, Buenos Aires), La Capital (Mar del Plata, Buenos Aires), La Voz del Interior (Córdoba), Los Andes (Mendoza), Río Negro (Río Negro) y La Gaceta (Tucumán).

En investigaciones previas (Spinelli, 2008), se debieron afrontar una serie de dificultades a la hora de buscar el material periodístico. En la búsqueda en papel en diferentes hemerotecas, se pueden mencionar que existían numerosos problemas debido al mal estado del material, a la pobre clasificación y organización del mismo, a la frecuente ausencia de ejemplares y los problemas presentes a la hora de obtener la duplicación (tipo fotocopia) de los artículos (debido a la demanda de los usuarios, a la gran cantidad de notas encontradas y a la imposibilidad de realizarlas cuando los diarios se encontraban encuadernados). Asimismo, la búsqueda electrónica en los sitios oficiales de los diarios en Internet devolvía una enorme cantidad de resultados inútiles, a pesar del uso de filtros y de distintas estrategias de búsqueda.

Debido a estas dificultades, se optó por trabajar con la base de datos de InfoSalud® (ver apéndice A), que se adquiere en formato electrónico, para la selección de las noticias. La muestra de noticias analizada incluye todas las noticias de salud de los diarios seleccionados, independientemente de la sección en que se encuentren. Los ejes temáticos dentro de los cuales se definieron las diferentes variables para el análisis de noticias fueron:

1. “Perfil epidemiológico”: Se incluirán los problemas de salud que se abordan en las noticias (tipos de enfermedades), los aspectos del proceso de atención en que se centra la noticia (morbilidad, mortalidad, salud, enfermedad), los grupos etarios que aparecen relacionados al PSEA y las regiones geográficas mencionadas para construir dicho “perfil epidemiológico”.
2. Temáticas de atención y de prevención de la salud y representaciones que emergen respecto a los servicios oficiales, privados y de la seguridad social; consignando si refiere a prevención, atención de la salud, control de la enfermedad; al tipo de medicina que involucra (medicina pública, privada o de obra social; medicina oficial o medicinas

alternativas o tradicionales) y las respectivas representaciones generadas en estas categorías.

3. Sujetos y grupos de la sociedad civil en las representaciones sociales acerca del PSEA de la prensa gráfica.

A partir de esos ejes temáticos y de las investigaciones realizadas previamente en México y Argentina por Menéndez y Spinelli, se definieron 31 categorías de codificación, descripción y análisis de la información, que a su vez se abrían en diferentes sub-categorías (ver Apéndice B: Categorías para la codificación de noticias).

El universo de categorías es el siguiente (las definiciones se encuentran en el apéndice C):

- 1) Morbi mortalidad general
- 2) Epidemias/brotos y focos epidémicos
- 3) Grupos de enfermedades
- 4) Causas de enfermedad y mortalidad
- 5) Grupos etarios
- 6) Género/sexo
- 7) Rural/urbano
- 8) Nivel económico/ocupacional/estrato o clase social
- 9) Niveles Educativos
- 10) Pertenencia religiosa
- 11) Grupos étnicos
- 12) Migración
- 13) Provincias y Regiones
- 14) Regiones mundiales
- 15) Grupos y sectores de riesgo
- 16) Prevención /atención/Control de la enfermedad
- 17) Condiciones de salubridad
- 18) Tipo de Medicinas
- 19) Población sin cobertura y población asegurada
- 20) Niveles de atención
- 21) Políticas de salud
- 22) Auto-atención de la salud
- 23) Medicamentos
- 24) Personal de salud
- 25) Formación médica
- 26) Papel de la comunidad en proceso s/e/a

- 27) Salud y derechos humanos
- 28) Los medios masivos
- 29) Investigación en salud

Consideramos necesario remarcar que, en referencia a la “morbi mortalidad general”, durante la codificación hemos realizado una diferenciación, a veces arbitraria, entre mortalidad y enfermedad, con la intención de poder comparar los datos con los presentados por el sector salud, que se exponen en términos de morbilidad y mortalidad. En gran parte de las noticias, la información periodística se presenta sin una clasificación nítida, por lo que hemos optado por codificar la noticia en mortalidad, cuando se refería a ella, aunque obviamente también fuera referida la enfermedad.

Se confeccionó una planilla de registro que favoreció la codificación, descripción y análisis de la información teniendo en cuenta diversas categorías, definidas según el “perfil epidemiológico”, la temática de atención y promoción de la salud, y los sujetos y grupos de la sociedad civil representados.

Una vez definidas estas categorías y los criterios de inclusión, se realizó la validación del método de codificación. Para ello, se realizó una prueba piloto entre los investigadores que realizaron la codificación de la información que formaban parte de la investigación central. En paralelo, cada investigador codificó las mismas noticias para evaluar similitudes y diferencias a fin de asegurarse los mismos criterios de clasificación. Cuando se encontraban discrepancias, se discutían las definiciones de las variables utilizadas para lograr una misma definición. Una vez lograda la homogeneización en la codificación de las noticias, los investigadores continuaron en forma independiente hasta completar las noticias del primer semestre del año 2009.

A partir del corpus de datos resultantes de la codificación, se seleccionaron para su análisis en profundidad algunas variables que nos permiten reconocer los temas de salud abordados en los medios gráficos de comunicación de la Argentina y los aspectos del PSEA en los que se focaliza (morbilidad, mortalidad, salud, grupos etarios, regiones geográficas) a fin de construir el “perfil epidemiológico” que muestra la prensa gráfica.

Las variables utilizadas para realizar el análisis cuantitativamente fueron:

- El tema general de la noticia (morbi mortalidad general)
- Epidemias/brotos y focos epidémicos
- Enfermedades a las cuales hacen referencia la noticia (a través de las categorías enf./muerte por infectocontagiosas, crónico-degenerativas, salud reproductiva, violencias, problemas alimentarios, dolores, discapacidades, enf. mentales, adicciones, enf. dentales, enf. por contaminación, enf. tradicionales)
- Causas de mortalidad citadas

- Población afectada/población en riesgo Para analizar a la población involucrada en el PSEA, se ha tomado en cuenta en forma conjunta dos categorías de la codificación: las noticias que hacen referencia a los grupos afectados por un determinado padecimiento y aquellas que hacen referencia a grupos o poblaciones en riesgo de contraer enfermedades. Se combinaron ambas categorías.
- Nivel socioeconómico
- Temática de prevención/promoción/atención/control de la enfermedad
- Lugar geográfico (zonas geográficas y provincias): Se combinaron ambas categorías.
- Tipos de medicina
- Actores sociales involucrados (Papel de la comunidad en el PSEA)

El número total de noticias fue de 5026. Todos los días del año se presentó información sobre salud. Se distribuyeron de la siguiente manera en función de los meses y los diarios seleccionados (tabla 1):

Tabla 1. Cantidad de noticias, distribuidas según mes y diario, enero-junio 2009.

<b>Mes</b>	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
<b>Diario</b>							
Clarín	97	79	133	173	190	134	806
La Nación	86	95	130	207	203	166	887
Página 12	69	33	79	104	132	112	529
El Día	114	71	130	208	170	185	878
La Gaceta	60	17	35	53	52	47	264
Río Negro	90	66	93	117	103	123	592
Los Andes	11	16	41	81	64	44	257
La Capital	38	25	25	49	46	56	239
La Voz del Interior	63	52	99	145	93	122	574
<b>TOTAL</b>	<b>628</b>	<b>454</b>	<b>765</b>	<b>1137</b>	<b>1053</b>	<b>989</b>	<b>5026</b>

Fuente: Elaboración propia

Una vez construido el “perfil epidemiológico” de los medios, en una segunda etapa, se recurrió a la búsqueda y análisis de las estadísticas de morbi-mortalidad oficiales disponibles para nuestro país: La morbilidad hospitalaria y las estadísticas vitales de mortalidad. Las fuentes de datos del Ministerio de Salud utilizadas fueron los informes del año 2009 sobre las estadísticas vitales y egresos hospitalarios (Ministerio de Salud de la

Nación 2009c, 2009d), elaborados por la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS-MS).

Las estadísticas vitales muestran las causas de muerte para todo el territorio de la Argentina. Desde 1997, el Ministerio de Salud adopta para la categorización de las causas de mortalidad la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud. El criterio de selección de la causa de muerte se basa en la causa primaria que operó como desencadenante del proceso que condujo a la muerte, que se denomina causa básica (Ministerio de Salud, 2009d).

Las estadísticas de egresos hospitalarios exponen las causas que se consignan al alta de los pacientes. Refleja el proceso morboso actual del paciente. También adopta la CIE-10 para la tabulación de enfermedades. Se trata de la información acerca de la morbilidad en internación en establecimientos oficiales, ya que no existen datos confiables sobre morbilidad ambulatoria. Esta información tiene algunas limitaciones con respecto a cobertura, debido a que los establecimientos dependientes de Universidades Nacionales y de los subsectores Obras sociales y privados no informan al Sistema Estadístico de Salud (SES). Además estos datos pueden presentar un cierto sesgo, siendo que pueden existir enfermedades con alta frecuencia que, sin embargo, presentan baja internación. Como ejemplo vale destacar el caso de la diabetes o la obesidad, enfermedades que son de alta prevalencia pero que no es de notificación obligatoria<sup>5</sup> y solo se interna cuando el paciente presenta alguna complicación.

A pesar de las restricciones mencionadas, las estadísticas de egresos hospitalarios son la única fuente de datos confiable sobre morbilidad con la que contamos en la actualidad. Por lo tanto este análisis pretende ser solamente una aproximación a las condiciones y problemas de salud en Argentina.

En una última etapa se realizó la comparación entre los resultados obtenidos (el “perfil epidemiológico” construido a partir de los medios de comunicación) y los datos provenientes del sistema de estadísticas del Ministerio de Salud, para analizar si existe una correlación entre ambos y determinar si los temas abordados en los medios gráficos tratan sobre las enfermedades de mayor morbi-mortalidad de la Argentina.

---

<sup>5</sup> Las enfermedades de notificación obligatoria son aquellas que se consideran de vital importancia para la salud pública de un país y por tanto se exige que estas enfermedades sean denunciadas a la autoridad pública competente en el momento que son diagnosticadas por parte de los médicos o laboratorios. A través de las notificaciones se obtienen datos estadísticos que permiten determinar la prevalencia e incidencia de las enfermedades, tanto infecciosas como no infecciosas.

Para ello, se efectuó la homologación de las categorías de las tres fuentes utilizadas, con el fin de equiparar los contenidos de las categorías para poder realizar las comparaciones pertinentes (Ver apéndice D).

Cabe señalar que si bien ambas fuentes utilizan el mismo criterio de clasificación de las enfermedades (CIE-10), el dato que refleja cada una de ellas es diferente. En un caso, se muestra el proceso actual y último que produjo la enfermedad (morbilidad) mientras que el otro muestra la causa primaria que inició el proceso (mortalidad). Es por ello que no son comparables ambas estadísticas. Lo que realizamos en este trabajo fue la comparación entre el consolidado de noticias ("perfil epidemiológico de los medios") y la mortalidad o morbilidad en forma independiente, ya que estas dos últimas no son comparables entre sí.

Con respecto a este procedimiento, consideramos necesario realizar algunas aclaraciones. Se han tomado como guía para la homologación a las categorías utilizadas en las estadísticas vitales, que a su vez se fundamentan en la CIE-10. Sin embargo, debemos mencionar algunas salvedades. En primer término, las IRA, segunda causa de muerte en forma individual, se agruparon con las enfermedades infecciosas y parasitarias en lugar de hacerlo con las enfermedades respiratorias, como lo hacen las estadísticas vitales y el CIE-10. Esto se debe a que, por un lado, en las categorías utilizadas para el análisis de las noticias, las IRA se encontraban categorizadas entre las enfermedades infecciosas, por lo cual, fue más asequible el abordaje metodológico. Por otro lado, consideramos que el grupo de enfermedades infecciosas sin la categoría de las IRA, una de las principales causas, está subestimado.

En segundo lugar, existen algunas categorías que no pudieron ser comparadas, debido a que no existían en los tres registros. Como ejemplo podemos mencionar a la enfermedad de Alzheimer, apendicitis, hernias y obstrucción intestinal, enfermedades del sistema urinario, enfermedades metabólicas. Sin embargo, éstas son escasas en números e indudablemente no son las causas principales de muerte o internación ni la temática más importante en las noticias. Sin embargo, se han agrupado en la categoría "otras causas", por lo que el total de los registros no se ve afectado.

Se han agrupado en total 11 categorías por grupos de enfermedades (enfermedades infecto-contagiosas; tumores; cardiovasculares; diabetes; deficiencias nutricionales; trastornos mentales y del comportamiento; malformaciones congénitas; violencias; embarazo, parto y puerperio; enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del hígado). En este sentido podemos señalar que las categorías del registro de codificación "Enfermedades mentales" y "adicciones" fueron asociadas en la categoría "trastornos mentales y del comportamiento", dado que en los registros oficiales ambos tipos de padecimientos se encuentran agrupados. En cuanto a la categoría "Violencia" (causas externas), queremos mencionar que existen dos formas de abordar la clasificación: por las

lesiones orgánicas que producen (por ej.: traumatismos de cráneo) o por la intensidad del hecho (por ej.: suicidio, lesión intencional, accidente de tránsito). En la CIE-10, existen ambas formas de clasificación como grupos separados. En las estadísticas vitales, se enumeran según la intención y en las estadísticas de egresos hospitalarios se enumeran según la lesión orgánica. Para este trabajo, hemos realizado una única categoría denominada "Violencia" que agrupa ambas formas de denominación, dado que consideramos que son equivalentes (una determinada intención, por ej. accidente de tránsito, produce un cierta lesión, por ej. traumatismo de cráneo), por lo que no se superponen y nos permiten comparar las noticias con las otras dos fuentes con las que realizamos esta investigación. Hay que remarcar, sin embargo, que solo puede ser comparada como categoría general sin considerar las subcategorías.

En las estadísticas oficiales, y en cada agrupamiento de enfermedades (por ejemplo, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio) figura la categorías de "otras enfermedades" que constituyen un grupo dispar de padecimientos. Esas categorías no fueron incluidas cuando se realizó la comparación individual de enfermedades dado que consideramos que forman parte de un conjunto heterogéneo de afecciones que no permiten analizar las etiologías concretas de lo cual se muere o enferma la población. Por lo tanto, fueron incluidas entre las "otras causas" y solo se incluyeron como categorías en la tabla las enfermedades o trastornos específicos, según la homologación de categorías realizadas entre las tres fuentes (como fue descripto previamente).

Otra aclaración pertinente es que realizamos la comparación entre mortalidad y egresos hospitalarios de todo el año 2009 frente a las noticias de salud de los primeros 6 meses de dicho año. Si bien los períodos de tiempo seleccionados no coinciden plenamente, valoramos que la comparación es válida en la medida en que estimamos que la selección de noticias realizada de los primeros 6 meses muestra una tendencia de resultados sólida como para efectuar dicha comparación.

Asimismo, el corpus de noticias incluye dos grandes epidemias que sucedieron en nuestro país en ese mismo año. Nos referimos a la epidemia de dengue, que tuvo lugar entre los meses de febrero y junio; y la epidemia de gripe A H1N1, que tuvo lugar entre los meses de mayo y agosto. Ambos padecimientos son de tipo infectocontagioso. Si bien los medios de comunicación gráficos reflejan esta situación en las noticias de salud, evidenciado a través del elevado número de noticias que refieren a "enfermedades infectocontagiosas" y "dengue" e "Infección respiratoria aguda", advertimos que estas epidemias no se vieron traducidas en un aumento significativo de la mortalidad ni de los egresos hospitalarios por estas causas. Este punto se amplía unos párrafos más adelante.

## 4. RESULTADOS Y DISCUSION

Esta parte del texto presenta los resultados de la caracterización general de las noticias sobre el PSEA en el corpus de noticias en función de las variables que suele utilizar la epidemiología para describir el PSEA, a la vez que discutiremos algunos hallazgos en nuestro trabajo. Describiremos el tema general de la noticia, cuál es la temática de prevención/atención/control de la enfermedad que aborda la prensa, qué tipos de atención de la enfermedad describe, cuáles son las poblaciones afectadas por los problemas de salud que mencionan los diarios y cuál es el nivel socio-económico de esta población, cuál es la ubicación de los problemas de salud que se citan, quiénes son los actores sociales que se expresan, y cuáles son las causas de mortalidad más mencionadas.

En una segunda parte, describiremos los problemas de salud que presenta las noticias, realizando una descripción detallada de las diferentes enfermedades que se abordan en las noticias y lo compararemos con la información de morbilidad y mortalidad generada por el Ministerio de Salud para observar las similitudes y diferencias entre la mirada periodística y la mirada biomédica.

Antes de comenzar, consideramos necesario reflexionar sobre la influencia de las epidemias de gripe A y dengue en el periodo estudiado. Si bien los datos oficiales de morbi mortalidad no han sufrido grandes variaciones por estas epidemias, como veremos más adelante, la influencia que tuvieron estas dos contingencias epidemiológicas en los medios fue muy alta, por lo cual aparece claramente en las noticias de salud y en su análisis el peso de las epidemias. Esto puede observarse en diversas categorías como la mención a las epidemias o brotes epidémicos, las regiones geográficas mencionadas (influidas por los diversos territorios en donde tuvieron lugar los brotes), y, por supuesto, las noticias más mencionadas. Dengue e IRA son las dos enfermedades más mencionadas en forma individual. Más adelante, confrontaremos los datos de las noticias con aquéllos que muestra el ministerio. Estos dos procesos que vivió el país a nivel sanitario pueden funcionar a modo de ejemplo para reflexionar sobre los diversos factores que influyen y determinan las características de las noticias, dado que si bien existió una contingencia epidemiológica que se mostró en la prensa, los datos de morbilidad y mortalidad no han sufrido grandes variaciones con respecto a otros períodos. Este tema lo desarrollaremos a lo largo de la exposición de los resultados.

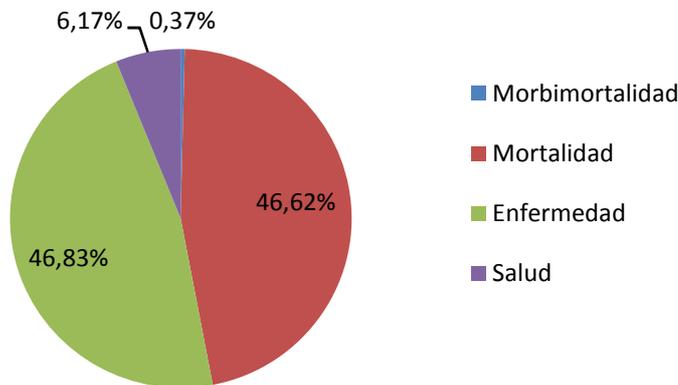
### 4.1 Caracterización general de las noticias

#### 4.1.1 Morbi-mortalidad general

Codificamos un 0,37% (7 notas) hablaban específicamente de morbi mortalidad y un 37,38% de notas en las que se hacía referencia a muerte, enfermedad o salud (1879 noticias). De

ellas, hacían referencia a mortalidad el 46,62% de noticias (876) y sobre enfermedad el 46,83% (880). El 6,17% aludía a Salud (116). Los datos pueden observarse en la figura 1.

Figura 1. N° de noticias sobre morbi mortalidad general



Fuente: Elaboración propia

Es decir que el 93,82% de las noticias referían a mortalidad o morbilidad de la población y solo el 6,17% a salud, por lo que podemos observar que la casi totalidad de la información periodística refiere a enfermedades. Este dato es corroborado en otros estudios (Menéndez, Di Pardo, 2009; Spinelli, 2008).

Si analizamos esta observación podemos ver, por un lado, que en estudios que realizaron análisis cualitativos sobre las noticias de salud (Menéndez, Di Pardo, 2009), la referencia constante a enfermedad se relaciona con una idea permanente que muestran los medios acerca de la vida como enfermedad y muerte. Se subrayan permanentemente los aspectos negativos, de tal manera que se transmiten una serie de representaciones sociales que refuerzan una imagen de los procesos de mortalidad y morbilidad como en aumento, relacionados con la vida en una situación de "riesgo permanente". Para estos autores, las representaciones que muestra la prensa sobre esta temática están constantemente expuestas a través de las noticias de salud y enfermedad, pero no lo "reconocemos ni asumimos reflexivamente" (Menéndez, Di Pardo, 2009, p. 22).

Por otro lado, consideramos que este hallazgo podría estar vinculado a una de las características más importantes que aparecen relacionadas con la biomedicina, su foco en la enfermedad y la muerte, considerando escasamente la salud y la prevención. Menéndez (1990), al describir el Modelo Médico Hegemónico destaca entre sus características el biologicismo, la orientación curativa y la prevención no estructural. La medicina científica como modelo de atención de los padecimientos atraviesa toda la sociedad y se expone a

través de las noticias de salud, por lo que es de esperar que en ellas se muestre el saber predominante.

#### 4.1.2 Prevención/atención/control de la enfermedad

Con respecto a esta categoría, observamos que en el 56,56% de las noticias (2843), sobre el total de noticias analizadas (5026), mencionaban la temática de prevención/promoción/atención/control de la enfermedad. Se codificaron 3752 referencias dentro de las 2843 noticias. De éstas, el 45,50% de las referencias (1707) hacían alusión a la prevención y promoción de la salud. Sobre la atención de la salud, encontramos un 28,35% (1064) de las mismas. Sobre control de la enfermedad, el 19,85% (745) y el 6,29% (236) hacían referencia a otro tipo de temática.

Tabla 2: Temática de prevención, promoción, atención y control de la enfermedad a la que referían las noticias.

Tipo de temática	Nº de referencias	% de referencias
Prevención y promoción	1707	45,50
Atención	1064	28,35
Control de la enfermedad	745	19,85
Otras temáticas	236	6,29
Total	3752	99,99

Fuente: Elaboración propia

En el modelo biomédico, las situaciones donde surge la prevención, aparece en la mayoría de los casos ligados a procesos curativos. La omisión de factores estructurales sociales, económicos, culturales (que determinan un marco global donde se originan las enfermedades), y las explicaciones biologicistas (como único modelo explicativo de los padecimientos) sostienen las prácticas preventivas y de promoción de la salud en el marco de la medicina científica, la cual omite deliberadamente la reflexión sobre modificaciones en características más abarcadoras en la sociedad que producen desigualdad entre grupos sociales, desigualdad en la distribución de la riqueza y condiciones de trabajo insalubres que determinan ciertos perfiles epidemiológicos en las distintas clases sociales. Una de las características de la biomedicina es el predominio de un discurso preventivista que, sin embargo, se asocia principalmente con procesos curativos y no tiene en cuenta las condiciones estructurales que funcionan como génesis de un grupo de padecimientos (Menéndez, 1990). Asimismo, si bien la mayoría de las noticias, en consonancia con el discurso biomédico, refiere a la temática de prevención, el mayor gasto efectivo en salud se

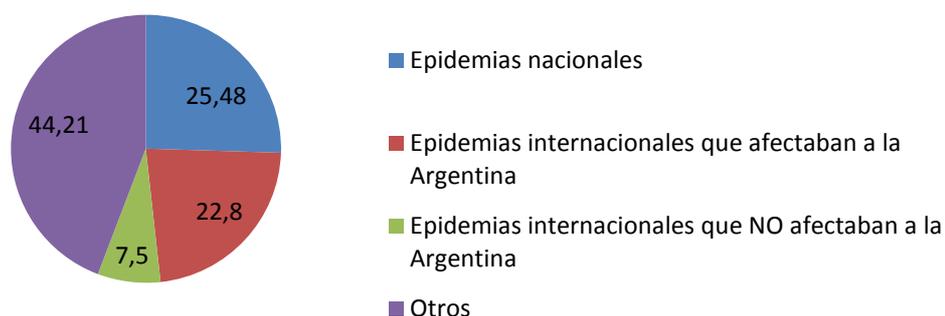
realiza sobre operaciones de atención y control de la enfermedad (Spinelli, 2010). Es por estos motivos que no sorprende que la mayoría de los artículos estén ligados a la prevención. Sin embargo, para poder indagar qué tipo de prevención es la que aparece representada en las noticias, sería necesario realizar un estudio cualitativo acerca de las características mencionadas en relación con la prevención, partiendo de la hipótesis que hallaremos un modelo de prevención no estructural, aquel que caracteriza al Modelo Médico Hegemónico.

#### 4.1.3 Epidemia y/o brote epidémico

En el total de noticias analizadas (5026), el 19,06% (958) citaba algún tipo de epidemia y/o brote epidémico. Se encontraron 1228 referencias a distintos conceptos vinculados con las epidemias. Podemos destacar que el 25,48% (313) de las referencias aludían a epidemias de índole nacional. El 22,80% (280) citaban a las epidemias internacionales que afectaban a la Argentina; mientras que el 7,5% (92) mencionaban a las epidemias internacionales que no afectaban a la Argentina. El resto (543 referencias, 44,21%) se refería a brotes epidémicos, focos epidémicos, y otros (Figura 2).

Esta abundancia de referencias a epidemias se encuadra en el marco del período analizado, por la fuerte presencia en los medios de noticias de la epidemia de gripe A que comenzó en México y EE.UU., y luego se extendió a nuestro país; así como de la epidemia de dengue, que se registró en la región austral de América del Sur.

Figura 2: Referencia a las epidemias que aparecían en las noticias.



Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.4 Tipos de Medicina

En el 10,74% (540 noticias) se hacía referencia al tipo de medicina. La codificación revela que la biomedicina tiene más del 96% de las referencias en las noticias. Solo en 20 noticias, de un total de 5026, hacían referencia a otros tipos de medicinas (alternativas, tradicionales u otras). Si desglosamos estas referencias, encontramos que lo componen la medicina tradicional con el 0,7% de las referencias, las medicinas alternativas con el 2% y otras medicinas con el 1%. Los datos se describen en la tabla a continuación (tabla 3):

Tabla 3: Tipo de Medicina a la que hacían referencia las noticias

Tipo de Medicina	Nº de noticias (total y porcentaje)
Biomedicina	520 (96,30%)
Medicina tradicional	4 (0,70%)
Medicinas alternativas	11 (2%)
Otras medicinas	5 (1%)
Total	540 (100%)

Fuente: Elaboración propia

Estos hallazgos son similares a los encontrados en México por Menéndez y Di Pardo (2009) quienes muestran que el 94,5% de las referencias periodísticas en un estudio de la prensa escrita mexicana durante el año 2002 tenía como eje a la biomedicina. Asimismo, podemos asociar estos hallazgos con el hecho de que encontramos que solo una noticia hacía referencia a enfermedades tradicionales.

Menéndez y Di Pardo (2009) muestran que, en gran parte, las noticias sobre medicinas alternativas están subordinadas a la hegemonía de la medicina científica, dado que uno de los hallazgos que predominó en el relato periodístico fue la intensión de la "institucionalización biomédica" por parte de las otras formas de atención. El discurso proviene mayoritariamente desde sectores médicos que exhiben las relaciones directas o indirectas del conjunto de saberes alternativos con la biomedicina y el sector salud en particular, por ejemplo en el intento de reconocimiento de estas formas de atención por parte del Estado o las iniciativas para integrarlos a la medicina oficial. Otros trabajos también ofrecen una visión similar sobre la relación entre la medicina científica y las medicinas alternativas, en cuanto a la utilización de dichas medicinas en padecimientos no resueltos por la biomedicina y la relación de complementariedad existente entre los diferentes saberes (Guedes et al, 2008; Spadacio et al, 2010).

Consideramos que la significativa desigualdad en la visibilización de los distintos tipos de atención, junto con el análisis cualitativo observado en el estudio de Menéndez y Di Pardo (2009), Spadacio et al (2010) y Guedes et al (2008), podría estar relacionada con el concepto de que los medios de comunicación son una herramienta que perpetúa la hegemonía de la medicina científica ya que logra excluir del discurso y de la agenda pública a las otras formas de atender la enfermedad (o cuando son mencionados se lo hace en subordinación a la medicina oficial). Se produce una invisibilidad que logra dominar el discurso sobre las formas de atención (Menéndez, 2009) y generar una exclusión ideológica de los otros saberes. De hecho, esta invisibilidad de otros modelos de atención permite la reproducción de las características del modelo médico y omite la discusión y los posibles cuestionamientos sobre el propio sistema. A partir de estos desarrollos, se hace evidente que nuestra sociedad se ha tendido a naturalizar la idea de que el modelo de atención biomédico se constituye como “La Medicina”, encargada del cuidado de la salud y atención a la enfermedad.

#### 4.1.5 Caracterización epidemiológica del PSEA en las noticias

##### i. Distribución de las noticias por grupos etarios: población afectada

La distribución de las noticias por grupos etarios muestra un total de 3391 menciones a la población afectada por el PSEA en el 44,86% de las noticias (2255), considerando las dos categorías utilizadas para analizar este punto. Existen casos donde se han codificado más de un grupo poblacional por noticia. En la tabla 4 a continuación se detallan los hallazgos:

Tabla 4: Población vinculada al PSEA a los que hacían referencia a las noticias.

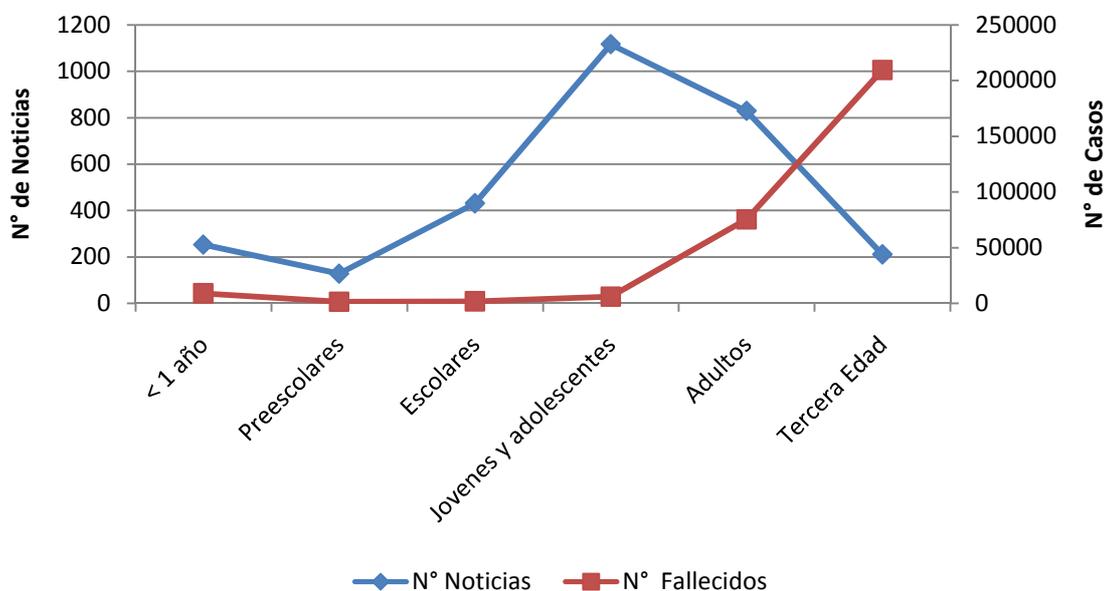
Grupo de riesgo	Nº absoluto de menciones	Porcentaje de menciones
Niños en general	423	12,47
Menores de 1 año	253	7,46
Preescolares (1 a 4 años)	128	3,77
Escolares (5-12 años)	431	12,71
Jóvenes y adolescentes (13 a 24 años)	1116	32,91
Adultos (25-64 años)	829	24,48
Tercera edad (> de 65 años)	211	6,20
Total	3391	100

Fuente: Elaboración propia

Como podemos observar, todos los grupos poblacionales fueron citados. El grupo más mencionado en las noticias son los niños (considerando a los niños en general, menores de un año, preescolares y escolares) en un 36,42% de los casos (1231 referencias), seguido por el grupo de jóvenes y adolescentes en un 32,91% (1116). Los adultos fueron mencionados en el 24,48% (829) de los casos y por último el grupo de la tercera edad en el 6,20% (211) de los casos.

Si comparamos la mortalidad por grupos etarios y la cantidad de noticias en relación con cada grupo poblacional, podemos ver el siguiente gráfico (figura 3):

Figura 3: Comparación entre cantidad de noticias (enero-junio) y mortalidad por grupo etario (enero-diciembre), en 2009.



Fuente: Elaboración propia en base a corpus de noticias y estadísticas de mortalidad de la DEIS.

Para realizar este gráfico, utilizamos datos de mortalidad de todo el año 2009, mientras que los datos sobre cantidad de noticias fueron solo de los primeros 6 meses del mismo año. Sin embargo, tomando en cuenta esta salvedad, consideramos que lo que evidencia el gráfico es extrapolable al análisis que se realizaría con las noticias de todo el año.

Lo que podemos observar es que no existe concordancia entre la cantidad de noticias por grupo etario y la mortalidad que cada grupo tiene en la mayoría de los rangos analizados. Sí se observa una relación entre las noticias y el número de muertes en el primer año de vida y el grupo de los preescolares. En escolares y adolescentes y jóvenes, se observa una escasa mortalidad en contraste con la gran cantidad de noticias que refieren

a esta población. A medida que la mortalidad aumenta (propio del incremento de la edad), la cantidad de noticias que refieren a estos grupos desciende.

Es interesante destacar la visibilidad que adquiere la población adolescente y joven en las noticias, en contraposición con la menor morbi-mortalidad de este grupo etario. En relación con ello podemos mencionar los trabajos del Observatorio sobre Jóvenes, Comunicación y Medios de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Esta publicación universitaria evidencia la construcción negativa que se hace de este grupo poblacional y la manera en que los jóvenes aparecen en la noticia vinculados con la violencia y el consumo de sustancias adictivas.

El Observatorio de Jóvenes realiza un monitoreo sobre las configuraciones y enunciaciones mediáticas de los jóvenes a través de diversos informes desde 2009, en forma anual. Seleccionamos especialmente el informe del 2009, como las noticias seleccionadas para nuestro trabajo.

El trabajo realizado por este grupo (Observatorio de jóvenes, comunicación y medios, 2009) permitió analizar la producción discursiva que los medios realizaron sobre los jóvenes. Las noticias vinculadas con el delito, la violencia (en sus diversas manifestaciones) y el consumo de drogas y alcohol fueron las temáticas más relacionadas con los jóvenes y adolescentes, según este informe.

El informe consigna que los jóvenes aparecen en los medios tanto relacionados con la figura del delincuente como en la imagen de víctimas. La prioridad en el discurso entre víctima/victimario es oscilante en los diversos períodos de tiempo monitoreados (Observatorio de jóvenes, comunicación y medios, 2009, 2011). Según estos estudios, existe en la prensa un discurso estigmatizador y criminalizante sobre los jóvenes que naturaliza la violencia y una evolución "fatal" de los hechos en este rango de edad, a los cuales responsabiliza por sus conductas, ignorando los condicionamientos estructurales que tornan violentas las prácticas cotidianas de los sujetos (Observatorio de jóvenes, comunicación y medios, 2009, 2011; Saintout, 2012). Esta representación de los "jóvenes violentos" se muestra en diferentes situaciones: en la calle, en la escuela, en la familia/pareja.

Según Saintout (2012, p. 3), directora del Observatorio, "el periodismo no puede pensar lo que llama violencia: solo se limita a lo que supone su descripción en lo que, por el contrario, es un acto de clara clasificación". Retomando el planteo de Menéndez (2009) expuesto anteriormente, los medios de comunicación nominan, clasifican y normatizan los eventos cotidianos a través de la construcción de los discursos, tornándose ellos mismo reproductores ideológicos de la sociedad, moldeando valores sociales que se mediatizan.

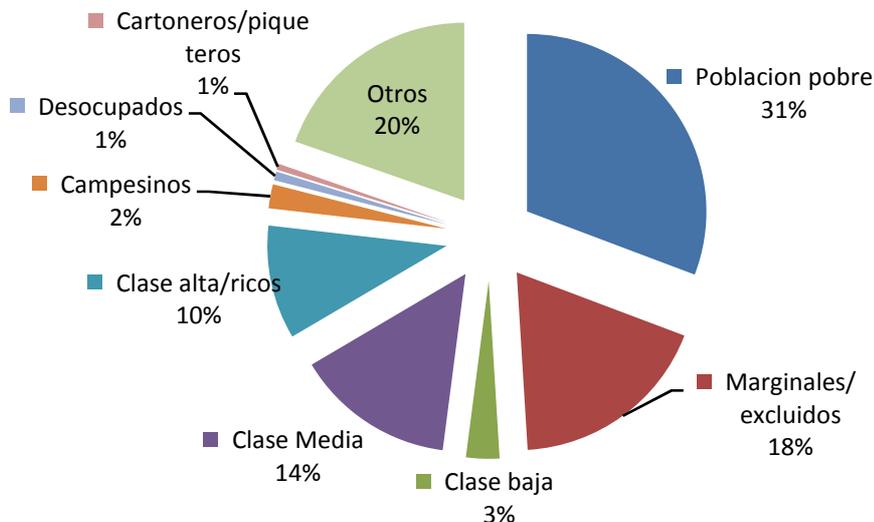
En este sentido podemos rescatar el concepto de ideología de Lull y su relación con los medios de comunicación. Según este autor, la ideología es "pensamiento organizado: complemento de valores, orientaciones y predisposiciones que forman perspectivas ideacionales expresadas a través de la comunicación interpersonal y de la comunicación mediada tecnológicamente" (Lull, 1995, p. 20). El autor recupera este concepto para explicar la "agenda pública de las naciones", incorporando a diversos actores sociales como agentes que presionan para mostrar su ideología, y así se va constituyendo la agenda pública. Sin embargo, subraya la importancia de esta concepción en la relación entre ideología, poder político y comunicación. En las sociedades modernas, quienes tienen poder social construyen a través de una manipulación de la información una "ideología dominante" que colabora en el mantenimiento de los intereses de los grupos de poder. Lull señala que es la capacidad para comunicar y mostrar públicamente el sistema de ideas de estos grupos lo que consolida su dominación y su poder (Lull, 1995).

Siguiendo esta línea, consideramos que la mayor visibilización de los jóvenes en la prensa no se vincula con situaciones médico-sanitarias ni epidemiológicas sino con el discurso sobre delito y juventud que oscila entre su patologización y la criminalización constante en los medios, como se muestra a través de este Observatorio. Por estas razones, consideramos que los datos encontrados podrían relacionarse no solo con el volumen total de noticias sobre jóvenes que muestra la prensa escrita, sino también con la sobre-representación encontrada en cuanto a las noticias sobre drogas y violencias (ver más adelante).

## **ii. Nivel socioeconómico/estrato/clase social**

Del análisis surge que un 5,86% de noticias (295) mencionaban esta categoría, a través de 367 referencias. El 30,79%(113) reseñaban padecimientos en "población pobre". Sobre "marginales"/"excluidos", se referían el 18,25% de las referencias (67). La clase baja era mencionada en el 3% de las referencias (11); sobre la clase media, 14,44% (53) y sobre la clase alta/ricos, 10,35% (38). En el 2,17% (8 noticias) apareció la relación con los campesinos, y en el 0,54% (2) con los cartoneros/piqueteros. En 0,81% (3 casos) se citaba a los desocupados como población que padecía la enfermedad. Otras referencias configuran el 20%. Los resultados se grafican a continuación (Figura 4).

Figura 4: Nivel socioeconómico/clase o estrato social mencionado en las noticias.



Fuente: Elaboración propia.

Si agrupamos en categorías afines, podemos encontrar que el 52,04% (191) refiere a los grupos desfavorecidos social y económicamente, que fueron denominados por la prensa escrita como “población pobre”, “marginales”, “pobres/excluidos”, “clase baja”.

Está ampliamente reconocido el peso de los determinantes sociales sobre el PSEA (OMS, 2013; Spinelli, 2005; Urquía, 2006), por lo que se podría relacionar este hecho con la observación en esta investigación. Sin embargo, consideramos que esta circunstancia no pone en evidencia las causas estructurales de la distribución desigual de los padecimientos. De hecho, algunos de los grupos más excluidos de la sociedad (“campesinos”, “cartoneros/piqueteros” “desocupados”) son también los menos visibilizados en las noticias. El hecho de que estas poblaciones sean en la prensa escrita las más mencionadas no expone que son las desigualdades social, económicas, culturales, algunas de las causas más importantes que determinan los procesos de salud-enfermedad e incluso en las disparidad en el acceso a la atención médica. Se requieren análisis cualitativos en torno a estas noticias para exponer la relación que ofrece la prensa escrita entre el nivel socioeconómico de los grupos poblaciones y los padecimientos.

### iii. Regiones geográficas

#### a. De Argentina

Se observaron 2944 referencias a las regiones geográficas argentinas en el 41,52% de las noticias (2087). Asimismo, se encontraron 4902 referencias a provincias argentinas en el 59,37% de las noticias (2984). Los hallazgos se describen en las tablas 5 y 6.

Tabla 5: Lugares geográficos de Argentina mencionadas en las noticias, por regiones.

Región geográfica	Nº de noticias (absoluto)	Nº de noticias (Porcentaje del total)
Nivel nacional	954	32,40
Región NEA	43	1,46
Región NOA	45	1,52
Región Cuyo	2	0,06
Región Centro	4	0,13
Región Mesopotámica	3	0,10
Región Patagónica	2	0,06
CABA	649	22,04
Conurbano	180	6,11
Gran Buenos Aires	70	2,37
Provincia de Buenos Aires	992	33,69
Total	2944	99,99

Fuente: Elaboración propia

NEA: Noreste argentino

NOA: Noroeste argentino.

CABA: Ciudad autónoma de Buenos Aires

Tabla 6: Lugares geográficos de Argentina mencionadas en las noticias, por provincias

Provincia	Nº de noticias (absoluto)	Nº de noticias (Porcentaje)
Buenos Aires	1034	21,15
Catamarca	181	3,69
CABA	572	11,67
Chaco	332	6,77
Chubut	26	0,53
Córdoba	550	11,22
Corrientes	82	1,67
Entre Ríos	53	1,08
Formosa	52	1,06
Jujuy	137	2,80
La Pampa	28	0,57
La Rioja	39	0,79
Mendoza	265	5,40
Misiones	85	1,73

Tabla 6. Continuación

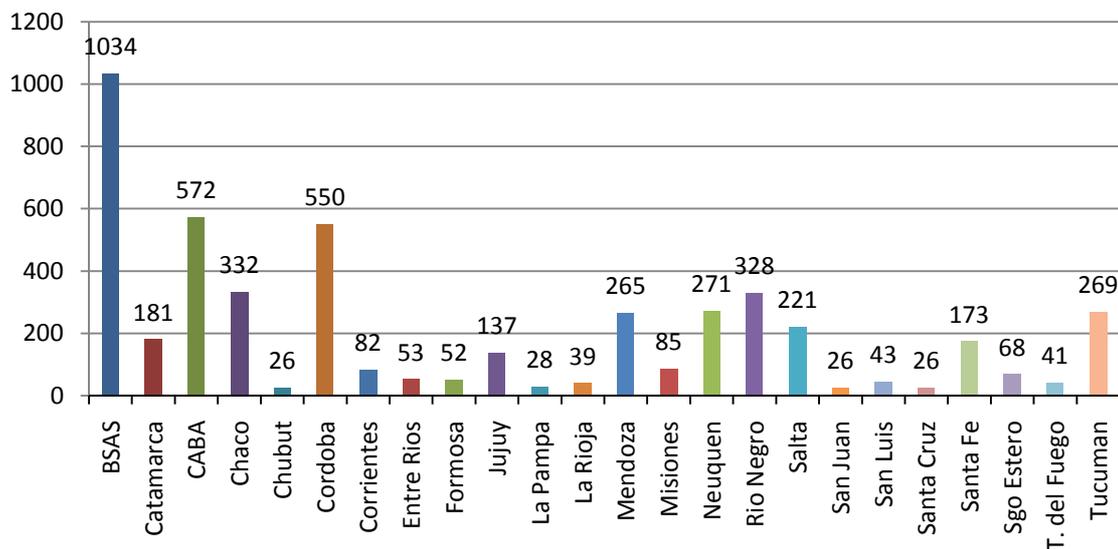
Neuquén	271	5,52
Río negro	328	6,70
Salta	221	4,50
San Juan	26	0,53
San Luis	43	0,88
Santa Cruz	26	0,53
Santa Fe	173	3,53
Santiago del Estero	68	1,38
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico sur	41	0,83
Tucumán	269	5,48
Total	4902	100%

Fuente: Elaboración propia

CABA= Ciudad autónoma de Buenos Aires

En relación con esta categoría, podemos observar el siguiente gráfico (figura 5):

Figura 5: Distribución de noticias según referencia geográfica.



Fuente: Elaboración propia

Podemos señalar que los distritos más mencionados fueron la provincia de Buenos Aires (BSAS), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Córdoba, Chaco, Río Negro, Neuquén, Tucumán, Mendoza, Salta, Catamarca, Santa Fe, Jujuy. En menor medida fueron

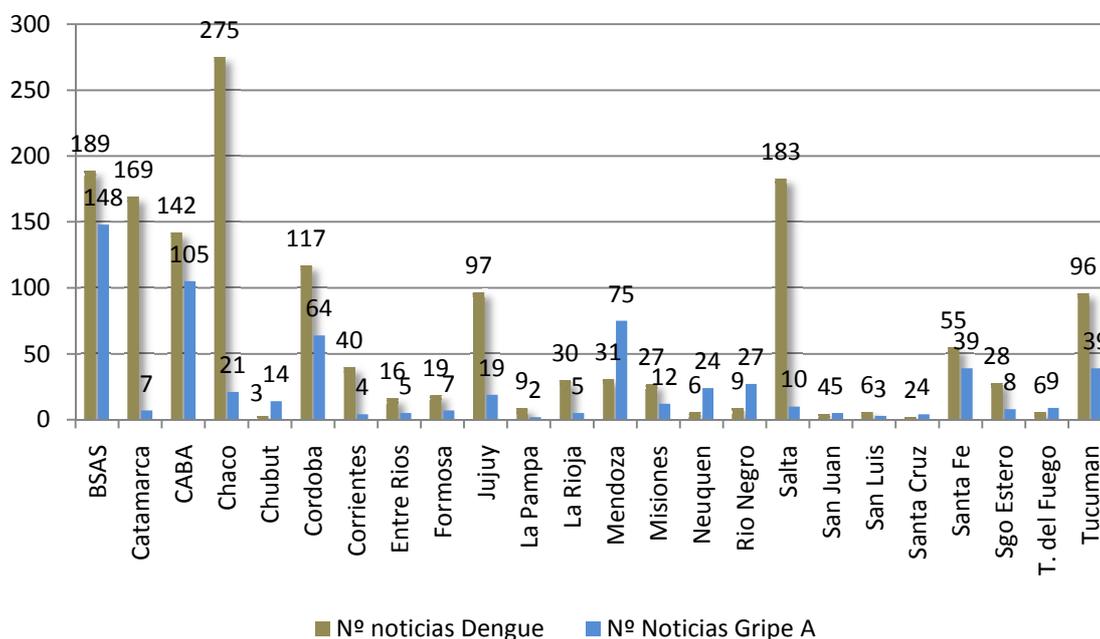
mencionados el resto de los distritos. Los de menor referencia fueron Chubut, Santa Cruz y San Juan.

Consideramos que esta distribución se relaciona con tres hechos. Por un lado, por la selección de diarios que realizamos (en función de la tirada), los cuales abarcan determinadas regiones del país más que otras.

Por otro lado, la afectación desigual en el país por las epidemias de dengue y gripe A. En este sentido podemos precisar que la epidemia de dengue afectó las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Chaco, Entre Ríos, La Rioja, Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán, Salta, Jujuy, Corrientes, Catamarca y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ministerio de Salud, 2012a); mientras que la epidemia de gripe A afectó en mayor medida la CABA, las provincia de Buenos Aires, Santa Fe, San Juan, Neuquén y Misiones (MdM, 2009).

Para mostrar la relación entre las epidemias y las zonas más mencionadas, hemos seleccionado las noticias que refieren a dengue y gripe A del corpus de noticias, y a partir de allí hemos evaluado cuáles fueron los distritos más mencionados (figura 6).

Figura 6: Distribución de noticias de Dengue y Gripe A, por provincias

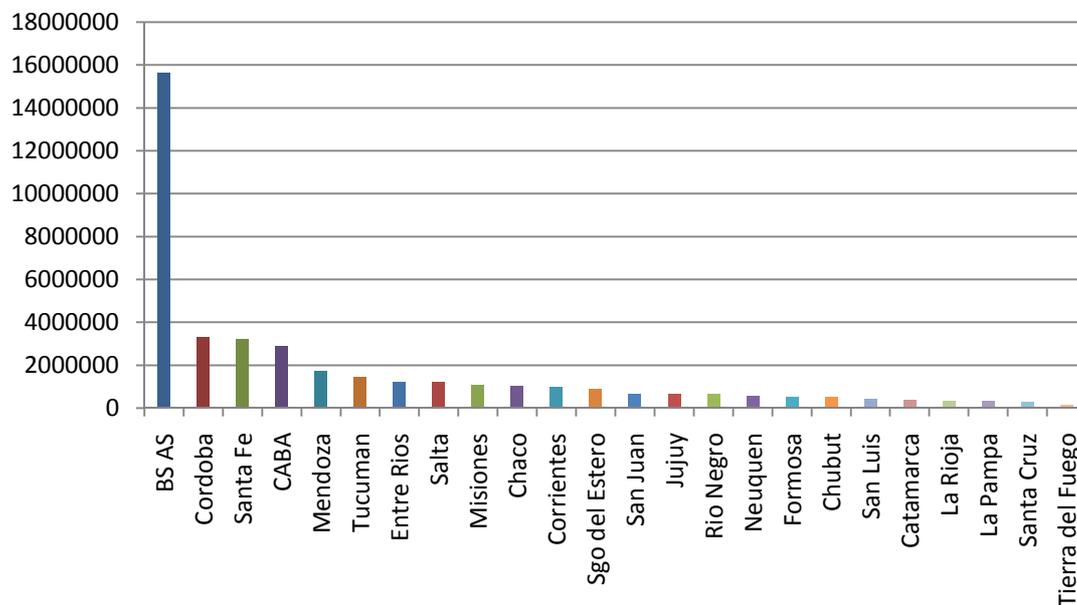


Fuente: Elaboración propia

Como podemos observar, las provincias más mencionadas en relación con el dengue fueron Chaco, BSAS, Salta, CABA, Córdoba, Jujuy, Tucumán y Santa Fe. Por su parte, los distritos más referidos en relación con la gripe A fueron BSAS, CABA, Mendoza, Córdoba, Santa Fe y Tucumán.

Asimismo, en el siguiente gráfico (figura 7) podemos observar el número de habitantes por provincia.

Figura 7: Número de habitantes por provincia, según censo 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de INDEC (2010)

Podemos observar en este gráfico que los primeros 5 distritos con mayor número de población forman parte de las localidades más mencionadas en las noticias.

De esta manera consideramos que tanto la selección de diarios, algunos de los cuales tienen una distribución regional, asociado a la distribución de las epidemias y la cantidad de población por provincia nos permiten explicar las localidades más mencionadas en las noticias.

### b. Regiones Mundiales

Con respecto a las regiones mundiales mencionadas, podemos destacar que se encontraron 2265 menciones en el 23,65% de las noticias (1189). Los resultados se muestran en la tabla a continuación:

Tabla 7: Regiones Mundiales mencionadas en las noticias

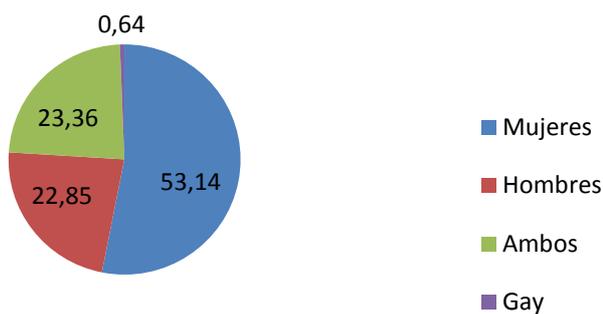
Región geográfica	Nº de referencias (absoluto)	Nº de referencias (%)
Mercosur	1	0,04
América Latina	697	30,77
América central y Caribe	196	8,65
EE.UU.	519	22,91
Canadá	149	6,57
Cuba	44	1,94
Europa	364	16,07
Asia	178	7,85
África	52	2,29
Oceanía	65	2,86
Total	2265	99.99

Fuente: Elaboración propia

#### iv. Temática de Género

En un 15,22% de las noticias (765), se narraban situaciones relacionadas con la temática de género. Se observaron 779 referencias. De ellas, 53,14% (414) hablaban sobre temática de mujeres, 22,85% (178) sobre hombres y 23,36% (182) sobre ambas. Cabe mencionar que solo 5 (0,64%) noticias fueron relacionadas con la temática gay (Figura 8).

Figura 8: N° de noticias según temática de género.



Fuente: Elaboración propia

#### v. Medio urbano y rural

El 3,32% de las noticias (167) hacían referencia al medio rural/urbano. De ellas, 24,55% (41) mencionaban al medio rural y 83,32% (139) al medio urbano. La categoría no era excluyente, por lo que en algunos casos se codificaba para ambas variables.

#### 4.1.6 Actores sociales que se muestran en las noticias

En el 46,85% de las noticias (2355) se mencionaba algún actor social vinculado con el PSEA. Se codificaron 3129 referencias en 2355 noticias. Los que más fueron mencionados en forma singular, excluyendo la variable "otros", fueron las universidades (16,36%), las ONG (12,59%) y la familia (10,06%).

Si agrupamos las variables que consideramos vinculadas, podemos encontrar que el 16,81% (526) hacían referencia a la familia o grupos primarios (familia, grupos domésticos, madre, padre, familiares, amigos, compañeros de escuela) y el 12,52% (392) aludían a grupos de la sociedad civil (comunidad, vecindad, municipio). El 5,94% (186 noticias) visualizaban a la figura de hombre o mujer como actor social destacado, con un claro predominio de estas últimas (4,53%). Asimismo, podemos advertir que en el 24,60% de las noticias (770) el actor social involucrado tenía un manifiesto e indudable origen en la medicina alopática (sociedades científicas, hospitales, universidades), lo que se corresponde con la invisibilidad que tienen otros tipos de medicina.

Por otra parte, en el 7,57% (237 noticias) fueron aludidos los sindicatos u obras sociales. Este dato cobra relevancia ya que, junto con otros actores sociales también mencionados como las universidades, ONG, hospitales públicos, cámaras empresariales, se relacionan con grupos que promueven una temática particular y que se constituyen como agentes que intentan imponer su punto de vista. En este sentido se refuerza la idea de que los medios de comunicación conforman un escenario de lucha de los diferentes actores sociales para insertar una mirada particular de la realidad en pos de propósitos particulares. Consideramos que la diversidad de agentes que surgen en las noticias es muestra de esta lucha de intereses.

Los actores sociales se han clasificado de la siguiente manera (se muestra en la tabla a continuación):

Tabla 8: Actores sociales relacionados al PSEA que se mencionan en las noticias

Actor Social involucrado	Nº de referencias (absoluto)	Nº de referencias (%)
Familia, grupos domésticos	315	10,06
Madre, mujer	142	4,53
Padre, varón	44	1,40
Otro familiar	5	0,16
Amigos, compañeros de escuela, de trabajo	20	0,64

Tabla 8: Continuación

Vecindario	123	3,93
Comunidad	129	4,12
Municipio	140	4,47
ONG	394	12,59
Sindicatos / obras sociales	237	7,57
Sociedades científicas	149	4,76
Hospitales públicos	95	3,03
Hospitales privados	14	0,44
Universidades	512	16,36
Federaciones o cámaras empresariales	74	2,36
Otros	736	23,52
Total	3129	99,99

Fuente: Elaboración propia

ONG: Organización no gubernamental

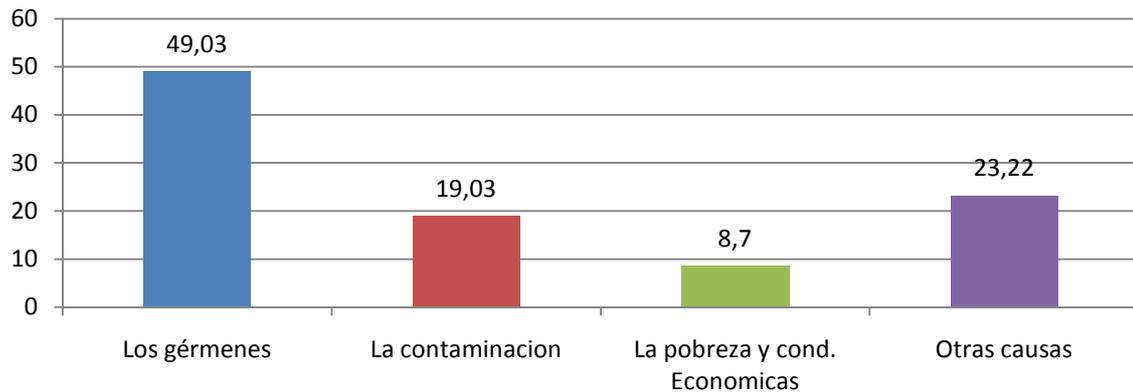
#### 4.1.7 Procesos migratorios

Con respecto a este ítem, podemos mencionar que en el 7,08% de las noticias (356) se hacía referencia a procesos migratorios. Sin embargo, en 324 notas (91%) esta referencia se relacionaba con turistas o pasajeros, en estrecha vinculación con el proceso de la epidemia de gripe A.

#### 4.1.8 Causas de mortalidad

En el 5,47% (275) de las noticias, se hacía referencia a las causas de mortalidad. Se codificaron 310 referencias. Las más citadas fueron: "los gérmenes" en el 49,03% de las notas (152), "la contaminación" (19,03%; 59 notas) y "la pobreza" y las condiciones económicas (8,70%; 27 notas). "Otras causas" aparecen citadas en el 23,22% (72 noticias), entre las que se incluyen el clima, la vida sedentaria, falta de ejercicio, falta de higiene, estrés, entre otros. Se muestran los resultados en la figura 9.

Figura 9: Causas de mortalidad mencionadas en las noticias



Fuente: Elaboración propia

Si bien no se ha realizado un estudio cualitativo en profundidad para analizar el contenido de las mismas, el hecho de que la causa de mortalidad con mayor mención en las noticias hayan sido los “gérmenes”, más allá de la imprecisión del término, concuerda con una de las características más importantes que se atribuye al MMH, el biologicismo, más aun teniendo en cuenta que las enfermedades infecto-contagiosas no son la principal causa de muerte en nuestro país. Por su parte, la pobreza y las condiciones económicas fueron mencionadas como causa de mortalidad en el 8,7% de las notas. Se debería realizar una aproximación cualitativa para evaluar el abordaje que los medios realizan frente a esta característica. A pesar de ello, consideramos que el hecho de que sean mencionadas estas causas en las noticias no supone necesariamente que se develen en las noticias las consecuencias que tienen los determinantes económicos y sociales (entre los que podemos mencionar a la pobreza) en el PSEA ni que se expongan algunas características de la sociedad capitalista que generan desigualdad socio-económica, inequidad en el acceso a la atención médica y por ende, una distribución desigual de las enfermedades dentro de los diversos estratos sociales.

## 4.2 Caracterización de las noticias y las estadísticas de morbi-mortalidad en relación con las enfermedades

### 4.2.1 Enfermedades abordadas en la prensa

Para analizar las enfermedades más frecuentes que citan las noticias, hemos clasificado la información de dos formas: por grupos de enfermedades (por categorías) o analizando todos los padecimientos mencionados, independientemente del grupo, para determinar la frecuencia de citación. Los resultados fueron los siguientes:

### I) Grupo de Enfermedades a las cuales hacían referencia las noticias

En el total del corpus de noticias (5026) se evaluó la enfermedad al cual hacían referencia las notas, por grupos de enfermedades. Se encontraron 5704 referencias. Los hallazgos se describen en la tabla a continuación:

Tabla 9: Enfermedades a las cuales hacían referencia las noticias, por grupos de enfermedades, en orden de frecuencia.

Grupo de enfermedades	Nº de referencias (absoluto) <sup>a</sup>	Nº de referencias (Porcentaje) <sup>a</sup>
E. infectocontagiosas	2461	43.14
Trastornos mentales y del comportamiento	1258	22.05
Violencias	512	8.97
Embarazo, parto y puerperio	265	4.65
Tumores	183	3.20
Enfermedades cardiovasculares	123	2.16
Deficiencias nutricionales	71	1.24
Diabetes	60	1.05
Enfermedades del sistema respiratorio	59	1.03
Malformaciones congénitas	27	0.47
Enfermedades del hígado	22	0.39
Enfermedades tradicionales	1	0.01
Subtotal	5042	88.39
Otras causas	662	11.61
Total	5704	100

Fuente: Elaboración propia

<sup>a</sup> Cada una de las noticias puede aplicar a más de un grupo de padecimientos.

En la tabla anterior se advierte que las enfermedades infecto-contagiosas tuvieron el mayor número de referencias (43.14%), seguidas por trastornos mentales y del comportamiento (22.05%) y violencias (8.97%). Estos tres grupos constituyen más del 70% de las referencias (74.14%). En cuarto lugar aparecen los temas relacionados con el embarazo, parto y puerperio (4.65%) y tumores (3.20%). Recién en sexto lugar figuran las noticias relativas a las enfermedades cardiovasculares (2.16%). El resto lo constituyen las deficiencias nutricionales, discapacidades, los problemas alimentarios, las enfermedades del

sistema respiratorio, diabetes, malformaciones congénitas, enfermedades renales, reumáticas y enfermedades del hígado, dolores, enfermedades por contaminación, entre otras. Solo una noticia hace referencia a enfermedades tradicionales.

## II) Temáticas individuales vinculadas a salud que aborda la prensa

Se analizaron los padecimientos más mencionados en las noticias, de manera independiente de los grupos de categorías utilizados. Los resultados se muestran en la tabla 10 a continuación:

Tabla 10: Temática de mayor mención en las noticias, consideradas individualmente, en orden de frecuencia.

Enfermedades	Nº de referencias (absoluto) a	Nº de referencias (Porcentaje) <sup>a</sup>
E. Respiratorias agudas	1114	19,53
Dengue	754	13,22
Drogas en general	223	3,91
Alcoholismo	183	3,21
Embarazo	119	2,09
Paco	115	2,02
Aborto	111	1,95
Marihuana	109	1,91
Violencia contra la mujer	107	1,88
VIH/Sida	99	1,74
Cocaína	98	1,72
Tabaquismo	96	1,68
Cáncer en general	87	1,53
Enfermedad cardiovascular	83	1,46
Discapacidades en general	68	1,19
Adicciones en Gral.*	67	1,17
Violaciones sexuales*	67	1,17
Accidentes de transporte	62	1,09
Diabetes	60	1,05
Violencia en general	55	0,96
Obesidad	53	0,93
Subtotal	3725	65,31%
Otras causas	2041	34,69%

Tabla 10: Continuación

Total	5704	100%
-------	------	------

Fuente: Elaboración propia

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

<sup>a</sup> Cada una de las noticias puede aplicar a más de un padecimiento.

\* Ambos padecimientos fueron mencionados por igual.

Si analizamos las temáticas más mencionadas como son nombradas por la prensa, observamos que dos enfermedades infecto-contagiosas son las que presentan mayor número de referencias: las IRA y el dengue, en primer y segundo lugar respectivamente, y guardan estrecha relación con las epidemias que han afectado a la Argentina. Dentro de los diez primeros lugares, le siguen en orden decreciente diversas temáticas relacionadas con drogas y adicciones, y aquellas relacionadas con la salud sexual (embarazo, aborto). La referencia a las "drogas en general", en términos generales, aparece en tercer lugar. En cuarto, sexto y octavo lugar figuran el alcoholismo, el paco y la marihuana. La problemática relacionada con la salud reproductiva aparece en quinto lugar en referencia al embarazo y en séptimo lugar, al aborto. La mención a la violencia contra la mujer se da en el noveno lugar. En el décimo lugar aparece nuevamente una enfermedad infecto-contagiosa: el VIH/Sida.

Es decir que, en referencia a los temas abordados por la prensa, existe coincidencia entre aquéllos mostrados en forma individual y lo que muestran los grupos de enfermedades. Como podemos observar, en los diez primeros lugares figuran enfermedades infectocontagiosas, padecimientos relacionados a las drogas y violencia, y la salud reproductiva. Las enfermedades crónico-degenerativas, que son la principal causa de muerte en nuestro país, no son mencionadas entre los primeros diez lugares.

En undécimo y duodécimo lugar, se citan a la cocaína y el tabaquismo. Por consiguiente, si tomamos en cuenta los 12 primeros temas, las enfermedades infecciosas aparecen mencionadas en tres lugares, las drogas en seis de las referencias, dos hacen alusión a la salud reproductiva y una de las citas apunta a la violencia.

Recién en el lugar 13 y 14 aparece el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, referidas en forma general. Entre los 20 temas más mencionados, también aparecen padecimientos como la diabetes, discapacidades en general o la obesidad. Es decir, que a partir del treceavo lugar comienzan a mencionarse padecimientos crónico-degenerativos, algunos de los que más afectan a la población, como veremos más adelante.

Solamente en el lugar número 17 aparece la mención a accidentes de transporte, que constituye la única referencia a accidentes dentro de las primeras veinte causas.

#### 4.2.2 Estadísticas oficiales de morbilidad y mortalidad

##### I) Causas de mortalidad en la Argentina

En la tabla a continuación describimos las causas más importantes de muerte en Argentina para el año 2009, según el registro de las estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (Ministerio de Salud, 2009d):

Tabla 11: Mortalidad por grupo de causas, según estadísticas oficiales, por orden de frecuencia, año 2009.

Enfermedades	Nº de muertes	Porcentaje
Enfermedades cardiovasculares	89916	29.52
Tumores	57590	18.91
Enfermedades infecto-contagiosas	33440	10.98
Enfermedades del sistema respiratorio	26193	8.60
Violencias	18860	6.19
Diabetes	7701	2.53
Enfermedades del hígado	4776	1.57
Malformaciones congénitas	2787	0.91
Trastornos mentales y del comportamiento	2575	0.85
Deficiencias nutricionales	1112	0.37
Embarazo, parto y puerperio	428	0.14
Subtotal	245378	79.21
Otras causas	59147	20.79
Total	304525	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales.

Tabla 12: Mortalidad por causas según padecimientos específicos, según estadísticas oficiales, por orden de frecuencia. Año 2009.

Enfermedades	Nº de muertes	Porcentaje
Insuficiencia cardíaca	30363	9,97
Infecciones respiratorias agudas	19348	6,35
Enfermedades cerebro-vasculares	18572	6,10
Enfermedad isquémica del corazón	18562	6,10
Insuficiencia respiratoria	10899	3,58

Tabla 12: Continuación.

Septicemias	10292	3,38
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	8992	2,95
Enfermedades del sistema urinario	8891	2,92
Diabetes	7701	2,53
Cáncer de colon, recto y ano	6613	2,17
Enfermedades hipertensivas	5514	1,81
Cáncer de mama	5466	1,79
Accidentes de tránsito	4674	1,53
Afecciones del periodo perinatal	4446	1,46
Cáncer de páncreas	3824	1,26
Cáncer de próstata	3717	1,22
Suicidios	2977	0,98
Cáncer de estómago	2836	0,93
Malformaciones congénitas	2787	0,92
Trastornos mentales y del comportamiento	2575	0,85
Subtotal	179049	58,80%
Otras causas	125476	41,20%
Total	304525	100%

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales.

<sup>a</sup> Fueron consideradas las subcategorías de causas de muerte que se desglosan y las categorías que son únicas.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en nuestro país, siendo el 29,52% de las muertes. Dentro de este grupo, la insuficiencia cardiaca es la principal causa de muerte. Si observamos la tabla 12 podemos evidenciar que las enfermedades cardiovasculares ocupan cuatro de las primeras veinte causas de muerte. Si sumamos estas cuatro causas cardiovasculares, observamos que constituyen el 23,98% (73011) de las muertes.

En segundo lugar, consideradas por grupo de enfermedades, aparecen los tumores, que constituyen el 18.91% de las causas de muerte y en tercer lugar las enfermedades infecciosas con el 10.98% de los casos. Las enfermedades del sistema respiratorio son la cuarta causa de muerte (8.60%) en nuestro país y las violencias (causas externas), la quinta (6,19%).

Sin embargo, si observamos las causas en forma individual, podemos advertir que la segunda causa de muerte en nuestro país es una enfermedad infecciosa: las infecciones

respiratorias agudas (IRA). Dos de las primeras veinte causas de muerte tienen esta etiología (IRA y septicemias).

Por su parte, el cáncer constituye como grupo la segunda causa de muerte en nuestro país (18.91% de los casos). Si consideramos las primeras veinte causas de muerte en forma general, seis son relacionados a cáncer. Entre estas seis, podemos mencionar al cáncer de pulmón, de colon, de mama, de páncreas, de estomago y de próstata. Solo estas seis causas configuran el 10,33% de los fallecimientos.

Las violencias configuran el 6,19% de las causas de muerte, siendo la quinta causa en forma global. Dos de las primeras veinte causas en forma individual se producen por causas externas. La treceava causa corresponde a los accidentes de tránsito y la causa diecisiete a suicidios.

Asimismo, dentro de las primeras veinte causas también aparecen las enfermedades del sistema urinario, las afecciones del periodo perinatal, la diabetes, las malformaciones congénitas y los trastornos mentales y del comportamiento.

## II) Morbilidad. Causas de egresos hospitalarios.

En las siguientes tablas se muestran las causas de egresos hospitalarios según las estadísticas oficiales, agrupados por grupos de causas y por padecimientos individuales para el año en estudio.

Tabla 13: Egresos hospitalarios por grupos de causas, según estadísticas oficiales, en orden de frecuencia. Año 2009.

Enfermedades	Nº de egresos hospitalarios	Porcentaje
Embarazo, parto y puerperio	455233	23.54
Enfermedades infecciosas	226034	11.69
Violencias*	205830	10,64
Enfermedades cardiovasculares	117643	6.08
Enfermedades del sistema respiratorio	79526	4,11
Tumores malignos	55747	2,88
Trastornos mentales y del comportamiento	43838	2,26
Diabetes mellitus	22203	1,15
Malformaciones congénitas	13987	0,72
Deficiencias nutricionales	2718	0.14
Enfermedades del hígado	721	0.04
Subtotal	1223480	64.33
Otras causas	709827	35.67
Total	1933307	100

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de egresos hospitalarios

\* Las causas de egresos hospitalarios se codifican en función de las lesiones orgánicas que presentan los pacientes (Ej. Traumatismo de cráneo). Sin embargo, se interpreta que las lesiones traumáticas son consecuencia de los episodios de violencias o accidentes (causas externas), como fue mencionado en el apartado metodológico.

Tabla 14: Morbilidad por padecimientos individuales, según estadísticas oficiales, en orden de frecuencia. Año 2009.

Enfermedades	Nº de egresos hospitalarios	Porcentaje
Parto	261139	13,50
Complicaciones del parto	90469	4,68
Neumonía e influenza	79653	4,12
Enfermedades infecciosas intestinales	61017	3,15
Traumatismo de miembros superiores e inferiores	58062	3,01
Aborto	52895	2,73
Traumatismos múltiples	49834	2,57
Traumatismo de cabeza y cuello	47687	2,46
Bronquitis y bronquiolitis	45653	2,36
Complicaciones del embarazo	38788	2,00
Bronquitis, enfisema y otras enfermedades respiratorias crónicas	25479	1,31
Enfermedades hipertensivas	25328	1,30
Diabetes mellitus	22203	1,14
Enfermedad cerebro vascular	18771	0,97
Asma	15377	0,80
Envenenamiento y efectos tóxicos	15309	0,79
Traumatismo de tórax, abdomen, columna y pelvis	14107	0,72
Malformaciones congénitas	13987	0,72
Tumores digestivos	12412	0,64
Trastornos mentales y del comportamiento, relacionado al uso de alcohol	10442	0,54
Subtotal	179049	58,80%
Otras causas	125476	41,20%
Total	304525	100%

Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de egresos hospitalarios

Si observamos los egresos hospitalarios podemos detectar que dentro de las 10 principales causas de egreso hospitalario predominan las afecciones relacionadas con el embarazo/parto/puerperio, dado que el parto es la principal razón de hospitalización. Las complicaciones del parto, el aborto y las complicaciones del embarazo se ubican en el 3º, 6º y 9º lugar. Es decir, que 4 de las 10 primeras causas se relacionan con esta temática. Las enfermedades infecciosas constituyeron la 2º causa de internación durante 2009. Entre las causas analizadas, las IRA figuran en el tercer lugar en causas de egresos hospitalarios, consideradas individualmente y las infecciones intestinales, en cuarto.

Las violencias se establecieron en tercer lugar, como causa global. Cinco de las primeras veinte causas de egreso hospitalario (5/20) fueron enfermedades o lesiones por causas externas (traumatismos y envenenamientos).

Por su parte, las enfermedades cardiovasculares fueron la cuarta entidad diagnóstica al egreso. Las enfermedades hipertensivas y las cerebro-vasculares configuran la causa decimotercera y decimoquinta.

Asimismo, las enfermedades del sistema respiratorio configuraron la quinta causa en forma global pero se observó como causas individuales en el onceavo y decimosexto lugar en la tabla de padecimientos individuales.

El cáncer constituyó solamente el 2.88% de las causas de egresos, siendo que solo los tumores digestivos se observaron dentro de las primeras veinte causas.

Otras de las primeras veinte causas de egresos hospitalarios fueron la diabetes, las malformaciones congénitas, y los trastornos mentales y del comportamiento, relacionado al uso de alcohol.

#### **4.2.3 Comparación de noticias de la prensa con estadísticas oficiales**

##### **Comparativo general**

Si comparamos las tablas 9 y 10 donde figuran los padecimientos más nombrados en la prensa y lo contrastamos con los datos de las estadísticas vitales y de morbilidad (tablas 11 a 14), podemos observar algunos datos interesantes.

En primer término, en el cuadro a continuación se muestra la comparación del ordenamiento de las categorías según su frecuencia.

Cuadro 1: Comparación de categorías de mortalidad, egresos hospitalarios y noticias de salud en orden de frecuencia. Año 2009.

	<b>Mortalidad</b>	<b>Noticias</b>	<b>Morbilidad</b>
1	Enfermedades cardiovasculares	E. infectocontagiosas	Embarazo, parto y puerperio
2	Tumores	Trastornos mentales y del comportamiento	Enfermedades infecciosas
3	Enfermedades infecciosas	Violencias	Violencias
4	Enfermedades del sistema respiratorio	Embarazo, parto y puerperio	Enfermedades cardiovasculares
5	Violencias	Tumores	Enfermedades del sistema respiratorio
6	Diabetes	Enfermedades cardiovasculares	Tumores malignos
7	Enfermedades del hígado	Deficiencias nutricionales	Trastornos mentales y del comportamiento
8	Malformaciones congénitas	Diabetes	Diabetes mellitus
9	Trastornos mentales y del comportamiento	Enfermedades del sistema respiratorio	Malformaciones congénitas
10	Deficiencias nutricionales	Malformaciones congénitas	Deficiencias nutricionales
11	Embarazo, parto y puerperio	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado

Fuente: Elaboración propia

En este cuadro podemos observar que en los medios gráficos las enfermedades infecto-contagiosas se encuentran en el 1º lugar en relación con los temas más abordados, pero sin embargo, fue la 2º causa de internación y la 3º causa de muerte en nuestro país. Como mencionamos, el impacto de las epidemias fue determinante en la frecuencia de aparición de noticias en este tema.

En la misma línea, los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el 2º lugar en la cantidad de noticias pese a que se registran en el 9º lugar en las estadísticas vitales y el 7º lugar como causa de internación. Este hallazgo es similar al observado por Frost, Frank y Maibach (1997) donde se advierte que las noticias relacionadas con drogas fueron las más sobre-representadas.

La violencia fue la 3° temática en orden de frecuencia abordada por la prensa, que se iguala en orden de importancia a la cantidad de egresos hospitalarios; y figura en el 5° lugar como causa de muerte. Asimismo, el embarazo, parto y puerperio es la primera causa de internación en nuestro país y la 11° causa de muerte. No obstante, ocupa la 4° temática en la presentación de noticias.

Un dato llamativo puede observarse al analizar las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos. Como mencionamos previamente, estas dos enfermedades son las dos primeras causas de muerte en nuestro país, en concordancia con lo que sucede en los países desarrollados, pese a lo cual la prensa menciona estos padecimientos recién en el lugar 5° y 6°. La diabetes fue la 6° causa de muerte y la 8° causa de internación mientras que se presentó en el 8° lugar en las noticias.

Es decir que si analizamos los datos por grupos de enfermedades, encontramos que temáticas como las enfermedades infectocontagiosas, las deficiencias nutricionales, los trastornos mentales y del comportamiento fueron sobre-representados en relación con la mortalidad y la internación que producen esos grupos de enfermedades; mientras que los tumores, las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades cardiovasculares fueron sub-valoradas en las noticias. Recalamos que consideramos que el sobre-dimensionamiento que recibieron las enfermedades infectocontagiosas se vincula estrechamente con las epidemias que se dieron en dicho periodo de tiempo. Las violencias fueron registradas en porcentajes similares que la morbilidad. Lo mismo sucede con la diabetes, las malformaciones congénitas y las enfermedades del hígado. Un caso particular lo constituye el embarazo, parto y puerperio, ya que ocupa un lugar intermedio en las noticias entre la frecuencia alta como causa de egreso y la baja mortalidad por esta temática.

Si consideramos a las enfermedades en forma individual, podemos advertir que varias de las entidades nosológicas que aparecen con más frecuencia en la prensa escrita constituyen parte de las primeras causas de muerte e internación en Argentina. Ejemplo de esta situación lo constituyen las IRA, que configuran la principal noticia en los medios, en coincidencia con su posicionamiento como segunda causa en forma individual de mortalidad y la tercera en morbilidad. Una situación similar sucede con el embarazo, que se menciona dentro de los primeros cinco lugares en la prensa y es la principal razón de hospitalización.

Sin embargo, es importante resaltar que la insuficiencia cardiaca en particular, por ser la principal causa de muerte, y las enfermedades cardio-vasculares en general, son parte de las primeras causas de muerte en el año 2009 según los registros oficiales, pero tienen escasa presencia en los medios. Solo se mencionan 83 referencias a estas

patologías<sup>6</sup>. Lo mismo sucede con los tumores malignos. Solo se menciona al "cáncer en general" dentro de las primeras 20 referencias más frecuentes en las noticias. Asimismo, en referencia a la violencia y causas externas de morbi-mortalidad, podemos decir que en la prensa solo se menciona en el lugar 18 a los accidentes de transporte. No obstante, las causas traumáticas constituyen cuatro de las principales causas de egresos hospitalarios, siendo 3 de ellas parte de las primeras 10 causas de egresos y la principal causa de muerte en un grupo etario considerado sensible como son los jóvenes. Es posible que en la prensa esta temática encuentre mayor representación en secciones del periódico sin hacer referencia a salud.

Por otra parte, la situación inversa sucede con otras categorías. En este sentido podemos evidenciar que las adicciones están ampliamente representadas entre los padecimientos más nombrados por la prensa, por ej. "paco", "marihuana", "cocaína", "tabaquismo", "alcoholismo"; sin embargo, la mortalidad y morbilidad que producen estos padecimientos es muy baja. Queremos recalcar la importancia social que consideramos que tiene esta temática a pesar de no estar representados en las estadísticas.

Como hemos mencionado, tales problemáticas pueden vincularse a la sobre-representación que tienen los jóvenes en la prensa como lo muestran los análisis del Observatorio de jóvenes y medios (Observatorio de jóvenes, comunicación y medios, 2009), especialmente vinculadas al consumo problemático de drogas y condiciones violentas.

### **Enfermedades infecto-contagiosas**

En la comparación con los datos estadísticos oficiales, podemos reconocer que para las enfermedades infectocontagiosas la mortalidad fue del 10,98% (33.440 muertes) y la cantidad de egresos por estas enfermedades fue del 11,69% (226.034). En comparación, encontramos un 43.14% de referencias en las noticias (2461) sobre este tema.

Es evidente la marca que generaron ambas epidemias en la prensa escrita. La relevancia política, social y sanitaria de estos hechos se puso de manifiesto a través del elevado número de noticias que refieren a estos temas y el impacto social, revelado a través de la prensa escrita, no se relaciona exclusivamente con el registro numérico de muertes y enfermos sino con un conjunto de condicionantes y situaciones que largamente exceden a las estadísticas.

En la codificación de las noticias, dentro de la categoría "Enfermedad/Muerte por Infectocontagiosas" puede observarse que las mayores frecuencias ocurren en las variables relacionadas con las epidemias que afectaron nuestro país: dengue e infecciones respiratorias agudas (IRA). El resto de las variables son mucho menos numerosas,

---

<sup>6</sup> En la codificación de las noticias de salud, las enfermedades cardiovasculares fueron agrupadas en una única categoría dentro de enfermedades crónico-degenerativas. Por esta razón, no podemos realizar el sub-análisis dentro de esa subcategoría.

visualizando como entidades más frecuentes al VIH/SIDA, neumonía, tuberculosis, diarreas e infecciones gastrointestinales y meningitis. Podemos observar que, con excepción de las IRA y el dengue, las enfermedades infectocontagiosas en forma individual son poco citadas, apareciendo la infección por VIH como la más citada (99 referencias).

Dentro de esta categoría, podemos analizar diversas sub-categorías. En primer lugar, podemos citar a las "infecciones intestinales", que se registraron como causa de muerte en el 1.13% (380 casos) y como causa de egreso hospitalario en el 26,99%(61.017 casos), pero solo se menciona en el 1.38% de las noticias (34 referencias) como tema principal. Por su parte, la tuberculosis fue causa de muerte en el 1.87% de los casos (626 casos) y causa de egreso hospitalario en el 1,90% (4.288 casos) mientras se presentó en el 1.54% de las notas (38 noticias). Este tema será desarrollado más adelante.

Por su parte, la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) fue mencionado en el 4.02% de las noticias (99 notas) y fue causa de muerte y de egreso hospitalario en el 4.25% (1423 casos) y 2,50% (5641) respectivamente. Podemos mencionar que el HIV/SIDA figura entre las 10 primeras referencias a enfermedades en la prensa, pero que no forma parte de las primeras 20 causas de muerte ni de egresos hospitalarios. Queremos resaltar que no menospreciamos la importancia de esta epidemia mundial, sino solo evidenciar la desigualdad entre lo que muestra la prensa y los datos oficiales.

La enfermedad de Chagas fue causa de muerte en el 1.34% de los casos (450 muertes) y causa de egreso hospitalario en el 0.13% de los casos (309 casos) y se menciona en el 2.51% de las notas (62 noticias). Ampliaremos estos datos más adelante.

### **Trastornos mentales y del comportamiento**

En cuanto a los trastornos mentales y del comportamiento, encontramos que la mortalidad fue del 0,85% (2.575 muertes) y la cantidad de egresos por este grupo de enfermedades fue del 2,26% (43.838). En comparación, encontramos un 22.05% de noticias en relación con esto (1258).

En referencia a las noticias de salud, podemos observar que la categoría "trastornos mentales y del comportamiento" fue la segunda categoría con mayores referencias, solo superada por las enfermedades infecto-contagiosas. Asimismo, dentro de los primeros veinte padecimientos considerados en forma individual, podemos encontrar que siete de ellos (7/20) son categorías relacionadas con esta temática: "drogas en general", "alcoholismo", "paco", "marihuana", "cocaína", "tabaquismo", "adicciones en general".

Por el contrario, si analizamos la mortalidad podemos ver que los trastornos mentales y del comportamiento no constituyeron una causa importante de muerte en el año estudiado, ya que figura en noveno lugar como causa global, representando solo el 0,85% de las

muerres. Consideradas en forma individual, no se detectan enfermedades o padecimientos relacionados con los trastornos mentales o adicciones dentro de las primeras veinte causas.

Por su parte, al analizar las estadísticas de egresos hospitalarios, notamos que los trastornos mentales y del comportamiento configuraron la 7° causa de egreso en forma global y se encontró al abuso de alcohol como vigésimo primera causa de egreso.

Es decir que existe una discrepancia entre la importancia relativa mostrada a través de las noticias de salud y el relativo bajo número de muertes e internaciones que producen estos trastornos. Sin embargo creemos que una variedad de patologías se encuentran relacionadas especialmente con las adicciones, pero que esto no se refleja numéricamente, dado el procedimiento para realizar las estadísticas de salud. Podemos mencionar en relación con esto, a modo de ejemplo, que es ampliamente conocida la relación entre la cirrosis hepática o los accidentes de tránsito con el consumo de sustancias adictivas, especialmente el alcohol. A pesar de ello, al momento de clasificarlo, muchas de las muertes o de los egresos de estos pacientes se clasifican como enfermedades del hígado o accidentes de tránsito, sin mencionar el efecto producido por el alcohol. Algo similar ocurre con los ingresos hospitalarios por heridos de arma blanca o de fuego, o los traumatismos, donde no se considera la implicancia del uso de sustancias adictivas en relación con estos episodios. De manera que consideramos que la importancia de estas afecciones no se revela a través de las estadísticas, pero que de todas maneras constituye un problema importante y grave de salud pública en nuestro país.

Queremos mencionar que en las noticias de salud, dentro de las "enfermedades mentales" encontramos que las más citadas fueron las enfermedades mentales en general y la depresión. Le sigue la angustia. El resto de las subcategorías fueron mencionadas en menor medida.

En cuanto a las enfermedades mentales y los trastornos del comportamiento, la única sub-categoría analizada en profundidad fue el alcoholismo dado que el resto de las variables no eran equivalentes entre las noticias y aquellas utilizadas en las estadísticas de mortalidad y morbilidad. El alcoholismo representa el 27,45% de las causas de muerte entre los trastornos mentales y del comportamiento, y el 23,82% de los egresos hospitalarios. En comparación, se registra en el 14,54% de las referencias en las noticias relacionadas a este tópico. Sería de sumo interés indagar cualitativamente la forma de abordar el tema en las noticias.

Dentro de las adicciones, las más citadas fueron el paco y el alcoholismo, y luego se encuentran otras drogas, como la marihuana y la cocaína. Posiblemente este orden se debe a que las drogas aparecen, en los medios, más vinculadas a problemáticas delictivas (de seguridad y narcotráfico) que a problemas de salud, como es el caso del consumo de tabaco y alcohol (drogas legales). De hecho, cabría analizar las noticias vinculadas a alcoholismo y

en qué medida se la plantea como droga adictiva de venta libre y con graves consecuencias para la salud pública.

## **Violencia**

En el caso de las violencias, se observó que son causa de muerte en el 6,19% de los casos (18.860 muertes) y como causa de egreso en el 10,64% (205.830 casos) mientras que apareció en el 8,97% de las noticias (512 referencias).

Si analizamos las noticias de salud, observamos que dentro de la categoría "Violencias", las variables "Violencia contra la mujer" (107 referencias), "Violaciones sexuales" (67), "Accidentes de transporte" (62), "Violencia en general"(55) y "Violencia familiar" (46) aparecen dentro de las 5 más citadas. El resto de las categorías con menor frecuencia de citación fueron los accidentes en el hogar, accidentes laborales, los homicidios, la violencia contra adultos mayores, las lesiones intencionales, los accidentes en la vía pública y los ahogamientos. Al respecto, cabe reflexionar en torno al carácter público que adquieren por momentos hechos de la esfera privada, como puede ser el haber sufrido una violación o perder un ser querido en un accidente de tránsito u otro tipo de violencia. Resultaría interesante indagar en este tipo de noticias cuántas lo plantean como problemática social, por ende, de salud pública y cuántas toman eventos y casos tendientes a espectacularizar situaciones muy delicadas para quienes las han padecido.

Al analizar los veinte padecimientos que se presentan con mayor frecuencia en las noticias, podemos ver que figuran tres sub-categorías de la categoría "Violencia": "violencia contra la mujer", "violaciones sexuales" y "violencia en general". Si contrastamos esta información con los datos oficiales encontramos que dentro de las primeras veinte causas de muerte figuran los accidentes de tránsito en el treceavo lugar y el suicidio en el decimoséptimo. Para los datos de morbilidad, podemos ver que cinco de las primeras veinte causas de egreso se relacionan con violencia (causas externas): traumatismos de miembros superiores e inferiores, traumatismos múltiples, traumatismo de cabeza y cuello, envenenamiento y efectos tóxicos, traumatismo de tórax, abdomen, columna y pelvis.

Dentro de las causas violentas, el suicidio se registra como causa de muerte en el 15,78% (2977 casos) en contraste con las 16 noticias (4,21%) en las que aparece mencionado.

Es decir que la frecuencia de citación en forma global en las noticias es aproximadamente un promedio del porcentaje de mortalidad y egresos hospitalarios producidas por causas violentas, aunque si examinamos las variables específicas podemos detectar que las dos variables más frecuentes que producen la muerte (accidentes de tránsito y suicidio), especialmente en población joven, no son mencionadas entre las más frecuentes en las noticias.

### **Embarazo, parto y puerperio**

Considerando el "embarazo, parto y puerperio", encontramos que estos temas fueron causa de muerte en el 0,14% de los casos (428 muertes) y causa de egreso en el 23,54% (455.233). Se cuantificó en un 4,64% de las noticias (265).

Al analizar las noticias de salud, es interesante observar que la variable "embarazo" fue la más citada (119 referencias, 44.90%), seguido por muy poca diferencia por "aborto" (111, 41.88%). Otras variables menos citadas fueron "parto" (21, 7.90%), "puerperio" (7, 2.6%) y "cesárea" (7, 2.6%). Podemos observar asimismo que "embarazo" y "aborto" figuran entre los diez padecimientos más citados entre las noticias de salud.

Por su parte, entre las veinte causas de mortalidad más frecuentes, no se observan patologías relacionadas con esta temática; mientras que si examinamos las causas de egreso hospitalario, podemos encontrar que cuatro de las diez causas más frecuentes de egreso están vinculadas a la salud sexual y reproductiva: "parto" (en primer lugar), "complicaciones del parto" (segundo), "aborto" (sexto), "complicaciones del embarazo" (noveno).

Podemos decir entonces que los padecimientos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio constituyen entidades que producen muy poca mortalidad, pero que configuran una de las principales causas de internación en nuestro país. Además, el aborto es la principal causa de muerte materna en general, excepto para el período estudiado, donde la principal causa de muerte materna fue la infección por gripe A H1N1 (MSAL, estadísticas vitales, 2009), por lo cual consideramos relevante la exposición de este tema. En este sentido las noticias de salud equilibran la situación polar entre la morbilidad y la mortalidad, ya que las noticias de salud sobre "embarazo, parto y puerperio" son más frecuentes que la mortalidad que ella produce, pero menos frecuente que el número de egresos. La importancia sanitaria de esta temática se relaciona con otros hechos, pero evidentemente la mortalidad global no es un elemento determinante. Podríamos considerar que el rango etario al cual afectan estas patologías (mujeres jóvenes) así como un creciente debate en la sociedad civil sobre la legalización del aborto en pos de disminuir su complicación más negativa, la mortalidad materna, podrían constituirse como dos elementos que contribuyen a la producción de noticias sobre esta temática.

### **Tumores malignos**

Dentro de la categoría "Tumores malignos", encontramos que la mortalidad fue del 18.91% (57.590) y la cantidad de egresos por estas enfermedades fue del 2.88% (55.747) mientras que un 3.20% noticias (183) refería a ella.

Dentro de los primeros veinte temas en las noticias, solo encontramos una referencia a "cáncer en general", pero los tumores que mayor mortalidad producen no son

mencionados. Por su parte, si analizamos las enfermedades mencionadas en las noticias, podemos señalar que los más citados fueron, en orden de frecuencia, el cáncer de mama (26 referencias), el cáncer de pulmón (24), el cáncer de cuello de útero (18) y el cáncer de colon (17), pero como podemos observar, con pocas referencias.

Si analizamos las causas de egreso hospitalario, podemos advertir que solo aparecen los tumores digestivos entre las primeras 20 causas. Este hecho contrasta con la mortalidad por causas específicas donde se observa que el cáncer de pulmón, el cáncer de colon y el cáncer de mama forman parte de las primeras veinte causas de muerte. Estas tres enfermedades constituyen casi el 7% de las muertes en Argentina en el año 2009. También podemos encontrar entre los primeros 20 causas de muerte al cáncer de páncreas y el de próstata, que no fueron mencionados en las noticias. Asimismo, los tumores malignos constituyen la segunda causa global de mortalidad, y el cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres jóvenes. Podemos reforzar esta información al analizar las noticias sobre tabaquismo, el cual figura en doceavo lugar entre los padecimientos más nombrados en la prensa, ya que de las 96 noticias que tratan el tema del tabaquismo, solo 13 mencionan al cáncer de pulmón (13,54%). Llama la atención el bajo porcentaje de noticias que aluden a esta relación debido a que es altamente reconocida. Podemos concluir que la problemática relacionada con tumores malignos se encuentra poco visibilizada en la prensa.

### **Enfermedades cardiovasculares**

Se reconoce como causa de mortalidad a la enfermedad cardiovascular en el 29,52% de los casos (89.916) y como causa de egreso hospitalario en el 6,08% de los egresos (117.643 casos). En contraste, se registró como temática principal en el 2,16% de las referencias en las noticias (123 referencias).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en nuestro país. Si consideramos la mortalidad por causas en forma individual podemos observar que cuatro de las primeras veinte causas corresponden a este grupo. Por su parte, conforman la cuarta causa de internación en forma global y dos de las primeras veinte causas de egresos también integran este conjunto.

En contraste con estos datos, la importancia que se le otorga a través de las noticias de salud es mucho menor, siendo que configura la 6° causa considerada grupalmente, con solo 123 referencias. Podemos observar la discrepancia entre la mortalidad y morbilidad, y las noticias que hacen referencia a esta patología. Algo similar sucede en el estudio de Ruiz et al (2004) donde se observa que el infarto no es un tema de importancia mediática pese a la elevada mortalidad. Queremos remarcar, nuevamente, que solo podemos comparar a las

enfermedades cardiovasculares como grupo, dado que en la codificación de las noticias no se han desagregado las enfermedades individualmente.

### Otros temas

Las deficiencias nutricionales fueron la causa de muerte en el 0,36% de los casos (1.112 casos) y la causa de hospitalización en el 0,14% de los egresos hospitalarios (2.718), y fue el tema principal en el 1,24% de las noticias (71 noticias).

Para la diabetes, podemos encontrar que fue la causa de muerte en 2,52% de los casos (7701 muertes) y causa de egreso en 1,15% (22203), mientras aparece en 1,05% de las noticias (60 referencias), sub-valorado en la prensa en relación con la mortalidad.

Si analizamos las enfermedades del sistema respiratorio, podemos observar que fueron la causa de muerte en el 8,6% de los casos (26193 casos) y la causa de hospitalización en el 4,11% de los egresos hospitalarios (79526), y fue el tema principal en el 1,03% de las noticias (59 noticias). En este caso podemos realizar la misma exploración que la realizada para cáncer de pulmón. El tabaquismo es el principal factor relacionado con el cáncer de pulmón y las enfermedades respiratorias crónicas. De las 96 noticias que referían a la temática de tabaquismo, solo el 4,16% mencionan al "enfisema" (4 noticias), el 4,16% a la "enfermedad pulmonar obstructiva crónica" (4 noticias) y 12,50% a las "enfermedades respiratorias" (12).

Las malformaciones congénitas fueron causa de muerte en el 0,91% de los casos (2.787) y causa de egresos hospitalarios en el 0,72% (13.987 casos). Fue mencionado en el 0,47% de las noticias (27 notas).

Por último, para las enfermedades del hígado podemos observar que fue causa de muerte en 1,56% de los casos (4776) y causa de egreso en 0,04% (721). Aparece en el 0,38% de las referencias.

### *4.3 Impacto de las epidemias en las noticias de salud: Infecciones respiratorias agudas y la comparación de la mortalidad infectocontagiosa entre diversos años.*

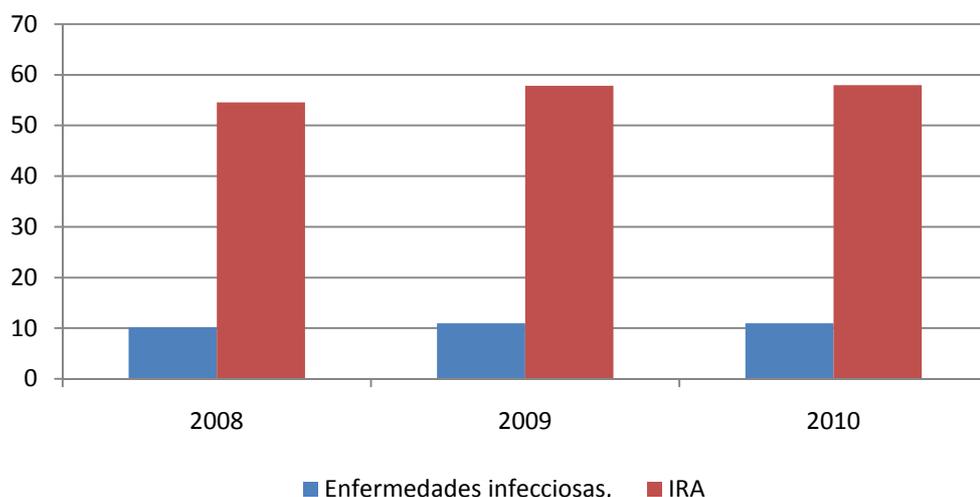
Las infecciones respiratorias agudas (IRA) configuran un caso particular en el conjunto de la categoría de enfermedades infecto-contagiosas, dada la dimensión que adquirió la epidemia de gripe A en nuestro país y el mundo en el año 2009. A pesar de ser una subcategoría dentro de la categoría "enfermedades infectocontagiosas" y dado el alto volumen de noticias que se registraron para esta enfermedad, muy superior a cualquier otro padecimiento (1114 noticias, siendo un 22,16% del total de las noticias analizadas) hemos decidido realizar un análisis independiente y calcular para este padecimiento los valores en

relación con el total de cada categoría. Es decir, el porcentaje de la mortalidad por IRA se calculó en relación al total de mortalidad, el porcentaje de egresos al total de egresos y el número de noticias de IRA con respecto al total de noticias.

Siguiendo esta consideración, las “infecciones respiratorias agudas” se registraron como causa de muerte en el 6,35% del total de muertes (19.348 casos) y como causa de egresos en el 6,95% de los casos (134.346 casos). Sin embargo se identifica en el 22,16% de las noticias (1.114 notas).

Para ampliar el análisis sobre este tópico y aclarar la repercusión que tuvieron estas epidemias sobre la mortalidad y los egresos hospitalarios, hemos realizado la comparación en la mortalidad y los egresos con otros años para evaluar el impacto de la epidemia en la morbi-mortalidad. Con el propósito de discriminar con mayor precisión cuál fue la magnitud en términos de mortalidad o morbilidad de estas patologías, analizamos los registros del año 2008 y 2010, año anterior y posterior a la epidemia de gripe A (Ministerio de Salud 2008, 2010b) para determinar si la misma provocó un cambio en la situación epidemiológica.

Figura 10: Comparación de mortalidad (en porcentaje) por enfermedades infecciosas e infecciones respiratorias agudas entre los años 2008-2010, Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales

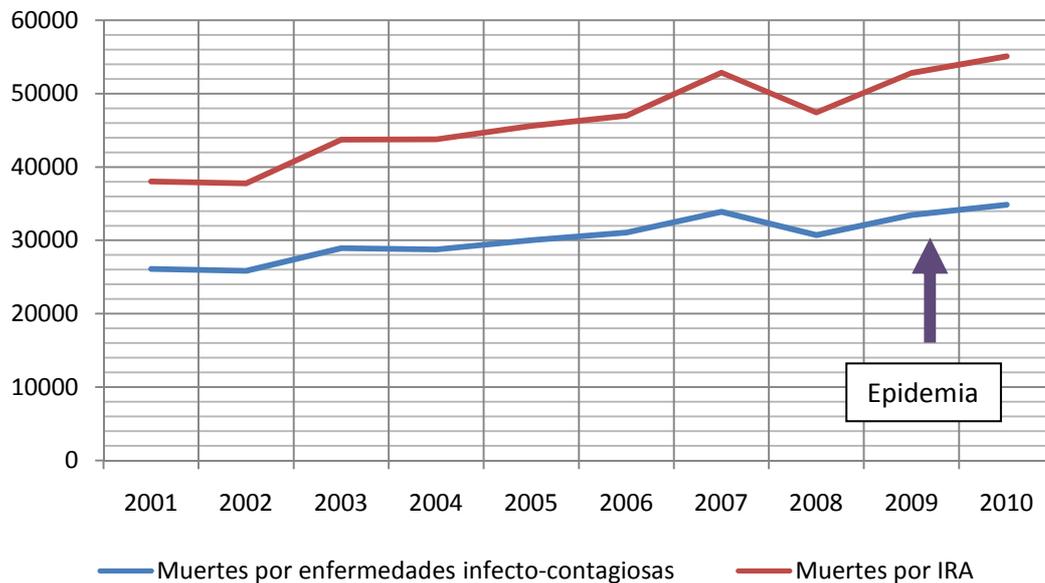
Las estadísticas de mortalidad del año 2010 señalan que las enfermedades infecto-contagiosas<sup>7</sup> son causa de muerte en el 10,94% de los casos (34.853 muertes), siendo similar a las producidas en el año de las epidemias (10,98%; 33.440 muertes). Por su parte, si analizamos en forma aislada las IRA, se registran como causa de muerte en el año 2010 en un 57,98% de los casos de enfermedades infectocontagiosas (20.208 casos) y en el año

<sup>7</sup> Se han respetado las categorías construidas para el análisis del corpus de datos

2009 fue un valor similar de 57,85% (19.348 casos). Por su parte, en el año 2008 se constató un 10,15% de muertes por enfermedades infectocontagiosas (30.692 casos) y un 54,54% por IRA (16.741 casos), valores algo inferiores.

En tal sentido, en la figura 11 se representan la tendencia temporal de muertes por enfermedades infecto-contagiosas y por IRA entre los años 2001 y 2010. Como podemos observar, hay una leve tendencia a incrementarse los casos totales de muerte por enfermedades infecto-contagiosas, principalmente a expensas de un aumento de IRA durante toda la década. No obstante, no se registra una situación de brote o un aumento considerable de muertes (tanto de infecto-contagiosas como de IRA) durante el año 2009. Para evaluar este hecho epidemiológico, hemos analizado el "Índice epidémico", que constituye un indicador de la mayor o menor importancia de un proceso patológico que afecta a una población en un periodo determinado de tiempo en relación a un nivel esperado o "nivel endémico" (Blas, 2006). El índice epidémico del periodo estudiado es igual a 1.21, lo que indica que en ese periodo la enfermedad evoluciona dentro de lo esperado. Este hecho evalúa estrictamente datos de mortalidad, es decir, no se observó un aumento no esperado de muertes durante el período estudiado. Sin embargo, durante la evolución de la epidemia, se realizó un registro de casos de IRA que detectó un aumento de los mismos con respecto a los años anteriores sin que éstos produjeran mayor mortalidad. Es decir que hubo un aumento de la incidencia sin aumento de la mortalidad. En el mismo sentido, podemos observar que durante el año 2009 la principal causa de mortalidad materna fue la gripe A y otras IRA, cuando habitualmente la principal causa era el aborto.

Figura 11: Mortalidad por enfermedades infectocontagiosas e infecciones respiratorias agudas entre los años 2001-2010.

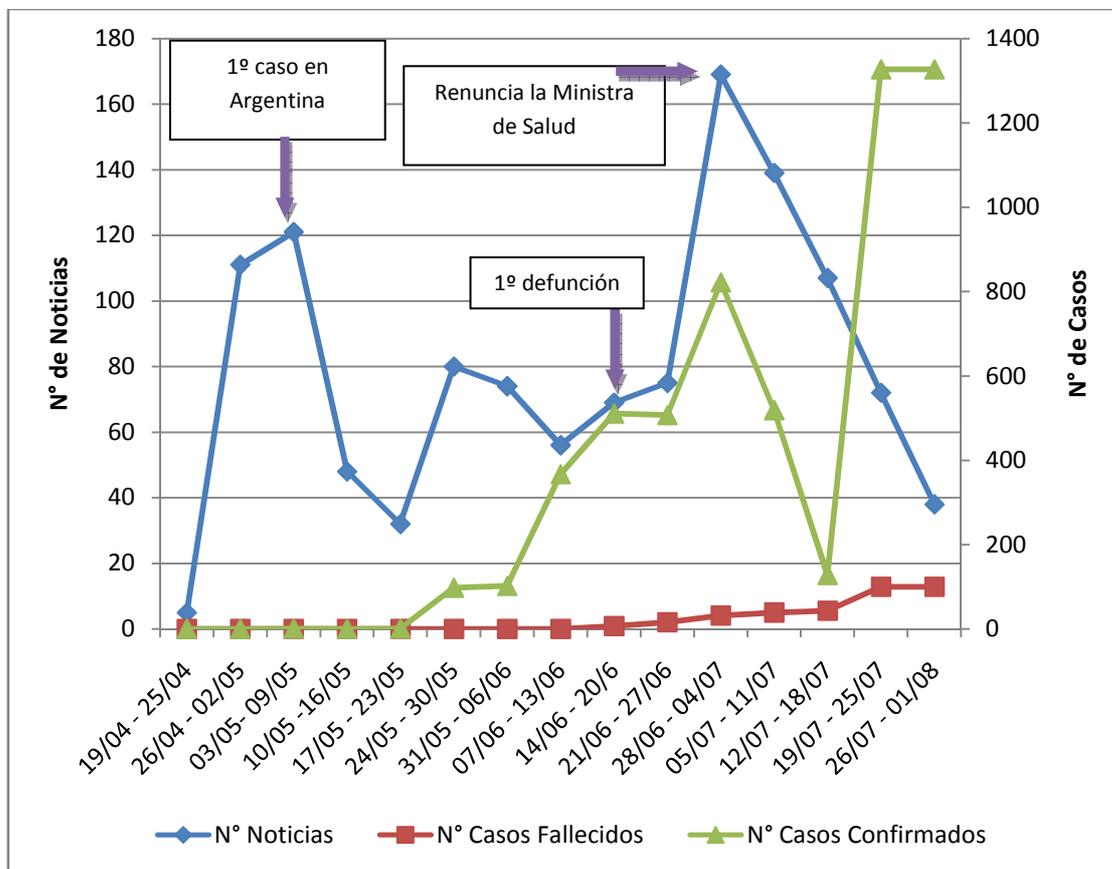


Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas vitales. Ministerio de Salud de la Nación. Años 2001-2010 (Ministerio de Salud, 2001 a 2008, 2009d, 2010b).

Algo similar sucede al comparar la cantidad de noticias y la cantidad de muertes según las semanas epidemiológicas durante el transcurso de la epidemia de gripe A. Para ello, hemos adoptado los datos que muestra Spinelli, Sy (2012)- donde confronta la cantidad de noticias detectadas con la cantidad de casos confirmados y cantidad de muertes por gripe A en cada una de las semanas epidemiológicas (SE)<sup>8</sup> mientras duró la epidemia (figura 12). Se tomaron en cuenta las semanas epidemiológicas en las que aumentó considerablemente el número de noticias con respecto a este tema.

<sup>8</sup> Según la OMS, para realizar las acciones de vigilancia epidemiológica, se requiere agrupar los padecimientos o eventos epidemiológicos alrededor de un período de tiempo determinado. Este período es generalmente una semana y se la conoce como semana epidemiológica. Permite la comparación de eventos epidemiológicos año tras año y entre diferentes países (OMS, 2000).

Figura 12: Cantidad de noticias, cantidad de casos confirmados y cantidad de fallecidos por Gripe A en función de la semana epidemiológica mientras duró la epidemia en Argentina. Abril-Agosto 2009.



Fuente: Spinelli, Sy, 2012.

Como podemos advertir, durante el primer mes las noticias no guardan relación con la cantidad de casos, ya que se corresponde con la novedad que adquiere la aparición y proliferación de casos en México y EE.UU. El primer caso de gripe A en nuestro país se registra el 8 de mayo. Durante la semana del 24 al 30/05, se produce un aumento brusco de la cantidad de noticias en relación con el inicio de la circulación autóctona del virus. En las 4 siguientes semanas, la tendencia en la cantidad de noticias y la cantidad de casos confirmados parecen no coincidir. En la semana del 14/6 (SE 24) se produce un aumento de casos en vinculación con el primer fallecimiento por la enfermedad. A partir de la SE 25 (21/06), la cantidad de noticias aumentó, en relación no solo con la cantidad de casos sino también en estrecha relación con las elecciones legislativas que tuvieron lugar ese año en nuestro país. Desde la SE 29 (19/07) nuevamente no se observa una correlación entre ambos parámetros. En síntesis, de las 15 semanas graficadas, en solo 5 existe correlación entre la cantidad de noticias y los casos confirmados, y como podemos apreciar, en ningún momento existe relación con la cantidad de personas fallecidas por gripe A.

## Dengue

Con respecto al dengue, el análisis se realizó en forma indirecta, dado que no figura como categoría ni en las estadísticas vitales ni en las estadísticas de egresos hospitalarios. Se incluye dentro de la categoría "demás enfermedades infecciosas y parasitarias". Para el año en estudio, se observaron 356 muertes en esta categoría y 2281 egresos.

Sin embargo, los datos más relevantes en torno a esta epidemia surgen de fuentes alternativas a las utilizadas para esta investigación, ya que produjo poca mortalidad y pocas internaciones. Según Bernardini Zambrini (2011), la epidemia de dengue se vincula con la epidemia que había sufrido meses antes Bolivia, considerada como la peor en ese país por esta enfermedad. A partir de abril se detectan los primeros casos en nuestro país y el 15 de mayo, el Ministerio de Salud de la Nación informaba sobre más de 24.000 casos autóctonos y cinco muertes. A mediados del mes de junio, el Ministerio de Salud de la Nación daba por finalizada la epidemia de dengue y los datos oficiales en ese momento daban cuenta de más de 26.000 infectados y seis fallecidos, aunque las cifras no oficiales hablan de casi 50.000 afectados. Actualmente, a través de la página web, la información oficial advierte que en 2009 Argentina sufrió la epidemia de dengue más grande de la historia sanitaria nacional, con 5 muertos y más de 26.000 personas que padecieron la enfermedad entre enero y mayo de ese año (MSAL, de la epidemia a la eficacia, 2010).

A partir de estos datos, consideramos que el alto número de noticias sobre enfermedades infecto-contagiosas (básicamente relacionados con las epidemias) es muy superior al impacto que tuvieron a nivel de morbi-mortalidad, especialmente en el caso de la Gripe A H1N1; teniendo en cuenta que no se correlaciona con el número de muertes o internaciones en el mismo período, con la excepción citada de muertes maternas. Este hecho refleja dos situaciones. Por un lado, enfermedades con poca mortalidad o necesidad de internación pero que, no obstante, producen alta tasa de infecciones. En este sentido podríamos afirmar que las noticias de salud reflejan esta realidad sanitaria.

Por otro lado, se ponen en evidencia los múltiples factores que influyen en la decisión de escribir una noticia. De este modo, estimamos que es verdad que los medios de comunicación reflejan una situación social y política que surge a partir de una contingencia epidemiológica y sanitaria que se dio en nuestro país durante dichas epidemias. De hecho, es el propio sistema de salud, incluyendo al Ministerio de Salud de la Nación, que muestra esta situación.

Igualmente, al considerar la causa de muerte e internación en forma independiente, podemos observar que las IRA constituyeron la segunda causa de muerte (considerada en forma individual y no por grupos) durante el período estudiado, en coincidencia con la frecuencia que tiene este tema en las noticias de salud.

De todas maneras y a pesar del hallazgo de esta coincidencia, podemos apreciar que el volumen de notas publicadas sobre gripe A a lo largo del periodo de la epidemia fluctúa en relación con diversos factores de índole periodística (la novedad); política/electoral (coyuntural); y no exactamente en relación con la dimensión epidemiológica del problema. Asimismo, los medios de comunicación gráficos, según la mayoría de las investigaciones, expandieron la sensación de riesgo sobre la epidemia, sobredimensionando una situación epidémica que no se expresaba en los registros oficiales, al menos al considerar la mortalidad o los egresos hospitalarios. (Briggs, 2012; Jait, 2011; Spinelli, 2008; Spinelli, Alazraqui, Sy, 2009).

A su vez, podemos realizar otro análisis. A primera vista, el número de noticias sobre "enfermedades infectocontagiosas" es significativamente superior a la cantidad de muerte o egresos hospitalarios por esta categoría. Sin embargo, si al conjunto total de referencias sobre enfermedades infecciosas (2461) le restamos las noticias sobre dengue e infecciones respiratorias agudas [las epidemias] (1868), podemos observar que solo el 10,39% de las noticias referían a la temática de enfermedades infecciosas (593). Es decir que coincide con los datos sobre mortalidad y morbilidad.

### **Enfermedades de especial interés: Correspondencia entre estrategias del Estado y el interés de la prensa.**

Consideramos necesario rescatar algunas enfermedades que, si bien tienen escaso impacto en términos numéricos tanto en mortalidad como en morbilidad, son patologías relevantes por el valor simbólico que tienen (por diversos motivos, presentados más adelante) y porque, a partir de esta situación, el Estado desarrolla planes especiales y asigna determinado presupuesto, por lo que involucran un gran número de recursos (monetarios, humanos y estratégicos) que intenten paliar y/o eliminar estas enfermedades.

Referimos a la tuberculosis, el Chagas y el cáncer de cuello de útero. La importancia de estas enfermedades no radica en el número de fallecidos exclusivamente, sino en otros factores, que son los que le otorgan un lugar destacado en la sociedad. Entre ellos, podemos mencionar que estas enfermedades suelen afectar a sectores vulnerables de la sociedad, en donde prevalece la desnutrición, las condiciones socio-económicas desfavorables (por ejemplo, viviendas precarias, hacinamiento, trabajo excesivo y precario), población rural o alejada de las grandes ciudades, con menor acceso a la atención en salud, especialmente el caso de la tuberculosis o el Chagas, que deberían ser enfermedades erradicadas. En el caso del cáncer de cuello de útero (y el cáncer de mama) afecta a las mujeres desde edades jóvenes, estos elementos generan que estos padecimientos tengan una importancia simbólica colectiva que trae aparejado diversas consecuencias, entre ellas, la inversión de recursos antes mencionada.

Es por estos motivos que examinamos especialmente cómo era la relación de los datos estadísticos de estas patologías con las características que aparecen en los medios, para corroborar la dimensión que se le otorgaba a este tipo de padecimientos.

El Chagas es una enfermedad endémica en nuestro país que ocupa el 5° lugar entre las enfermedades infecciosas que producen pérdida de calidad de vida por discapacidad (Ministerio de Salud, 2012b) y es la 4° causa de muerte por enfermedades infectocontagiosas, sin tener en cuenta las muertes por secuelas de la enfermedad. El Estado gastó en el año 2009 u\$s 3,7 millones (Auditoría General de la Nación, 2012) para el programa específico de esta enfermedad (declarado por ley 26.281 como de interés nacional y carácter prioritario). Este programa comenzó en 1961 y se han generado grandes avances para enfrentar las causas de este padecimiento, aunque en los últimos años se ha producido un retroceso ya que se observó una tendencia creciente en el número de casos debido a la disminución en las actividades del programa en los inicios del siglo XXI (Ministerio de Salud, 2012b). Solo 9 de los 24 distritos en el país tienen bajo o nulo riesgo de transmisión vectorial de la enfermedad. Se calcula que existen en nuestro país 1.600.000 infectados (que corresponde casi al 4% de la población total del país) y más de 300.000 personas afectadas por cardiopatía chagásica. La prevalencia en el país es de 4,1 casos por cada 100 habitantes (OPS, 2006). El propio MSal considera al Chagas como uno de los principales problemas de salud pública (Manzur, 2012).

La prensa gráfica mencionó esta entidad en el 2.51% de las referencias (en relación a enfermedades infectocontagiosas), valor algo mayor que la mortalidad (1.34%) y los egresos hospitalarios (0.13%) que produjo.

En tal sentido podemos remarcar que la importancia que este padecimiento tiene para quienes se encuentran involucrados con las políticas de salud, evidenciado por ejemplo en el nivel de gasto del Estado, no se ve reflejada en el número de las noticias que refieren a este tema, aunque podemos observar que existe coincidencia entre el número de noticias y los valores de mortalidad y morbilidad que la enfermedad produce.

La tuberculosis también cuenta con programas propios, tanto a nivel nacional, dependiente del Ministerio de Salud, como regional, impulsado por la Organización Panamericana de la Salud. Es la 3° causa de muerte por enfermedades infectocontagiosas, aunque solo se registraron 38 referencias (1.54%) sobre este tópico. Según registros argentinos, en nuestro país se reconoce una incidencia de 10.000 nuevos casos por año y mueren en promedio 800 personas por esta enfermedad (Ministerio de Salud, 2009b) a pesar de ser fácilmente diagnosticable y contar con un tratamiento eficaz. Para el año en estudio, se registraron 626 muertes y 4288 egresos hospitalarios por tuberculosis. Los registros de OMS avalan los datos del Ministerio de Salud y muestran una prevalencia de 40 casos por cada 100.000 habitantes (OMS, 2011b).

Esta enfermedad es uno de los casos en donde podemos observar la deficiencia en los registros de morbilidad, dado que el porcentaje de la población con diagnóstico de tuberculosis que se interna es inferior al universo de pacientes con tuberculosis, por lo que no queda reflejado en las estadísticas.

Las referencias en las noticias sobre tuberculosis son, como en el caso del Chagas, algo similar a la morbi-mortalidad que generó. Se observó en el 1.54% de las referencias en las noticias de salud, mientras que la mortalidad fue del 1.87% y la morbilidad de 1.89%.

El cáncer de cuello de útero, por su parte, es otra de las patologías para las cuales nuestro país cuenta con un programa nacional con referentes en todas las provincias. Tiene una prevalencia de 7,5 casos por 100.000 mujeres -tasa estandarizada por edad- (Ministerio de Salud de la Nación, 2012c). Es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres de 35 a 64 años. En Argentina, el cáncer de cuello de útero genera 3 mil nuevos casos por año y causa anualmente la muerte de más de 2 mil mujeres, aunque es totalmente prevenible si se lo detecta de manera temprana (MSAL, 2011).

Recientemente (con posterioridad a la recopilación de noticias para esta investigación), se ha sumado al calendario de vacunación obligatorio la vacuna contra el virus de papiloma humano (HPV), considerado agente etiológico fundamental en esta patología, con lo cual la inversión estatal para la prevención de esta enfermedad es alta.

El número de noticias que referían a esta patología es bajo, solo 18 noticias, aunque representa el 9.83% de las referencias a tumores. Asimismo, la mortalidad fue de 4.38% y los egresos configuraron el 11.09%. Es decir que, en este caso también se verifica que las noticias de salud expusieron el tema de acuerdo a la importancia relativa que adquieren en cuanto a morbi-mortalidad.

#### *4.4 ¿Por qué se muestra este perfil epidemiológico en los medios?*

Consideramos que el "perfil epidemiológico" que muestra la prensa gráfica es el resultado de una conjunción de factores, tanto periodísticos, económicos, políticos y médico-epidemiológicos. El perfil epidemiológico en términos de mortalidad y morbilidad constituyen solo uno de los elementos que intervienen en la configuración de las noticias de salud.

En primer lugar, surgen los factores relacionados con la medicina científica que fueron abordados previamente. La hegemonía de dicha medicina, con la consiguiente invisibilidad de otras formas de atención, se relaciona justamente con el dominio de una forma de atención sobre otras, lo cual impregna todas las estructuras relacionadas con el campo de la salud. El Estado seleccionó a la biomedicina como forma de atender la enfermedad y los padecimientos de la población. A raíz de ello, le otorgó una legitimidad que los otros saberes no tienen.

Retomando el concepto de hegemonía que Menéndez toma de Gramsci, es el Estado el que a través de sus actividades (en este caso, la selección del modelo de atención de la enfermedad), favorecería el dominio de una clase sobre otra y de un praxis por sobre las otras; pero que, sin embargo, logra el consenso del resto de los agentes en este campo. De hecho, fue a lo largo del siglo XX que las clases trabajadoras, organizadas en sindicatos y gremios, demandaron al Estado ser abarcados para obtener la cobertura de la biomedicina con el fin de menguar o paliar los procesos morbosos de los asalariados.

Consideramos que en el campo de la salud (Spinelli, 2010), podemos ver reflejado este concepto de hegemonía en las relaciones internas de sus componentes. A través de la evolución y desarrollo de la medicina alopática, la mayoría de los actores del campo de la salud interiorizan los valores de la medicina científica, relacionando simbólicamente a la biomedicina como "La Medicina", único saber con criterios científicos legitimada. No solo los actores sociales involucrados sino también las estructuras institucionales y los grupos que reciben la atención del sistema de salud adquieren características de este saber, y lo consideran como el modelo de atención excluyente, sin cuestionarlo, lo cual se verá reflejado en las noticias de salud. Se pone en evidencia cómo, a través de diversas estrategias, se logró generalizar los valores particulares de un sector (en este caso, de la biomedicina) para el resto de los actores sociales de ese campo y para el conjunto de la sociedad en general. Los medios de comunicación en general, y los gráficos en particular, están inmersos en una sociedad donde los dispositivos biomédicos tienen una presencia importante y se constituyen en la actualidad como una de las estrategias que favorecen la hegemonía del modelo biomédico.

En nuestra investigación, hallamos que la dominación de la medicina científica atraviesa todo el análisis realizado, dado que las categorías utilizadas en la prensa son de origen biomédico. Las otras formas de atención y las enfermedades "tradicionales" (categorías descriptivas diferentes a las que posee la medicina científica) son escasamente visualizadas.

Por otro lado, consideramos que a través de las noticias de salud se pueden detectar características que podrían corresponder a las particularidades del MMH, como la predominancia de los temas relacionados a enfermedad y la muerte, las escasas referencias a salud, los actores sociales predominantes, las causas de mortalidad con más referencias (relacionados a la causalidad microbiológica), entre otras.

La lucha de diversos sectores de la sociedad civil que procuran, a través de los medios de comunicación, visibilizar su problemática es otra cuestión a tener en cuenta. Ejemplo de ello son las organizaciones no gubernamentales (ONG's), quienes disputan espacios en la prensa para exponer sus argumentos. La percepción que la sociedad tiene sobre los actores involucrados en la comunidad médica no es un tema menor. Estos grupos,

que trabajan en relación con la medicina alopática, deben alimentar y conservar su legitimidad y la fuente de soporte económico, tanto de orden públicos como privados. Como señala Nelkin (1985), la exposición y visibilidad (tanto de los grupos como de la problemática que asisten), vehiculizada a través de los medios de comunicación, se transforma en una estrategia necesaria para asegurarse una imagen pública favorable. Conscientes del rol que cumplen los medios, intentan controlar el lenguaje y el contenido de las noticias biomédicas. En este sentido podemos vincularlo con los actores sociales que aparecen en las noticias de salud. Podríamos decir que el 44,8% de los mismos son agentes que tienen un interés especial en imponer su punto de vista y que necesitan insertar una mirada particular de la realidad en pos de obtener estos propósitos. Estos actores incluyen las ONG, las sociedades científicas, las universidades, los hospitales, los sindicatos, las obras sociales.

También podemos mencionar como factores que intervendrán en la decisión de dar lugar o no a ciertos temas a las variables relacionadas con lo periodístico y las particularidades del funcionamiento de la prensa escrita. Entre ellas, aparecen los criterios de noticiabilidad, que son los atributos para que un evento se transforme en noticia (Martini, 2000), lo cual se relaciona con la probabilidad de que un evento atraiga más lectores y por ende atraiga a los periodistas para transformarlo en noticias. Estos criterios son utilizados para todo tipo de temática que aparece en la prensa, pero también pueden ser atribuidos a las noticias de salud (Observatorio de la comunicación científica, 2007). El hecho de que los temas de salud sean una temática sensible para la comunidad y que las noticias sean presentadas en forma alarmante, subrayando los aspectos negativos, configura propiedades que le otorgan a este asunto una alta probabilidad de ser "noticiable". Asimismo, se evidencia una continuidad en la información sobre el PSEA que se presenta en los medios a lo largo de grandes periodos de tiempo en término catastróficos (Menéndez, Di Pardo, 2008).

Asimismo, los intereses económicos y empresariales dejan su impronta en la configuración que toma el "perfil epidemiológico" de los medios. Los intereses del propio medio de comunicación gráfico están inmersos en la lógica misma del mercado capitalista, considerando las noticias como mercancías. Los artículos más atractivos, desde el orden económico, son potencialmente los que más periódicos venden y por ende, los que más aparecen en la prensa. De todos modos, los intereses económicos del propio periódico no son los únicos que afectan la forma que adquieren las noticias de salud. La industria químico-farmacéutica también influye en la composición de las noticias de salud, no solo a través de las enormes sumas de dinero que desembolsan en publicidad en los medios de comunicación sino también a través de publicidad encubierta presentada como noticias de salud. Ejemplo de ello es la influencia de las compañías tabacaleras y el escaso número de

noticias que alertan sobre los riesgos del tabaquismo (Frost K, Frank E y Maibach E, 1997; Simbra M, 2005).

El sistema de producción de la noticia, el interés personal del periodista y la competencia por la dimensión que ocupa este tema con respecto a otros que aparecen en el mismo periódico, también influyen en la forma que adquieren las notas de salud. En este sentido, las noticias de salud compiten con otras temáticas dentro del mismo periódico para ocupar espacios de publicación. Es por esto que los periodistas especializados en ciencia y salud deben seguir la misma lógica que el resto de los reporteros para dar a conocer su información (Harrabin, 2003). Además, la organización misma del medio de prensa colabora en la selección de las noticias (Observatorio de la comunicación científica, 2007).

Otro aspecto que consideramos importante en la conformación del "perfil epidemiológico" de la prensa escrita es la posición política de la editorial. Esta influencia se relaciona con el número de noticias y con la forma que adquiere el discurso sobre determinado evento. Eynard, Drovetta (2011) muestran este aspecto en el análisis del discurso en las noticias sobre dengue en Córdoba durante la epidemia de 2009. Si bien esto es especialmente manifiesto en la forma que adquiere el discurso de la noticia (en cuanto a la crítica hacia determinados sectores políticos o el enfoque otorgado a ciertos temas), consideramos que también influye en la cantidad de noticias sobre un evento, que intenta mostrar u ocultar determinada política pública<sup>9</sup>.

De la misma manera, este "perfil epidemiológico" asume en la disposición de su formato la relación que se configura entre el sector salud, especialmente el sector oficial que delimita las políticas públicas, y los medios de comunicación. Este vínculo entre los periodistas y los gestores es ineludible al momento de analizar las características de las noticias de salud (Harrabin, 2003; Jait A, 2011). Esta relación es mutua, bidireccional y no pocas veces manifestación de la tensión existente entre ambas posiciones. Por un lado, el sector oficial es una fuente constante de información para los medios de comunicación. Los medios evalúan y examinan en detalle las políticas gubernamentales, tanto en salud como en otros campos. El sector salud, así como los sectores ocupados en la producción de medicamentos, necesitan y hacen uso de los medios para lograr amplios efectos políticos y sociales. Por otra parte, el enfoque de las noticias de salud genera un condicionamiento a las decisiones de los diversos sectores oficiales (Briggs, 2012; Harrabin, 2003). Los medios de comunicación amplían el horizonte de audiencia a la que la medicina alopática puede alcanzar al producir un saber que está a disposición de la sociedad. Asimismo, los medios de comunicación son consideradas herramientas importantes en la difusión de mensajes

---

<sup>9</sup>Este tema fue largamente debatido (y continúa siéndolo) a partir de la sanción de la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual. Sin embargo, esta norma se instituyó con posterioridad a la realización de esta investigación.

relativos a la prevención y promoción de la salud hacia grandes grupos poblacionales, teniendo en cuenta la capacidad de los medios para transmitir información masivamente. Este factor constituye un elemento más que moldea las características del "perfil epidemiológico" en los medios de comunicación.

## 5. CONSIDERACIONES FINALES

Podemos describir la vinculación entre el "perfil epidemiológico" de los medios con una serie de elementos que fueron surgiendo a través de la investigación: las características del modelo médico hegemónico, las características socio-demográficas que aparecen en las noticias, las enfermedades y padecimientos que se muestran, la relevancia de las epidemias y la dinámica de los medios de comunicación.

En primer término, queremos remarcar la importancia que consideramos tiene el Modelo Médico Hegemónico en la configuración de las noticias de salud. Sostenemos que el MMH revela las características de la medicina científica y detalla los rasgos estructurales que atraviesan al campo biomédico, que toman en cuenta no solo especificidades internas sino los procesos de intercambio con otros saberes, a través de un proceso de expansión permanente por parte de la biomedicina. Estos rasgos podrían explicar algunas características que adquieren las noticias de salud en los medios de comunicación gráficos de la Argentina, como son la predominancia de los temas relacionados a enfermedad y la muerte, las escasas referencias a salud, los actores sociales que observamos que son predominantes, las causas de mortalidad con más referencias (relacionados a la causalidad microbiológica), el tipo de medicina excluyente que se menciona (la medicina oficial).

Como hemos mencionado previamente, la influencia del MMH en los medios de comunicación se produce a través de diversos mecanismos. La influencia decisiva del MMH se observa en la epidemiología dominante (a través del dominio de la medicina científica en las formas de atención de la salud y la investigación), las formas de gestión y las políticas públicas en salud (vehiculizada por diversos actores emparentados con la biomedicina y con los gestores del ámbito oficial). En ese sentido, los medios reflejan las particularidades del campo de la salud en la actualidad, el cual está impregnado por la medicina científica.

A su vez, existen diversos conjuntos sociales abarcados por las particularidades del MMH que impactan en las características que adquieren las noticias. Hemos observado que las fuentes de información utilizadas por la prensa gráfica están relacionadas, por un lado, con actores sociales vinculados con este saber (hospitales públicos y privados, obras sociales, industria farmacéutica) y, por otro, con actores de la sociedad civil que tienen como referencia a la medicina alopática como forma de atención dominante y legitimada (ONG's, universidades, sociedades científicas). Esto es a su vez retroalimentado por los propios medios de comunicación, los cuales invisibilizan en las noticias de salud a cualquier otra forma de atención de los padecimientos.

Por otra parte, podemos agrupar una serie de hallazgos que ponen en evidencia la preeminencia de la medicina científica en las noticias de salud. Hemos constatado que las noticias sobre PSEA en la prensa gráfica en 2009 aluden a la enfermedad y a la muerte en

forma dominante, con pocas menciones a la salud. Este hecho también fue verificado en otras investigaciones (Menéndez, Di Pardo, 2009). De modo similar, predomina la mención sobre prevención frente a la asistencia y control de la enfermedad. En este punto podemos señalar que si contabilizamos las citas sobre la atención de la salud y el control de la enfermedad en forma conjunta (prácticas dominantes de la medicina científica) son mayores que la referencia a la prevención. Asimismo, consideramos que para poder indagar qué tipo de prevención es la que aparece representada en las noticias, sería necesario realizar un estudio cualitativo acerca de las características mencionadas en relación con la prevención, partiendo de la hipótesis que hallaremos un modelo de prevención no estructural, tal como se describe para el MMH.

En este sentido, podemos recalcar que la biomedicina es la forma de atención de los padecimientos que se menciona más frecuentemente, con escasa menciones a otro tipo de prácticas y/o enfermedades tradicionales. Sostenemos que esta observación estaría relacionada con el hecho de que la medicina científica está considerada como la única forma legítima de atender la salud, valorada como "La Medicina".

En relación con los actores sociales mencionados, una cuarta parte presentan estrecha relación con el Modelo Médico Hegemónico. En el 25% de las noticias el actor social involucrado tenía un evidente origen en la medicina alopática como son las sociedades científicas, los hospitales y las universidades, lo que también se corresponde con la invisibilidad que tienen otros tipos de medicina.

Si observamos las causas de mortalidad, la principal causa mencionada fueron "los gérmenes", que si bien es un término vago e indefinido, alude directamente a relaciones causales de la enfermedad de tipo biologicistas, característico de la biomedicina.

A partir de estas observaciones podemos advertir que las noticias de salud analizadas reflejan algunas características que podrían corresponder a particularidades del modelo medico hegemónico. Estimamos que este hallazgo se relaciona con que diversos factores que influyen en la conformación del perfil de noticias en los medios están atravesados por la medicina científica.

En segundo lugar, podemos rescatar algunas de las características socio-demográficas de la población en relación con los PSEA que surgieron a partir del análisis de los datos. En las noticias analizadas, la población con mayor visibilidad fueron los niños, seguido de los adolescentes y jóvenes. Estos dos grupos son los que menor mortalidad y morbilidad tienen. Los niños son el mayor grupo mencionado, considerado en conjunto. Sin embargo, si consideramos los rangos etarios mas desagregados, podemos observar que los de mayor exposición son los jóvenes. Consideramos que este hecho se relaciona con el discurso estigmatizante que existe en los medios hacia la juventud, en donde se los relaciona con el delito, la violencia, las drogas y el alcohol, más que con características

sanitarias o médicas que se pueden evidenciar a través del perfil epidemiológico (Observatorio de jóvenes, comunicación y medios, 2009). En contrapartida, podemos ver que la problemática de adultos mayores y gerontes tiene poca representación en la prensa gráfica.

En cuanto al nivel económico de los grupos sociales, existe mayor visibilización de las clases más desfavorecidas. Sin embargo, el hecho de que la clase baja sea la más mencionada consideramos que no pone en evidencia las causas estructurales de la distribución desigual de los padecimientos, es decir que no expone la importancia de los determinantes sociales en los procesos de salud-enfermedad. Se debería realizar un análisis cualitativo para profundizar este punto.

Las localidades más mencionadas en las noticias fueron la provincia de Buenos Aires (BSAS), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Córdoba, Chaco, Río Negro, Neuquén, Tucumán, Mendoza, Salta, Catamarca, Santa Fe y Jujuy. Los de menor referencia fueron Chubut, Santa Cruz y San Juan. Consideramos que las causas de esta observación fueron la selección de diarios que realizamos (algunos nacionales y otros regionales), la cantidad de población en cada una de las provincias (cinco de los distritos más citados son las provincias más pobladas del país) y la afectación de las distintas provincias de manera desigual en las dos epidemias sufridas aquel año.

Retomando la hipótesis que planteamos de que los temas abordados en los medios de comunicación gráficos no se correlacionan con el perfil epidemiológico de la Argentina, en la investigación pudimos observar que en la comparación realizada sobre las enfermedades mencionadas en la prensa y en las fuentes del Ministerio de Salud, existe disparidad en los datos en cuanto a la importancia que se le otorga a los temas de salud.

Encontramos coincidencia entre los perfiles epidemiológicos de la prensa y del ministerio de Salud en la relevancia que tienen padecimientos o enfermedades, como pueden ser algunas infecto-contagiosas, consideradas individualmente (IRA, infecciones intestinales), las violencias o la diabetes. Pero para algunos otros, existe una gran divergencia entre las fuentes oficiales (mortalidad y egresos hospitalarios), por lo cual se torna complejo arribar a una conclusión única. Este es el caso de lo relativo al embarazo, parto y puerperio. Es un grupo de dolencias que tienen muy baja mortalidad pero ocupan el principal lugar como causa de egreso hospitalario, no solo porque se ha institucionalizado casi al 100% los partos en nuestro país (Estadísticas vitales, 2009), sino porque algunas de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto son también parte de las principales internaciones. Sin embargo, en las noticias de salud ocupa un lugar intermedio entre estos dos polos, por lo que consideramos que existe cierto balance entre lo que muestra la prensa y la realidad sanitaria.

No obstante, existen una serie de enfermedades en donde tal coincidencia no se produce. Los trastornos mentales y del comportamiento y las deficiencias nutricionales son dolencias que están sobredimensionadas en la prensa escrita, lo cual también se observa en la bibliografía. Las enfermedades cardiovasculares y los tumores por su parte están subdimensionadas, ya que constituyen las principales causas de muerte y no forman parte de los principales temas de agenda de la prensa escrita.

A su vez, podemos realizar el análisis en forma desagregada por grupos de causas o por padecimientos individuales. Al considerarlo como grupos de enfermedades, podemos ver que temáticas como las enfermedades infectocontagiosas, las deficiencias nutricionales, los trastornos mentales y del comportamiento fueron sobre-representados en relación con la mortalidad que producen; mientras que los tumores, las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades cardiovasculares fueron sub-registradas en las noticias. Esta particularidad de las enfermedades cardiovasculares pudo observarse en otro estudio (Ruiz et al, 2004). Las violencias fueron registradas en igual valor que la morbilidad. Lo mismo sucede con la diabetes, las malformaciones congénitas y las enfermedades del hígado. Esto se produce al considerar a las enfermedades como "grupos".

Por otra parte, si consideramos a las enfermedades por padecimientos individuales, podemos detectar, en forma análoga, las disparidades entre las diversas observaciones ya que para algunas dolencias existe congruencia y para otras no. Del análisis surge que existe concordancia entre lo que aparece en la prensa y las fuentes oficiales en padecimientos como las enfermedades respiratorias agudas, que configuran la principal noticia en los medios, en coincidencia con su posicionamiento como segunda causa en forma individual de mortalidad y la tercera en morbilidad, aunque existen dudas si su comportamiento hubiera sido el mismo de no haber atravesado una epidemia. Una situación similar sucede con el embarazo, que se menciona dentro de los primeros cinco lugares en la prensa y es la principal razón de hospitalización. Las enfermedades de especial interés por parte del Estado, como son el Chagas, la tuberculosis y el cáncer de cuello uterino, también presentaron concordancia entre los resultados en las noticias de salud y las estadísticas oficiales.

Pero, por otro lado, esta correspondencia no se observa para otra serie de enfermedades, algunas de las más importantes. La insuficiencia cardíaca fue la primera causa de muerte en el año 2009 según los registros oficiales, pero tuvo escasa presencia en los medios. Una situación similar se observa con los tumores malignos, dado que ninguno de los cánceres que mayor mortalidad produjeron, formaron parte de las primeras 20 referencias más frecuentes en las noticias. Asimismo, en referencia a la violencia y causas externas de morbi-mortalidad, podemos decir que consideradas en forma individual las

causas de muerte violentas o causas externas no fueron mencionadas en la prensa entre los primeros lugares, aunque fue la principal causa de muerte entre los jóvenes.

En relación con el tema de las epidemias, debemos destacar la gran influencia que tuvieron en la configuración del "perfil epidemiológico" de los medios. Estas dos epidemias atraviesan todo el periodo estudiado. Consideramos que el peso que recibieron las enfermedades infectocontagiosas se vincula estrechamente con este hecho. Sin embargo, sostenemos que la importancia que tuvieron estos eventos sanitarios no puede medirse en términos de mortalidad o morbilidad exclusivamente. Es decir, admitimos la repercusión que tuvieron en nuestro país que se vio reflejado en la prensa escrita, aunque consideramos que la metodología elegida para realizar nuestra investigación no puede dar cuenta de ello. A su vez, las IRA configuraron la principal temática que apareció en los medios debido al surgimiento de la epidemia de gripe A, sin embargo, la problemática respiratoria que afecta estacionalmente a la población más vulnerable (bronquiolitis en los niños) y sus causas estructurales (déficit habitacionales/viviendas precarias, mala ventilación, falta de acceso a la atención médica o a la medicación, etc.) no fueron abordados.

Por último, podemos señalar que al comparar el perfil epidemiológico y las noticias de salud se observa que las características que muestra la prensa sobre el PSEA están multideterminadas y que las características sanitarias y epidemiológicas son un factor de influencia, frente a otros, por momentos mucho más predominantes.

Entendemos que factores relativos a lo socio-sanitario, los modelos de atención y elementos relacionados con la comunicación de la prensa gráfica, diversos actores sociales y las relaciones entre los diversos agentes en juego son los que delimitan y moldean las características de las noticias de salud. Es innegable la influencia del Modelo Médico Hegemónico en las sociedades actuales a través de una serie de dispositivos médicos que reflejan la preponderancia del sector salud y cómo las noticias de salud revelan las características de este modelo de atención de los padecimientos.

A su vez, los criterios de noticiabilidad y el sistema de producción de las noticias también son altamente influyentes. La posición editorial y los intereses económicos tanto propios como de terceros forman parte de estos factores. Los diversos actores sociales con intereses y poder para poner su tema en agenda colaboraron en la definición de los temas abordados por la prensa.

Un elemento que queremos remarcar es la relación entre el sector salud y la prensa, que, como hemos mencionado, consideramos un componente principal en la configuración de las características de las noticias de salud.

En resumen, consideramos de relevancia el modo en que ciertas enfermedades se instalan como tema a propósito de su novedad, su impacto periodístico, o la emotividad que

pueda producir determinado relato, no siempre relacionado con criterios vinculados a las tasas de morbi mortalidad que producen.

Retomando nuestra hipótesis, consideramos que la prensa escrita refleja solo parcialmente la verdadera situación epidemiológica de nuestro país y que utiliza los temas novedosos y de impacto, ya sea en el ámbito de la salud como en cualquier otro escenario, para fomentar los intereses empresariales, tanto para ser utilizado en beneficio política como comercial, por la conmoción que algunos tópicos producen en la sociedad, y por la propia lógica periodística.

Queremos señalar que una de las principales limitaciones que tiene esta investigación se relaciona con el abordaje exclusivamente cuantitativo de las noticias de salud. Este análisis nos restringe la capacidad de interpretar la manera en que los medios de comunicación muestran y examinan los temas de salud.

Asimismo, como pudimos evaluar a lo largo de la investigación, la selección del año donde ocurrieron dos epidemias en nuestro país le otorga un giro particular. Otro dato a mencionar es que en cuanto a morbilidad, hemos analizado exclusivamente información relativa a los egresos hospitalarios, por lo que no conocemos las enfermedades altamente prevalentes que tienen baja tasa de internación. Esta información fue tomada en cuenta especialmente al analizar la epidemia de gripe A, debido a que justamente la declaración de este evento epidemiológico como "epidemia" se relaciona con el número de casos atendidos (no contabilizados en las fuentes seleccionadas para nuestra investigación) y no con datos obtenidos de mortalidad y/o morbilidad. Esta es la razón por la cual el índice epidémico se encuentra dentro de valores esperados.

Las ventajas de este estudio se sustentan en la comparación entre noticias y datos oficiales de morbilidad y mortalidad, lo cual es novedoso en el estudio de medios de comunicación y salud.

Como resultado del desarrollo del análisis y buscando explicar e interpretar los hallazgos, podemos plantear que los PSEA en relación con los medios de comunicación constituyen un "proceso" que excede a los propios medios, influenciado por diversos factores tanto biomédicos, socio-culturales como periodísticos-comunicacionales por lo que la salud en los medios se transforma en un asunto relativo a la comunicación pública.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramovich V, Pautassi L. El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. Salud colectiva. 2008;4(3):261-282.
- Academia Nacional de Periodismo. El código de ética de la UNESCO. [Internet]. Buenos Aires, Academia Nacional de Periodismo, 2012. [Citado 19 nov 2012]. Disponible en: <http://www.academiaperiodismo.org.ar/etica/unesco1.html>.
- Álvarez A et al. A gripe de longe e de perto: comparacoes entre as pandemias de 1918 e 2009. Hist. Cienc. Saude-Manguinhos. [Internet]. 2009 [Citado el 3 dic 2012];16(4). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000400014)
- Asociación de Periodistas de Salud. Declaración de principios. [Internet]. Columbia, (EE.UU.): AHCJ; 2012. [Citado el 3 dic. 2012]. Disponible en: <http://healthjournalism.org/secondarypage-details.php?id=56>
- Asociación Médica Argentina. Código de ética para el equipo de salud. [Internet]. Buenos Aires (ARG): AMA; 2012. [Citado 19 nov 2012]. Disponible en: <http://www.ama-med.org.ar/codigoetica.asp>.
- Auditoría General de la Nación. Auditoría de control de gestión ambiental realizado en el Ministerio de Salud, Programa Nacional de Chagas, producido por la Gerencia de Planificación y Proyectos Especiales-Departamento de Control de Gestión Ambiental. [Internet]. Buenos Aires (ARG): AGN; 2012 [Citado 20 Ago 2012]. Disponible en: [www.agn.gov.ar/informes/informesPDF2012/2012\\_020.pdf](http://www.agn.gov.ar/informes/informesPDF2012/2012_020.pdf)
- Ayres JR. Elementos históricos e filosóficos para a critica da epidemiologia. Rev. Saúde pública. 1993; 27(2):135-44.
- Banco mundial. Indicadores demográficos: población rural. [Internet] Washington DC (EE.UU): El Banco Mundial; 2012. [Citado 16 Oct 2012]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.RUR.TOTL>
- Bernanrdini Zambrini D. Lecciones desatendidas entorno a la epidemia de dengue en Argentina, 2009. RevSaúde Pública. [Internet]. 2011. [Citado 25 mar 2012];45(2):428-31. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/2101.pdf>
- Briggs Ch. Perspectivas criticas de salud y hegemonía comunicativa. Rev. Antrop. Social. 2005;14:101-123.

- Briggs Ch et al. The policy implications of collaborations between journalists and health professionals: Lessons from the 2009 H1N1 Pandemic. University of California, Berkeley. En prensa 2012.
- Blas I. Medición de enfermedad: Cálculo del Índice Epidémico [Internet]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza (ESP); mar 2006. [Actualizado 04 mar 2006, citado 02 mar 2013]. Disponible en: <http://www.winepi.net/sp/disease/cinep1.asp>
- Cabral de Almeida MH, Castiel LD. Saúde colectiva, nova genética e a eugenia de mercado. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(2):653-62.
- Canguillem G. Lo normal y lo patológico. México: Siglo XXI Editores; 1978.
- Carbonetti A, Rodríguez ML. Las epidemias de cólera en Córdoba a través del periodismo: la oferta de productos preservativos y curativos durante la epidemia de 1867-1868. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2007;14(2):405-419.
- Centro de control de enfermedades. Crisis and emergency risk communication. [Internet]. Atlanta (EE.UU.): CDC;2002. [Citado 3 dic 2012]. Disponible en: [https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/1/?ui=2&ik=b85b5d003a&view=att&th=13b061158e22fe39&attid=0.2&disp=inline&safe=1&zw&saduie=AG9B\\_P-MiJuyviM0muyiI86v3vUI&sadet=1354549622683&sads=6Y3YYHntJ3TJCLcEtiM9jAP4COA](https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/1/?ui=2&ik=b85b5d003a&view=att&th=13b061158e22fe39&attid=0.2&disp=inline&safe=1&zw&saduie=AG9B_P-MiJuyviM0muyiI86v3vUI&sadet=1354549622683&sads=6Y3YYHntJ3TJCLcEtiM9jAP4COA)
- Centro de control de enfermedades. Crisis and emergency risk communication. PandemicInfluenza. [Internet]. Atlanta (EE.UU.): CDC; 2007. [Citado 3 dic 2012]. Disponible en: <http://emergency.cdc.gov/cerc/pdf/CERC-PandemicFlu-OCT07.pdf>
- Centro de control de enfermedades. Crisis and emergency risk communication. [Internet]. Atlanta (EE.UU.): CDC; 2012. [Citado 3 dic 2012]. Disponible en: [http://emergency.cdc.gov/cerc/pdf/CERC\\_2012edition.pdf](http://emergency.cdc.gov/cerc/pdf/CERC_2012edition.pdf)
- Comisión Nacional de Periodistas de Venezuela. Código de ética del periodista venezolano. [Internet]. Caracas (VEN): CNP;1997. [Citado el 03 Dic 2012]. Disponible en: <http://cnpven.org/archivos/e9a16a01d856de0eaf18/file/etica.pdf>
- Dawidowski A et al. Epidemia de gripe A en Buenos Aires y la comunicación de la prevención colectiva. Revista de Salud Pública. [Internet]. 2010 [citado el 03 dic 2012];XIV(1):24-32. Disponible en: [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10\\_1\\_06\\_art3\\_pp%2024\\_32.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_1_06_art3_pp%2024_32.pdf)
- Demonte F. La construcción de la malnutrición infantil en la prensa escrita argentina durante la crisis de 2001. Salud Colectiva. 2011;7(1):53-71.
- DSM-IV:Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona, Masson; 2001.

- Eynard M, Droveta R. El vector subversivo: la epidemia de dengue en abril de 2009 en la ciudad de Córdoba y su construcción desde la prensa escrita local. En: Petracci M, Waisbord S, comp. Comunicación y Salud en la Argentina. Buenos Aires: La Crujía, 2011. p. 89-116.
- Federico L, Gomes R, Piacenza P. Homicidios diarios. Análisis del discurso periodístico sobre homicidios por armas de fuego. Buenos Aires (Argentina) 2001-2002. Salud Colectiva. 2010;6(3):295-312.
- Foro de Periodistas Argentinos. Código de ética. [Internet]. Buenos Aires /ARG): FOPEA; 2006. [Citado el 03 dic 2012]. Disponible en: [http://www.fopea.org/Etica/Codigo\\_de\\_Etica](http://www.fopea.org/Etica/Codigo_de_Etica)
- Frost K, Frank E, Maiback E. Relative risk in the news media: a quantification of misrepresentation. Am J Pub Health. 1997;87(5):842-845.
- Gambaccini A, Barahona P, Salerno V. La salud que muestra la TV. En: Petracci M, Waisbord S, comp. Comunicación y Salud en la Argentina. Buenos Aires: La Crujía, 2011. p. 117-142.
- Guedes C. R. et al. Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: umarevisão da literatura. Ciência&SaúdeColetiva. 2008;13(1):135-144.
- Guía de atención urgente sobre salud mental. [Internet]. Córdoba (ESP): Defensor de la ciudadanía de Córdoba. 2010. [Citado el 03 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.copclm.com/doc/guia-atencion-enfermedad-mental.pdf>
- Gonçalves Neto VS et al. Conhecimentos e atitudes da população sobre dengue no Município de São Luís, Maranhão, Brasil, 2004. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(10):2191-2200.
- Gruppi L. El concepto de hegemonía en Gramsci. Precisiones preliminares. México, Ediciones de Cultura Popular. 1978.
- Harrabin R. et al. Health in the news. Risk, reporting and media influence. King'sFund. 2003.
- Hortiguera H. La sospecha endémica argentina. La epidemia del miedo y la producción de (des)confianza en épocas de crisis sanitarias. Estudios sobre el mensaje periodístico. [Internet] 2010. [Citado el 03 mar 2013];16:209-234. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/ESMP1010110209A/11412>
- INDEC. Censo 2010. Resultados georreferenciados. [Internet] Buenos Aires (ARG), INDEC. 08 Nov 2012. [Citado el 03 Mar 2013]. Disponible en:<http://www.indec.com.ar/indec.gov.ar.htm>

- Jait A. Los 100 días que vivimos en peligro: la construcción del nuevo virus de la influenza (H1N1) en Clarín. En: Petracci M, Waisbord S, comp. Comunicación y Salud en la Argentina. Buenos Aires: La Crujía, 2011. p. 117-142.
- Loewy M. ¿Lo importante es la salud? Condicionantes, limitaciones y tensiones culturales alrededor de las noticias médicas. En: Petracci M, Waisbord S, comp. Comunicación y Salud en la Argentina. Buenos Aires: La Crujía, 2011. p. 153-170.
- López H, Zitto T. La comunicación en las crisis sanitarias. [Carta al comité de redacción]. Medicina 2010;70:481-484.
- Lull J. Medios, comunicación y cultura. Una aproximación global. Buenos Aires: Amarrortu Editores. 1995.
- Manzur J. Una Argentina sin Chagas es posible. [Internet] Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. 30 Ago 2012. [Citado el 03 Sep 2012]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com\\_content&view=article&id=736:manzur-una-argentina-sin-chagas-es-posible&catid=6:destacados-slide736](http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=736:manzur-una-argentina-sin-chagas-es-posible&catid=6:destacados-slide736)
- Martini S. Periodismo, noticia y noticiabilidad. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2000.
- Martini S, Luchetti L. Los que hacen la noticia. Periodismo, información y poder. Buenos Aires, Ed. Biblos. 2004.
- Médicos del Mundo. Epidemia de Gripe A H1N1-ETI- IRAS en Argentina. [Internet] Buenos Aires, MdM; 2009. [Citado 16 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.mdm.org.ar/informes/13/Epidemia-de-Gripe-A-h1n1-ETI-IRAS.pdf>
- Menéndez E. Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial. 1990.
- Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? México: Alteridades (UAM-Iztapalapa), 1994.
- Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia & Saude Colectiva. 2003; 8(1):185-207.
- Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva. 2005; 1(1):9-32.
- Menéndez E, Di Pardo R. La representación social negativa de los PSEA en la prensa escrita. Salud Colectiva. 2008;4(1):9-30.
- Menéndez E, Di Pardo R. Miedos, riesgos e inseguridades. Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe. México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Publicaciones de la Casa Chata. 2009.

- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Defunciones según grupo de edad por agrupamiento de causa de muerte y sexo. República Argentina. Año 2001 [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2001. [citado 06 ago 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Anuario2001.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Defunciones según grupo de edad por agrupamiento de causa de muerte y sexo. República Argentina. Año 2002 [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2002. [citado 06 ago 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Anuario2002.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Defunciones según grupo de edad por agrupamiento de causa de muerte y sexo. República Argentina. Año 2003 [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2003. [citado 06 ago 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro47.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Defunciones según grupo de edad por agrupamiento de causa de muerte y sexo. República Argentina. Año 2004 [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2004. [citado 06 ago 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro48.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Defunciones según grupo de edad por agrupamiento de causa de muerte y sexo. República Argentina. Año 2005 [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2005. [citado 06 ago 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro49.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Defunciones según grupo de edad por agrupamiento de causa de muerte y sexo. República Argentina. Año 2006 [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2006. [citado 06 ago 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro50.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Defunciones según grupo de edad por agrupamiento de causa de muerte y sexo. República Argentina. Año 2007 [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2007. [citado 06 ago 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro51.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Defunciones según grupo de edad por agrupamiento de causa de muerte y sexo. República Argentina. Año 2008 [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2008. [citado 06 ago 2012]. Disponible en: [www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro52.pdf](http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro52.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación. Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. Año 2009 [Internet]. Buenos Aires: MSal;

- 2009a.[citado 11 jun 2012]. Disponible en:  
<http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Boletin131.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. Boletín epidemiológico periódico. Situación de la tuberculosis. Edición especial: 2009. [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2009b. [Citado 10 Oct 2012]. Disponible en: [http://msal.gov.ar/htm/site/sala\\_situacion/PANELES/BEP46-web/BEP46\\_TBC\\_int.pdf](http://msal.gov.ar/htm/site/sala_situacion/PANELES/BEP46-web/BEP46_TBC_int.pdf)
  - Ministerio de Salud de la Nación. Egreso hospitalarios del sector oficial, según edad por grupos de diagnóstico. Año 2009. [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2009c. [citado 11 jun 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Serie11Nro7.pdf>
  - Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Defunciones según grupo de edad por agrupamiento de causa de muerte y sexo. República Argentina. Año 2009 [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2009d. [citado 11 jun 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro53.pdf>
  - Ministerio de Salude de la Nación. De la epidemia a eficacia. Antecedentes, implementación y resultados del Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla. Coordinación General de Información Pública y Comunicación. 2010. [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2010a. [Citado el 09 Mar 2013]. Disponible en:[http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/5CA6C246B582ED2FC1257727002BAA71-Informe\\_completo.pdf](http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/5CA6C246B582ED2FC1257727002BAA71-Informe_completo.pdf)
  - Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Defunciones según grupo de edad por agrupamiento de causa de muerte y sexo. República Argentina. Año 2010 [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2010b. [citado 06 Ago 2012]. Disponible en: [www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro54.pdf](http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro54.pdf)
  - Ministerio de Salud de la Nación. Vacuna contra el virus de papiloma humano (HPV). Dossier para comunicadores y periodistas. [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2011 [Citado 10 Oct 2012]. Disponible en:<http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/185-vph>
  - Ministerio de Salud de la Nación. Dengue: haciendo historia. [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2012a. [Citado el 16 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/dengue/index.php/institucional/haciendo-historia>
  - Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Chagas. [Internet]. Buenos Aires: MSal; 2012b. [Citado 20 Ago 2012]. Disponible en: [www.msal.gov.ar/chagas/index.php/institucional/programa-nacional-de-chagas](http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/institucional/programa-nacional-de-chagas)
  - Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de prevención del cáncer cervicouterino. Mortalidad por cáncer de cuello útero en Argentina 1980-2009 [Internet].

- Buenos Aires: MSal; 2012c. [Citado 10 Oct 2012]. Disponible en:  
<http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/pdf/epidemiologia/mortalidad-cancer-uterino-1980-2009.pdf>
- Montes de Oca A. La información en salud en revistas dominicales: ¿una vía para la publicidad indirecta? *AnVenezNutr* [Internet]. 2004 [Citado 04 abril 2013];17(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-07522004000200007&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-07522004000200007&script=sci_abstract)
  - Moragas Spa M. Teorías de la comunicación. Barcelona: Editorial Gustavo Gili. 1981
  - Moreno Castro C. Los usos sociales del periodismo científico y de la divulgación. El caso de la controversia sobre el riesgo e inocuidad de las antes de telefonía móvil. *Revista CTS* [Internet]. 2008ene. [Citado el '3 mar 2013];10(4):197-212. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92441013>
  - Mudur G. The media may be the most important source of health information for the general public. En: Schwitzer G et al. What are the roles and responsibilities of the media in disseminating health information? *PLoS Med*. 2005;2(7):e215.
  - Nelkin D. Managing biomedical news. *Social Research* [Internet]. 1985 [Citado 22 oct 2012];52(3):625-46. Disponible en: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/40970391?uid=7686056&uid=3737512&uid=5911656&uid=2&uid=3&uid=67&uid=62&uid=39473&sid=21101296995211>.
  - Observatorio de la comunicación científica. Medicina y Salud en la prensa diaria. Informe Quiral 10 años. 1997-2006 [Internet]. Barcelona, UnviuersidadPompeuFabra. 2007 [Citado 3 jul 2012]. Disponible en: [http://www.upf.edu/pcstacademy/\\_docs/Quiral10.pdf](http://www.upf.edu/pcstacademy/_docs/Quiral10.pdf)
  - Observatorio de jóvenes, comunicación y medios. Informe 2009. [Internet]. La Plata, Buenos Aires: Observatorio de jóvenes, comunicación y medios. Universidad Nacional de La Plata. 2009. [Citado 28 oct 2012]. Disponible en: <http://www.perio.unlp.edu.ar/observatoriodejovenes/sites/perio.unlp.edu.ar/observatoriodejovenes/files/informe%20entero%20-%20puntos%201%20a%204.pdf>
  - Observatorio de jóvenes, comunicación y medios. Los jóvenes según los medios: introducción. [Internet]. La Plata, Buenos Aires: Observatorio de jóvenes, comunicación y medios. Universidad Nacional de La Plata. 2011. [Citado 28 oct 2012]. Disponible en: <http://www.perio.unlp.edu.ar/observatoriodejovenes/?q=node/88>

- Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [Internet]. OMS, Washington. 2013. [Citado el 20 Mar 2013]. Disponible en:  
[http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- Organización Mundial de la Salud. Effective Media Communication during Public Health Emergencies. A WHO handbook. [Internet]. OMS, Washington. 2005. [Citado el 03 dic2012]. Disponible en: [https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/1/?ui=2&ik=b85b5d003a&view=att&th=13b061158e22fe39&attid=0.3&disp=inline&safe=1&zw&sadue=AG9B\\_P-MiJuyviM0muyi186v3vUI&sadet=1354550420994&sads=wy8wpvYxL557bWHTwyMeEDVIJN4](https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/1/?ui=2&ik=b85b5d003a&view=att&th=13b061158e22fe39&attid=0.3&disp=inline&safe=1&zw&sadue=AG9B_P-MiJuyviM0muyi186v3vUI&sadet=1354550420994&sads=wy8wpvYxL557bWHTwyMeEDVIJN4)
- Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para planificar la comunicación en casos de brotes epidémicos. [Internet] OMS, 2008. [Citado el 15 Oct 2012]- Disponible en:  
[http://new.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=101&Itemid=](http://new.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=101&Itemid=)
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington DC. 2002. [Citado el 27 Ago 2012]. Disponible en:  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/)
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad: resumen. [Internet] Washington DC. 2011a. [Citado el 27 Ago 2012]. Disponible en:  
[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/index.html](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/index.html)
- Organización Mundial de la Salud. Normas y Estándares en Epidemiología: Calendario epidemiológico 2000. [Internet] Boletín Epidemiológico. 1999; 20(3). [Citado el 15 Oct 2012]- Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/sha/bs993calend.htm>
- Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet] Washington, OMS. 2012. [Citado el 19 nov 2012]. Disponible en:  
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis Country profile: Argentina. [Internet]. Washington, USA, 2011b. [Citado el 27 Ago 2012]. Disponible en:  
[https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO\\_HQ\\_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=AR&outtype=html](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=AR&outtype=html)
- Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [Internet] Ottawa, Canadá: OPS, 1986 [Citado el 06 Oct 2012]. Disponible en:  
<http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud. Estimación cuantitativa de la enfermedad de Chagas en las Américas. OP5/HDM/CD/425-0G [Internet] Montevideo, Uruguay. OPS; 2006 [Citado el 10 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/pdf/chagas19.pdf>
- Peretti L. Las "enfermedades culturales", la etno-psiquiatría y los terapeutas tradicionales de Guatemala. ScriptaEthnologica (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas). [Internet] 2010. [Citado el 03 mar 2013];22:17-28. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14815618002>
- Petracci M, Waisbord S, comp. Comunicación y Salud en la Argentina. Buenos Aires: La Crujía, 2011. [Introducción] p. 9-26.
- Portantiero JC. Los usos de Gramsci. Buenos Aires, Grijalbo. 1999.
- Programa Infosalud. Quienes somos. [Internet]. Programa Infosalud, 2012. [Citado 29 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.programainfosalud.com/Quienes-Somos/>.
- Revuelta G et al. Género y salud en la prensa diaria. GacSanit. 2004;18(supl 2):201-6.
- Ruiz MT et al. El enfoque de género en las noticias de salud. GacSanit. 2004;18(supl 2):65-74.
- Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del PSEA y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. Salud Colectiva. 2007;3(3):271-283.
- Saintout F. Jóvenes y violencia: ante las clasificaciones mediáticas de los demás. [Internet] Observatorio de jóvenes, comunicación y medios, Universidad Nacional de La Plata. [Citado 28 Oct 2012]. Disponible en: [http://www.perio.unlp.edu.ar/observatoriodejovenes/sites/perio.unlp.edu.ar/observatoriodejovenes/files/4.violenciaexpresiva%20N\\_0.pdf](http://www.perio.unlp.edu.ar/observatoriodejovenes/sites/perio.unlp.edu.ar/observatoriodejovenes/files/4.violenciaexpresiva%20N_0.pdf)
- Sfez L. La Salud Perfecta. Buenos Aires: Prometeo. 2008. En: Stolkiner A. Infancia y medicalización en la era de "la salud perfecta". Propuesta Educativa Número 37 (FLACSO). 2012; 21(1):28-38.
- Souza Minayo MC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2009.
- Spadacio C. et al. Medicinas alternativas e complementares:umametassintese. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2010. [Citado el 03 abr 2013]; 26(1):7-13. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/02.pdf>
- Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva. 2010; 6(3):275-293.
- Spinelli H. Capítulo 17: Condiciones de salud y desigualdades sociales: Historias de iguales, desiguales y distintos. En: Minayo MC, Coimbra JR CEA, organizadores.

Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [Internet].

Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. [citado 06 de mayo 2013]. Disponible en:

<http://static.scielo.org/scielobooks/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920.pdf#page=304>

- Spinelli H et al. Las representaciones sociales sobre el proceso salud/enfermedad/atención en la prensa escrita durante el año 2006 en Argentina. [Informe final de proyecto de investigación]. Remedios de Escalada, Instituto de Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús, 2008.
- Spinelli H, Alazraqui M, Sy A. Los medios y la pandemia. Página/12 [Internet]. 11 jul 2009 [citado 25 jun 2012];Sec. Sociedad. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/128073-41112-2009-07-11.htm>
- Spinelli H., Sy A. (Des) información, miedo y autocuidado: claves en el análisis de la farmacologización de una epidemia. Póster presentado al V Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud. Lisboa, Portugal. 9-13 de Octubre de 2012.
- Schwitzer G et al. What are the roles and responsibilities of the media in disseminating health information? PLoS Med. 2005;2(7):e215.
- Simbra M. Whatever news managers wants, viewers get -as medical reporters are pressed to feed the media beast. En: Schwitzer G et al. What are the roles and responsibilities of the media in disseminating health information? PLoS Med. 2005;2(7):e215.
- Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2006
- Urquía M. Teorías dominantes y alternativas en epidemiología. Remedios de Escalada, Ediciones UNLa. 2006.
- Valencia PL. Algunos aspectos históricos sobre el proceso salud enfermedad. Rev.Fac. Nac. Salud Pública. [Internet] 2007. [Citado el 03 abr 2013];25 (2): 13-20. Disponible en:[http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2007000200003&lng=pt&nrm=](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000200003&lng=pt&nrm=)
- Vergara Quintero MC. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la promoción de la salud. [Internet]; 2007. [Citado 25 jun 2012];12(1):41-50. Disponible en: [http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fpromocionsalud.ucaldas.edu.co%2Fdownloads%2FRevista%252012\\_4.pdf&ei=0IGhUJ6gPKKa0QGOjoCwAQ&usg=AFQjCNEiJJC03jIGvn1gE4LXOJp5-dV3w](http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fpromocionsalud.ucaldas.edu.co%2Fdownloads%2FRevista%252012_4.pdf&ei=0IGhUJ6gPKKa0QGOjoCwAQ&usg=AFQjCNEiJJC03jIGvn1gE4LXOJp5-dV3w).
- Vives-Cases C et al. Historia reciente de la cobertura periodística de la violencia contra las mujeres en el contexto español (1997-2001). GacSanit. [Internet] 2005. [Citado el 03

abr 2012];19(1):22-8. Disponible en:

<http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5633/3/Historia%20reciente%20de%20la%20c obertura%20period%C3%ADstica%20de%20la%20violencia%20contra%20las%20mujeres.pdf>

## APÉNDICES

APÉNDICE A: Programa InfoSalud®	118
APÉNDICE B: Tabla de categorías para la codificación de las noticias	120
APÉNDICE C: Definiciones de las categorías para la codificación de las noticias	145
APÉNDICE D: Cuadro de homologación de las categorías utilizadas en la codificación de noticias y las provenientes del Ministerio de Salud.	149

## **APÉNDICE A: Programa Infosalud**

El programa INFOSALUD ® es un emprendimiento cuya idea es crear un observatorio de noticias mundiales de Salud que recopile diariamente la información de las principales fuentes gráficas y on-line del mundo de habla hispana y portuguesa. Incluye el seguimiento diario de la información, la clasificación y posterior categorización de la misma que se adquiere en formato electrónico (Programa Infosalud, 2012). Es un medio comercial que trabaja con alrededor de 250 diarios del mundo de habla hispana y portuguesa. Hasta el momento, el programa tiene tres secciones: “salud ambiental”, “info - ambiente” e “info - agua”. El programa no vende publicidad y tampoco posee sponsors; se vende por suscripción.

La metodología de trabajo consiste en seleccionar las noticias del día referidas a la temática de salud publicadas exclusivamente en diarios; quedan fuera las revistas / semanarios y las publicaciones científicas. Sólo con algunos diarios se trabajan en soporte papel: los diarios nacionales y de algunas provincias en las que hay un grupo de trabajo; el resto del corpus es consultado a través de internet. Se ha realizado una confrontación entre el material al que se accede vía internet y aquel encontrado en soporte electrónico, que evidenció que existe corroboración entre ambos. Al interior de cada diario, se tienen en cuenta las crónicas, editoriales, notas de opinión y cartas de lectores (cuando son considerados de mayor “jerarquía”); quedan afuera las solicitadas y las publicidades. Las bases de trabajo tienen a priori una serie de medios asignados y analizan los diarios de manera íntegra.

El producto evolucionó desde su creación en 1999 -diario impreso-, pasando a convertirse en un newsletter diario a partir de 2002, y evolucionando al formato actual -desde 2008- donde el suscriptor recibe por mail dos informes diarios, un matutino y un vespertino, todos los días hábiles, y un especial los sábados al mediodía, que en ese momento se están colgando en el portal de internet, clasificadas temáticamente. A su lectura accede utilizando la clave de usuario y la contraseña que lo habilita.

Con el material seleccionado se elaboran dos tipos de informe. Uno de ellos es el denominado “síntesis informativa ministerial” en el cuál están incluidas el 100% de las noticias encontradas durante el día. Poseen un archivo de Microsoft Word con todas las transmisiones de este tipo. El informe restante, considerado como el producto genuino del programa, posee entre un 30 y 35% menos de noticias en relación a las síntesis ministeriales, a causa del trabajo de selección que se realiza. A finales de cada mes, el

material recolectado es publicado en CDs. En este tipo de informe, se incluyen la totalidad de los temas. En los CDs, es posible realizar búsquedas por día y por tema.

Los contenidos de las noticias son respetados tal como aparecen en el soporte original. En determinadas ocasiones, “clarifican” el título de la noticia para aclarar dónde ocurrieron los acontecimientos relatados por la noticia y, de esta manera, ayudar a los lectores. En determinadas ocasiones, anteponen a los títulos la ubicación geográfica de origen de la noticia.

Estos datos fueron extraídos de una entrevista realizada al director de la institución (Sr. Crapanzano) en el marco del proyecto de investigación sobre medios de comunicación y salud en 2009 de la Universidad Nacional de Lanús.

**APÉNDICE B: Tabla de categorías para la codificación de las noticias**

<b>A</b>	<b>MORTALIDAD Y MORBILIDAD</b>
<b>A1</b>	<b>MORBIMORTALIDAD GENERAL</b>
A1a	MORBIMORTALIDAD
A1b	MORTALIDAD
A1c	ENFERMEDAD
A1d	MORTALIDAD/ENFERMEDAD
A1e	SALUD
<b>A2</b>	<b>EPIDEMIAS/BROTOS Y FOCOS EPIDÉMICOS</b>
A2a	TIPOS DE EPIDEMIAS
A2b	BROTOS EPIDÉMICOS
A2c	TIPOS DE BROTOS
A2d	FOCOS EPIDÉMICOS
A2e	TIPOS DE FOCOS
A2f	EPIDEMIAS A NIVEL NACIONAL
A2g	EPIDEMIAS INTERNACIONALES QUE AFECTAN A ARGENTINA
A2h	EPIDEMIAS INTERNACIONALES QUE NO AFECTAN A ARGENTINA
A2i	OTRAS
A2j	CAUSAS DE LAS EPIDEMIAS: (ENUMERAR)
A2k	EPIDEMIAS: CONSECUENCIAS: (ENUMERAR)
A2l	TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA
A2l1	ENUMERAR
A2l2	CARACTERÍSTICAS
<b>A3</b>	<b>ENFERMEDAD/MUERTE POR INFECCOCONTAGIOSAS</b>

A3a	INFECCIOSAS EN GENERAL
A3b	COLERA
A3c	DENGUE
A3d	DIARREAS/GASTROINTESTINALES/TIFOIDEAS
A3e	RESPIRATORIAS AGUDAS/RESFRIADOS/GRIPAS
A3f	ENFERMEDADES DE LA PIEL
A3g	INFECCIONES EN EL MEDIO HOSPITALARIO
A3h	HERPES ZOSTER
A3i	MENINGITIS
A3j	LEPRA
A3k	NEUMONÍA
A3l	PALUDISMO
A3m	POLIOMIELITIS
A3n	RABIA
A3o	ROTAVIRUS
A3p	VIH/SIDA
A3q	SÍFILIS/GONORREA
A3r	TRACOMA
A3s	TUBERCULOSIS BRONCOPULMONAR
A3t	VARICELA
A3u	OTRAS
A3v	CAUSAS
A3w	PROBLEMAS/CARACTERÍSTICAS/CONSECUENCIAS
A3x	LOGROS
A3y	OTROS
<b>A4</b>	<b>ENFERMEDAD/MUERTE CRÓNICO-DEGENERATIVAS</b>
A4a	ENFERMEDADES CRÓNICO/DEGENERATIVAS EN GENERAL
A4b	BRONQUITIS CRÓNICA
A4c	CANCER EN GENERAL/TUMORES MALIGNOS
A4d	CÁNCER PULMONAR Y DE VIAS RESIRATORIAS
A4e	CANCER CERVICOUTERTIONO
A4f	CANCER DE COLON, ESÓFAGO/ESTÓMAGO

A4g	CÁNCER DE LABIO, LENGUA
A4h	CÁNCER DE MAMA
A4i	CÁNCER DE PRÓSTATA
A4j	CIRROSIS HEPÁTICA
A4k	DIABETES MELLITUS
A4l	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
A4m	ENFERMEDADES RENALES
A4n	ENFERMEDADES REUMÁTICAS
A4o	HEPATITIS A
A4p	HEPATITIS B
A4q	HEPATITIS C
A4r	HEPATITIS EN GENERAL
A4s	ENFERMEDADES Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS
A4t	HEMOFILIA
A4u	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
A4v	ASMA
A4w	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS
A4x	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
A4y	LEUCEMIA
A4z	VIRUS PAPILOMA
A4aa	ALZHEIMER
A4bb	PARKINSON
A4cc	VÁRICES
A4dd	OTRAS
A4ee	CAUSAS
A4ff	PROBLEMAS/CARACTERÍSTICAS/CONSECUENCIAS
A4gg	LOGROS
A4hh	OTROS
A5	SALUD REPRODUCTIVA
A5a	ABORTO
A5b	EMBARAZO

A5c	PARTO
A5d	PUERPERIO
A5e	CESÁREA
A5f	TÉCNICAS ANTICONCEPTIVAS
A5g	ESTERILIZACIONES
A5h	IMPOTENCIA SEXUAL
A5i	DISFUNCIÓN ERÉCTIL
A5j	ESTERILIDAD
A5k	INSEMINACIÓN ARTIFICIAL
A5l	OTRAS
A5m	CAUSAS
A5n	PROBLEMAS/CARACTERÍSTICAS/CONSECUENCIAS
A5o	LOGROS
A5p	OTROS
A6	VIOLENCIAS
A6a	VIOLENCIAS EN GENERAL
A6b	ACCIDENTES EN EL HOGAR
A6c	ACCIDENTES EN LA VÍA PÚBLICA
A6d	ACCIDENTES DE TRANSPORTE
A6e	ACCIDENTES LABORALES
A6f	ACCIDENTES DEPORTIVOS
A6g	HOMICIDIOS
A6h	SUICIDIOS E INTENTOS DE SUICIDIO
A6i	LESIONES INTENCIONALES
A6j	VIOLENCIA FAMILIAR
A6k	VIOLENCIAS CONTRA LA MUJER
A6l	VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS
A6m	VIOLENCIA CONTRA ADULTOS MAYORES
A6n	VIOLACIONES SEXUALES
A6o	AHOGAMIENTO
A6p	PICADURAS DE ALACRÁN, MORDEDURA DE VÍBORAS
A6q	OTROS

A6r	CAUSAS
A6s	PROBLEMAS/CARACTERÍSTICAS/CONSECUENCIAS
A6t	LOGROS
a6u	OTROS
A7	PROBLEMAS ALIMENTARIOS
A7a	DESNUTRICIÓN
A7b	MALNUTRICIÓN
A7c	ANEMIA
A7d	ANOREXIA
A7e	BULIMIA
A7f	OBESIDAD
A7g	OTROS
A7h	CAUSAS
A7i	PROBLEMAS/CARACTERÍSTICAS/CONSECUENCIAS
A7j	LOGROS
A7k	OTROS
A8	DOLORES (ENUMERAR)
A8a	DOLORES EN GENERAL
A8b	MIGRAÑAS
A8c	DOLORES DE CABEZA
A8d	DOLORES DE DIENTES
A8e	DOLORES DE ESPALDA
A8f	DOLORES DEL CUELLO
A8g	DOLORES DIFUSOS
A8h	OTROS
A8i	CAUSAS
A8j	PROBLEMAS/CARACTERÍSTICAS/CONSECUENCIAS
A8k	LOGROS
A8l	OTROS

A9	DISCAPACIDADES (ENUMERAR)
A9a	CIEGOS
A9b	SORDOS
A9c	MUDOS
A9d	RENGOS
A9e	FALTO DE EXTREMIDADES SUPERIORES O INFERIORES
A9f	DISCAPACIDADES EN GENERAL
A9g	OTROS
A9h	CAUSAS
A9i	PROBLEMAS/CARACTERÍSTICAS/CONSECUENCIAS
A9j	LOGROS
A9k	OTROS
A10	ENFERMEDADES MENTALES (ENUMERAR)
A10a	ENFERMEDADES MENTALES EN GENERAL
A10b	DEPRESIÓN
A10c	EPILEPSIA
A10d	ESQUIZOFRENIA
A10e	TRASTORNOS BIPOLARES
A10f	TRASTORNOS PARANOICOS
A10g	TRASTORNOS DE ATENCIÓN
A10h	HIPERKINESIS
A10i	ALTERACIONES DEL SUEÑO
A10j	PSICOSIS EN GENERAL
A10k	NEUROSIS EN GENERAL
A10l	ANGUSTIA
A10m	ESTRÉS
A10n	OTROS
A10o	CAUSAS
A10p	PROBLEMAS/CARACTERÍSTICAS/CONSECUENCIAS
A10q	LOGROS

A10r	OTROS
<b>A11</b>	<b>ADICCIONES (ENUMERAR)</b>
A11a	ADICCIONES EN GENERAL
A11b	ALCOHOLISMO
A11c	DROGAS EN GENERAL
A11d	COCAINA
A11e	HEROÍNA
A11f	MARIHUANA
A11g	DROGAS DE DISEÑO
A11h	TABAQUISMO
A11i	MEDICAMENTOS
A11j	EXTASIS
A11k	PACO
A11l	OTROS
A11m	CAUSAS
A11n	PROBLEMAS/CARACTERÍSTICAS/CONSECUENCIAS
A11o	LOGROS
A11p	OTROS
<b>A12</b>	<b>ENFERMEDADES DENTALES (ENUMERAR)</b>
A12a	CAUSAS
A12b	PROBLEMAS/CARACTERÍSTICAS/CONSECUENCIAS
A12c	LOGROS
A12d	OTROS
<b>A13</b>	<b>ENFERMEDADES POR CONTAMINACIÓN (ENUMERAR)</b>
A13a	CAUSAS
A13b	PROBLEMAS/CARACTERÍSTICAS/CONSECUENCIAS

A13c	LOGROS
A13d	OTROS
<b>A14</b>	<b>ENFERMEDADES TRADICIONALES (ENUMERAR)</b>
A14a	ENFERMEDADES TRADICIONALES EN GENERAL
A14b	MAL DE OJO
A14c	EMPACHO
A14d	SUSTO/ESPANTO
A14e	CAIDA DE MOLLERA
A14f	BRUJERÍA
A14g	OTROS
A14h	CAUSAS
A14i	PROBLEMAS/CARACTERÍSTICAS/CONSECUENCIAS
A14j	LOGROS
A14k	OTRO
<b>B</b>	<b>CAUSAS DE ENFERMEDAD Y MORTALIDAD</b>
<b>B1</b>	<b>CAUSAS DE ENFERMEDAD Y MORTALIDAD. ENUMERAR Y COFICAR SEGÚN TEXTO</b>
	NOTA: INCLUIR TODAS LAS QUE VAYAN APARECIENDO
B1a	Vida sedentaria, falta de ejercicio, etc.
B1b	hábitos alimenticios;
B1c	estrés, tensiones, angustias;
B1d	clima (frio, calor, lluvias, etc.)
B1e	contaminación
B1f	falta de higiene personal
B1g	falta de higiene en el medio ambiente
B1h	medio hospitalario
B1i	bacterias, virus
B1j	pobreza, condiciones económicas
B1k	otros

<b>C</b>	<b>TIPIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACION</b>
<b>C1</b>	<b>GRUPOS ETARIOS</b>
C1a	NIÑOS EN GENERAL
C1b	MENORES DE 1 AÑO
C1b1	niños
C1b2	niñas
C1b3	sin especificar
C1b4	ambos
C1c	1 A MENOS DE 5 AÑOS
C1d	ESCOLARES
C1d1	niños
C1d2	niñas
C1d3	sin especificar
C1d4	ambos
C1e	JÓVENES Y ADOLESCENTES
C1e1	mujer
C1e2	varón
C1e3	sin especificar
C1e4	ambos
C1f	ADULTOS EN EDAD PRODUCTIVA/MATERNA
C1f1	mujer
C1f2	varón
C1f3	sin especificar
C1f4	ambos
C1g	TERCERA EDAD/ANCIANOS
C1g1	mujer
C1g2	varón
C1g3	sin especificar
C1g4	ambos
C1h	OTROS

C2	GÉNERO/SEXO
C2a	MUJER
C2b	VARÓN
C2c	AMBOS
C2d	GAY/LESBIANAS
C3	RURAL/URBANO
C3a	RURAL
C3b	URBANO
C4	NIVEL ECONÓMICO/OCUPACIONAL/ESTRATO O CLASE SOCIAL
C4a	POBRES
C4b	MARGINALES
C4c	POBRES Y EXCLUIDOS
C4d	CLASE BAJA
C4e	OBREROS
C4f	CLASE MEDIA
C4g	CLASE ALTA/RICOS
C4h	CAMPESINOS
C4i	PIQUETEROS/CARTONEROS
C4j	DESOCUPADOS
C4k	DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS
C4l	OTROS
C5	NIVELES EDUCATIVOS
C5a	ANALFABETOS
C5b	PRIMARIO INCOMPLETO
C5c	PRIMARIO COMPLETO
C5d	SECUNDARIO INCOMPLETO

C5e	SECUNDARIO COMPLETO
C5f	UNIVERSITARIO INCOMPLETO
C5g	UNIVERSITARIO COMPLETO
C5h	OTROS
<b>C6</b>	<b>PERTENENCIA RELIGIOSA</b>
C6a	CRISTIANOS
C6b	CATÓLICOS
C6c	PROTESTANTES
C6d	EVANGÉLICOS
C6e	TESTIGOS DE JEHOVÁ
C6f	SECTAS
C6g	JUDIOS
C6h	OTRAS RELIGIONES
C6i	ATEOS
<b>C7</b>	<b>GRUPOS ÉTNICOS</b>
C7a	GRUPOS ÉTNICOS EN GENERAL
C7b	GRUPOS ÉTNICOS NO ARGENTINOS
C7c	GRUPOS ÉTNICOS ARGENTINOS (ENUMERAR)
<b>C8</b>	<b>MIGRACIÓN</b>
C8a	MIGRANTES EN GENERAL
C8b	MIGRANTES AL INTERIOR DE ARGENTINA
C8c	MIGRANTES HACIA PAISES CENTRALES
C8d	OTROS
<b>C9</b>	<b>REGIONES DE ARGENTINA</b>
C9a	NIVEL NACIONAL

C9b	REGIÓN NEA
C9c	REGIÓN NOA
C9d	REGIÓN CUYO
C9e	REGIÓN CENTRO
C9f	REGIÓN MESOPOTAMICA
C9g	REGIÓN PATAGÓNICA
C9h	CABA
C9i	CONURBANO
C9j	GRAN BUENOS AIRES
C9k	PCIA. DE BUENOS AIRES
C10	PROVINCIAS
C10a	BUENOS AIRES
C10b	CATAMARCA
C10c	CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
C10d	CHACO
C10e	CHUBUT
C10f	CÓRDOBA
C10g	CORRIENTES
C10h	ENTRE RÍOS
C10i	FORMOSA
C10j	JUJUY
C10k	LA PAMPA
C10l	LA RIOJA
C10m	MENDOZA
C10n	MISIONES
C10o	NEUQUÉN
C10p	RÍO NEGRO
C10q	SALTA
C10r	SAN JUAN
C10s	SAN LUIS
C10t	SANTA CRUZ
C10u	SANTA FE

C10v	SANTIAGO DEL ESTERO
C10w	TIERRA DEL FUEGO, ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR
C10x	TUCUMÁN
<b>C11</b>	<b>REGIONES MUNDIALES</b>
C11a	MERCOSUR
C11b	AMÉRICA LATINA
C11c	AMÉRICA CENTRAL Y CARIBE
C11d	EEUU
C11e	CANADÁ
C11f	CUBA
C11g	EUROPA
C11h	ASIA
C11i	AFRICA
<b>C12</b>	<b>MUNDO EN GENERAL</b>
C12a	DESARROLLADOS/NO DESARROLLADOS
C12b	PAISES DESARROLLADOS/RICOS
C12c	PAISES SUBDESARROLLADOS/POBRES/TERCER MUNDO
C12d	OTROS
<b>C13</b>	<b>GRUPOS Y SECTORES DE RIESGO</b>
C13a	MENORES DE UN AÑO
C13b	PREESCOLARES(DE UN A MENOS DE CINCO AÑOS)
C13c	ESCOLARES
C13d	JÓVENES Y ADOLESCENTES
C13e	MUJERES EN GENERAL
C13f	MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
C13g	HOMBRES EN GENERAL

C13h	HOMBRES EN EDAD PRODUCTIVA
C13i	TERCERA EDAD/ANCIANOS
C13j	POBRES Y MARGINALES
C13k	CAMPESINOS
C13l	OBREROS
C13m	ASE MEDIA
C13n	CLASE ALTA
C13o	GRUPOS ÉTNICOS
C13p	OTROS
C13q	NIÑOS EN GRAL
<b>D</b>	<b>PREVENCIÓN, ATENCIÓN, TIPOS DE MEDICINA</b>
<b>D1</b>	<b>PREVENCIÓN /ATENCIÓN</b>
D1a	PREVENCIÓN/PROMOCION DE LA SALUD
D1b	ATENCIÓN DE LA SALUD
D1c	CONTROL DE LA ENFERMEDAD
D1d	OTROS
<b>D2</b>	<b>PREVENCIÓN</b>
D2a	FALTA APLICAR/DESARROLLAR PREVENCIÓN/PROMOCIÓN
D2b	FALTA APLICAR/DESARROLLAR ATENCIÓN DE LA SALUD(ENUMERAR RAZONES)
D2c	SE ESTÁ DESARROLLANDO/ APLICANDO PROMOCIÓN (ENUMERAR RAZONES)
D2d	SE ESTÁ APLICANDO/ DESARROLLANDO ATENCIÓN (ENUMERAR RAZONES)
D2e	OTROS
<b>D3</b>	<b>¿PARA QUÉ SIRVE LA PREVENCIÓN? ¿QUÉ SE LOGRA A TRAVÉS DE LA PREVENCIÓN (educación,promoción,etc.)?</b>
<b>D4</b>	<b>PREVENCIÓN: ENUMERAR LOS PROBLEMAS DE SALUD</b>

	QUE SOLUCIONA
D5	¿PARA QUÉ SIRVE LA ATENCIÓN/QUÉ SE LOGRA A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN?
D6	ATENCIÓN: ENUMERAR LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE SOLUCIONA
D7	CONDICIONES DE SALUBRIDAD
D7a	AGUA, AGUA POTABLE, FALTA DE AGUA
D7b	ALCANTARILLADO, DRENAJE
D7c	CLOACA
D7d	BASURA
D7e	CONTAMINACIÓN AMBIENTAL
D7f	CONTROL DE ALIMENTOS Y BEBIDAS
D7g	CONDICIONES DE HIGIENE GENERAL
D7h	CONDICIONES DE HIGIENE PERSONAL
D7i	LLUVIAS/ENCHARCAMIENTOS/INUNDACIONES
D7j	OTRAS
D8	CONDICIONES DE SALUBRIDAD: CONSECUENCIAS
D9	MEDICINAS
D9a	MEDICINA OFICIAL SIN ESPECIFICAR/SECTOR SALUD
D9b	SEGURIDAD SOCIAL
D9c	PAMI
D9d	SEGURO PUBLICO
D9e	MEDICINA PRIVADA
D9f	MEDICINA OFICIAL/PRIVADA (BIOMEDICINA)
D9g	MEDICINA TRADICIONAL (CURANDEROS, YEREBEROS, BRUJOS, HUESEROS: DESAGRE

D9h	MEDICINAS ALTERNATIVAS (DESAGREGAR)
D9i	OTRAS MEDICINAS
D10	MEDICINA PUBLICA: LO BUENO/DEFENSA (ENUMERAR)
D11	MEDICINA PRIVADA: LO BUENO
D12	BIOMEDICINA: LO BUENO
D13	MEDICINA TRADICIONAL: LO BUENO
D14	MEDICINAS ALTERNATIVAS: LO BUENO
D15	OTRAS MEDICINAS: LO BUENO
D16	MEDICINA OFICIAL: LO NEGATIVO/CUESTIONABLE
D17	MEDICINA PRIVADA: LO NEGATIVO/LO CUESTIONABLE
D18	BIOMEDICINA: LO NEGATIVO/CUESTIONABLE
D19	MEDICINA TRADICIONAL: LO NEGATIVO/CUESTIONABLE
D20	MEDICINAS ALTERNATIVAS. LO NEGATIVO/CUESTIONABLE
D21	OTRAS MEDICINAS: LO POSITIVO/CUESTIONABLE
D21a	OFICIAL
D21b	PRIVADA
D21c	BIOMEDICINA (INCLUYE AMBAS)
D21d	TRADICIONAL
D21e	ALTERNATIVAS
D21f	OTRAS

D22	MEDICINAS: LO NEGATIVO/LO CUESTIONABLE (ENUMERAR)
D22a	OFICIAL
D22b	PRIVADA
D22c	(INCLUYE AMBAS)
D22d	TRADICIONAL
D22e	ALTERNATIVAS
D22f	OTRAS
D23	POBLACIÓN SIN COBERTURA Y POBLACIÓN ASEGURADA
D23a	POBLACIÓN ABIERTA/SIN SEGURO
D23b	POBLACION CON SEGURIDAD OFICIAL (IMSS, ISSSTE, FUERZAS ARMADAS, PEMEX)
D23c	POBLACIÓN CON SEGURO PRIVADO
D23d	OTROS
D24	POBLACIÓN SIN COBERTURA
D25	POBLACIÓN CON OBRA SOCIAL
D26	POBLACIÓN CON SEGURO PRIVADO
D27	NIVELES DE ATENCIÓN
D27a	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN/ATENCIÓN PRIMARIA/MÉDICO FAMILIAR/MÉDICO GENERAL
D27b	NIVEL DE ESPECIALIDADES
D27c	SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (hospitales)
D27d	TERCER NIVEL DE ATENCIÓN (alta complejidad)
D28	NIVELES DE ATENCIÓN: PROBLEMAS REFERIDOS A LOS

	NIVELES DE ATENCIÓN (ENUMERAR):
D28a	PRIMER NIVEL
D28b	ESPECIALIDADES
D28c	HOSPITALES
D29	NIVELES DE ATENCIÓN: BENEFICIOS REFERIDOS A LOS NIVELES DE ATENCIÓN (ENUMERAR)
D29a	PRIMER NIVEL
D29b	ESPECIALIDADES
D29c	HOSPITALES
<b>E</b>	<b>POLITICAS Y PROGRAMAS</b>
E1	POLÍTICAS DE SALUD
E1a	POLÍTICAS DE SALUD EN GENERAL
E1b	PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS
E1c	DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS
E1d	COBERTURA DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN
E1e	COBERTURA DE PREVENCIÓN DE LA POBLACIÓN
E1f	INVERSIÓN DEL GOBIERNO EN SALUD/GASTO DEL GOBIERNO EN SALUD/FALTA DE FINANCIAMIENTO/DESABASTECIMIENTO
E1g	LEGISLACIÓN
E1h	OTRO
E2	PROGRAMAS DE SALUD
E2a	PROGRAMAS DE SALUD EN GENERAL
E2b	PROGRAMAS DE SALUD EN LA MUJER
E3	ENUMERAR ACTIVIDADES PARA CADA PROGRAMA DE

	SALUD
E4	ENUMERAR PROBLEMAS PARA CADA PROGRAMA DE SALUD
E5	PROGRAMAS DE SALUD: ¿PARA QUE SIRVEN? ¿QUÉ SE OBTIENE EN CADA UNO DE LOS PROGRAMAS?
E6	AUTOATENCIÓN DE LA SALUD
E6a	AUTOMEDICACIÓN
E6b	AUTOCUIDADO
E6c	AUTOATENCIÓN
E6d	GRUPOS DE AUTOAYUDA
E6e	OTROS
E7	LO BUENO/LO DEFENDIBLE(NUMERAR RAZONES
E7a	AUTOMEDICACIÓN
E7b	AUTOCUIDADO
E7c	GRUPOS DE AUTOAYUDA
E8	LO NEGATIVO/LO CRITICABLE (ENUMERAR RAZONES)
E8a	AUTOMEDICACIÓN
E8b	AUTOCUIDADO
E8c	GRUPOS DE AUTOAYUDA
F	MEDICAMENTOS / TECNOLOGÍAS
F1	MEDICAMENTOS
F1a	MEDICINAS DE PATENTE

F1b	GENÉRICOS
F1c	SIMILARES
F1d	OTROS TIPOS DE MEDICINAS
F1e	EQUIPO MÉDICO
F1f	INDUSTRIA QUÍMICO/FARMACÉUTICA
F1g	OTROS
F2	MEDICINAS
F3	POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS (ENUMERAR)
F4	PRESCRIPCIÓN MÉDICA (ENUMERAR PROBLEMAS)
F5	MEDICINAS DE PATENTE: LO BUENO
F6	MEDICINAS DE PATENTE: LO MALO
F7	PAPEL DE LA INDUSTRIA QUÍMICO/FARMACEÚTICA (ENUMERAR)
G	PERSONAL
G1	PERSONAL DE SALUD
G1a	OCUPACIÓN
G1b	DESOCUPACIÓN
G1c	NIVELES DE INGRESO
G1d	CONDICIONES DE TRABAJO
G1e	PAROS/HUELGA
G1f	DEMANDAS
G1g	MÉDICOS
G1h	ENFERMERAS
G1i	OTROS

G2	FORMACIÓN MÉDICA
G2a	HAY MUCHOS MÉDICOS/ SOBRAN
G2b	HAY POCOS MÉDICOS/FALTAN
G2c	ESTÁN MAL DISTRIBUIDOS EN EL PAIS
G2d	CALIDAD DE LA FORMACIÓN MÉDICA:
G2d1	MUY BUENA
G2d2	BUENA
G2d3	MALA
G2e	OTROS
H	COMUNIDAD
H1	PAPEL DE LA COMUNIDAD EN PROCESOS S/E/A. GRUPOS SOCIALES REFERIDOS AL PROCESO S/E/A
H1a	FAMILIA, GRUPOS DOMÉSTICOS
H1b	MADRE, MUJER
H1c	PADRE, VARÓN
H1d	OTRO FAMILIAR
H1e	AMIGOS, COMPAÑEROS DE ESCUELA, DE TRABAJO)
H1f	VECINDARIO
H1g	COMUNIDAD
H1h	MUNICIPIO
H1i	ONG
H1j	SINDICATOS / OBRAS SOCIALES
H1k	SOCIEDADES CIENTÍFICAS
H1l	HOSPITALES PÚBLICOS
H1m	HOSPITALES PRIVADOS
H1n	UNIVERSIDADES
H1o	FEDERACIONES O CÁMARAS EMPRESARIALES
H1p	OTROS

H2	GRUPOS Y PROCESO S/E/A. PAPEL DE CADA GRUPO/ACTIVIDADES (ENUMERAR SEGÚN CATEGORÍA)
H2a	FAMILIA
H2b	MADRE/MUJER
H3	ONG
H3a	ONG EN GENERAL
H3b	ONG MUJERES
H3c	ONG SIDA
H3d	ONG OTROS
H4	ONG - PAPEL Y ACTIVIDADES (ENUMERAR)
H5	GRUPOS A LOS CUALES VAN DIRIGIDAS LAS ACTIVIDADES DE LAS ONG
I	PARTIDOS POLÍTICOS Y SALUD
I1	PARTIDOS POLÍTICOS Y PROCESO S/E/A - ENUMERAR PARTIDOS
I2	PARTIDOS POLÍTICOS: PAPEL Y ACTIVIDADES (ENUMERAR)
J	IDEAS Y PARTICIPACIÓN
J1	IDEAS DEL SECTOR SALUD HACIA LA GENTE
J1a	LA GENTE NO SABE O SABE MUY POCO/ES IGNORANTE RESPECTO DE LOS PROCESOS DE S/E/A
J1b	LA GENTE SABE SOBRE LOS PROCESOS DE S/E/A
J1c	LA GENTE PARTICIPA POCO O NO PARTICIPA EN LOS

	PROCESOS DE S/E/A (ENUMERAR RAZONES)
J1d	LA GENTE PARTICIPA O PARTICIPA MUCHO EN LOS PROCESOS DE S/E/A (ENUMERAR RAZONES)
J1e	OTROS
J2	IDEAS Y CRÍTICAS DE LOS MÉDICOS HACIA LA MEDICINA Y HACIA EL SECTOR SALUD
J3	IDEAS DE LA GENTE HACIA
	EN TODOS LOS CASOS SEÑALAR LOS ¿POR QUÉ?
J3a	LOS SERVICIOS MÉDICOS ESTÁN MEJOR
J3b	LOS SERVICIOS MÉDICOS ESTÁN PEOR
J3c	LOS SERVICIOS ESTÁN IGUAL
J3d	FALTA DE AMABILIDAD DEL PERSONAL/MALTRATO
J3e	DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS/INSUMOS
J3f	LARGO TIEMPO DE ESPERA
J3g	EL PERSONAL DE SALUD NO INFORMA/NO EXPLICA
J3h	MALA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
J3i	BUENA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
J3j	OTROS
J4	SECTOR SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL
	DESCRIBIR EL TEXTO EN CADA CATEGORÍA
J4a	CIUDADANÍA Y SALUD
J4b	DESARROLLO ECONÓMICO Y SALUD
J4c	ERRADICACIÓN DE LA POBREZA Y SALUD
J4d	OTROS
K	DERECHOS HUMANOS
K1	SALUD Y DERECHOS HUMANOS
	EN CADA CATEGORIZAR ENUMERAR LOS ASPECTOS BÁSICOS

K1a	SALUD Y DERECHOS HUMANOS
K1b	ETICA MÉDICA EN GENERAL
K1c	ETICA MÉDICA EN ATENCIÓN/PREVENCIÓN
K1d	ETICA MÉDICA EN INVESTIGACIÓN
K1e	ETICA MÉDICA EN CUESTIONES ECONÓMICAS
K1f	ETICA MÉDICA (OTROS)
K1g	PRINCIPALES DENUNCIAS DE LA GENTE HACIA LOS MÉDICOS Y HACIA LA MEDICINA
K1h	MALA PRAXIS
K1i	SANCIONES POR MAL PRÁCTICA MÉDICA
K1j	OTROS
<b>L</b>	<b>LOS MEDIOS</b>
<b>L1</b>	<b>LOS MEDIOS MASIVOS</b>
L1a	PAPEL DE LOS MEDIOS EN GENERAL
L1b	PAPEL DE LOS MEDIOS EN PARTICULAR:
L1c	TV
L1d	RADIO
L1e	PERIÓDICOS
L1f	REVISTAS
L1g	INTERNET
L1h	OTROS
<b>L2</b>	<b>EL SECTOR SALUD LOS USA</b>
L2a	MUCHO
L2b	POCO O NO LOS USA
<b>L3</b>	<b>EFICACIA DE LOS MEDIOS RESPECTO DEL PROCESO S/E/A</b>
<b>L4</b>	<b>LO NEGATIVO DE LOS MEDIOS (ENUMERAR)</b>

L5	EFICACIA DE LOS MEDIOS MASIVOS RESPECTO DEL PROCESO S/E/A
L5a	LO BUENO DE LOS MEDIOS
L5b	LO NEGATIVO DE LOS MEDIOS
M	INVESTIGACION
M1	INVESTIGACIÓN EN SALUD EN GENERAL
M2	INVESTIGACIONES EN SALUD NACIONALES
M3	INVESTIGACIONES EN SALUD INTERNACIONALES

## APÉNDICE C: Definición de las categorías para la codificación de las noticias

- 1) **Morbi-mortalidad general:** En esta categoría se incluye a las noticias que refieren a enfermedad, salud, muerte, y cuando se menciona en forma textual "morbimortalidad".
- 2) **Epidemias/brotos y focos epidémicos:** Epidemia o brote epidémico es la aparición en una comunidad o región de casos de una enfermedad, conducta específica u otros hechos, en relación con la salud, claramente excesivos con respecto a lo que cabe esperar en condiciones normales (Last, 1989). Foco epidémico: epidemia localizada, no generalizada. Área reducida en la que las condiciones existentes favorecen la aparición y diseminación de una enfermedad contagiosa (Last, 1989). Las categorías son subclasificadas en función de la afectación o no de nuestro país (Epidemias nacionales, internacionales que afectaban a la Argentina, internacionales que no afectaban a la Argentina).
- 3) **Grupos de enfermedades:** Enfermedad/muerte por infectocontagiosas: aquéllas producidas por agentes patógenos/ crónico-degenerativas: enfermedades de larga duración, habitualmente mayor a 6 meses, cuyo fin o curación no puede lograrse, y por lo tanto son solo pasibles de control/ salud reproductiva: temática relativa a la sexualidad y reproducción de las personas, incluyendo los derechos reproductivos/ violencias: hechos relativos al uso deliberado de la fuerza física o el poder, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidad de causar lesiones, muertes o daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privación (OMS, 2002)/ problemas alimentarios: padecimientos relacionados con la alimentación y la nutrición de las personas/ dolores: algias/ discapacidades: Es un fenómeno complejo que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación en situaciones vitales, que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, 2011a)/ enfermedades mentales: Un trastorno o enfermedad mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (Guía de atención urgente sobre enfermedad mental, 2010)./ adicciones: Según el manual DSM-IV se incluye en el concepto de adicción la dependencia, abuso, intoxicación y/o abstinencia relacionados con el consumo de sustancias (DSM-IV, 2001)/ enfermedades dentales: enfermedades de los dientes y la cavidad bucal/ enfermedades por contaminación: enfermedades relacionadas con la alteración del estado natural producida por agentes externos físicos o químicos/

enfermedades tradicionales: estados patológicos que se reconocen como no susceptibles de ser traducidos a la nosografía occidental de la biomedicina (Peretti, 2010).

- 4) **Causas de enfermedad y mortalidad:** Según son mencionadas en las noticias.
- 5) **Grupos etarios:** Edad de los grupos poblacionales mencionados en las noticias, medido en años;
- 6) **Género/sexo:** atributo de la persona mencionada en las noticias;
- 7) **Rural/urbano:** Medio o espacio físico en el que se produce la noticia;
- 8) **Nivel económico/ocupacional/estrato o clase social:** relativo a la población a la que hace referencia la noticia. Se toma en cuenta para la codificación y clasificación la referencia explícita que hicieron los propios medios de prensa, y no definiciones académicas que se pudiera adoptar de diferentes autores. La variación en la forma de mencionar a determinado grupo poblacional en función de sus características económicas o sociales se produce por la forma en que los medios gráficos hacían mención de ellos.
- 9) **Niveles Educativos:** grado académico de la población de referencia, cuando se menciona en las noticias.
- 10) **Pertenencia religiosa:** creencia religiosa de la población de referencia, cuando es mencionado en las noticias.
- 11) **Grupos étnicos:** Se codifica cuando la noticia refiere a grupos étnicos.
- 12) **Migración:** Se codifica cuando se hacía referencia a desplazamientos geográficos de grupos poblacionales. En esta categoría se incluyó la variable turista o pasajero.
- 13) **Provincias y Regiones:** Esta categorías es utilizada para analizar la región geográfica a la cual hace referencia las noticias. La codificación respeta la forma en que la prensa hace mención sobre este tema. El análisis de la región geográfica se realiza a través de dos categorías diferentes: "Regiones de Argentina" o la categorización por "provincias". La primera, utilizada cuando se habla específicamente de una región. El nivel nacional es registrado sólo cuando en la nota se menciona al país como región. La categoría por "provincia" es utilizada para describir la localización del evento relacionado con la noticia. Esta última categoría se registra para todas las noticias, mientras que la primera solo cuando es mencionado explícitamente en la noticia. A continuación se describen las regiones del país:
  - Región NEA (Noreste Argentino): Formosa, Chaco.
  - Región NOA (Noroeste Argentino): Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca y Santiago del Estero.
  - Región Centro: Córdoba y Santa Fe.
  - Región Cuyo: San Juan, San Luis, La Rioja y Mendoza

- Región Mesopotámica: Misiones, Corrientes y Entre Ríos.
  - Región Patagónica: La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.
  - Conurbano: Los 24 partidos de la Provincia de Buenos Aires que rodean a la Capital Federal.
  - Gran Buenos Aires: Ciudad de Buenos Aires (CABA) + Conurbano.
- 14) **Regiones mundiales:** Se codifica la zona del planeta que referencia la noticia. Se respeta la forma en que el propio periódico se refiere a la región. Mercosur es codificada cuando es mencionado explícitamente.
- 15) **Grupos y sectores de riesgo:** Se codifica el grupo etaria al que pertenece la población mencionada en la noticia, cuando es señalado como en situación de riesgo.
- 16) **Prevención /atención/Control de la enfermedad:** Se refiere a:
- Prevención: Prácticas que estén destinadas a evitar contraer una enfermedad o problema de salud.
  - Promoción: Acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida. Hace hincapié en la participación y en la relación entre condiciones de vida y salud (incluye control de alcoholemia).
  - Atención de la salud: Actividades asistenciales en general.
  - Control de la enfermedad: Acciones destinadas a tratamiento y rehabilitación.
  - Otros: No mencionados previamente. La temática de trasplante de órganos es incluida en esta categoría.
- 17) **Condiciones de salubridad:** Esta categoría hace mención a las condiciones estructurales, ambientales, higiénicas que se relacionan en las noticias con las enfermedades.
- 18) **Tipo de Medicinas:** Se codifica el tipo de medicina, en referencia a la forma de atención del PSEA. La biomedicina refiere a la medicina oficial. La medicina tradicional incluye curanderos, yerberos, brujos y hueseros. La categoría “otras medicinas” apela a aquellas de origen indígena, medicina cooperativa, musicoterapia, medicina integrativa, etc.; mientras que las medicinas alternativas remiten a herboterapia, yoga, medicina ayurvédica, homeopatía, acupuntura, medicina naturista, hidroterapia, “biofeedback”.
- 19) **Población sin cobertura y población asegurada:** Se codifica cuando la noticia hacía referencia al tipo de cobertura en salud de la persona o grupo afectado (sin cobertura, con cobertura de seguridad oficial, con seguros privados de salud).
- 20) **Niveles de atención:** referencia a la progresiva complejización en la atención de los pacientes. Primer nivel de atención: hace alusión a la atención de baja complejidad o

atención primaria. El nivel de especialidades: refiere a las noticias que mencionan a las especialidades biomédicas. El segundo nivel de atención es relativo al nivel hospitalario y el tercer nivel de atención se codificaba cuando se hacía referencia a la alta complejidad médica.

- 21) **Políticas de salud:** referencia a políticas y decisiones gubernamentales en el campo sanitario.
- 22) **Auto-atención de la salud:** Se codifica cuando la noticia mencionaba el autocuidado, la automedicación, la auto atención o grupos de autoayuda.
- 23) **Medicamentos:** Se codifica cuando la noticia mencionaba cualquier evento relativo a los medicamentos (tipo de medicamentos, industria químico-farmacéutica, política de medicamentos).
- 24) **Personal de salud:** En referencia al nivel de ocupación, nivel de ingreso, condiciones de trabajo o situación de conflictividad laboral, demandas, etc. del personal de salud (médicos, enfermeros, otros).
- 25) **Formación médica:** Se codifica cuando se mencionaba la cantidad o distribución de personal de salud y lo referente a la calidad de la formación médica.
- 26) **Papel de la comunidad en proceso s/e/a:** Se codifica cuando se mencionan a grupos sociales y de la comunidad referidos al PSEA.
- 27) **Salud y derechos humanos:** Se codifica cuando en la noticia se hace mención a los derechos humanos y la salud.
- 28) **Los medios masivos:** Esta categoría se codifica cuando la noticia alude al papel de los medios masivos de comunicación en relación al PSEA (el tipo de medio, la eficacia con respecto al PSEA, la utilización de los medios por parte del sector salud).
- 29) **Investigación en salud:** Se codifica cuando la noticia hace referencia a investigaciones en salud (en general, nacionales o internacionales).

**APÉNDICE D: Cuadro de homologación de las categorías utilizadas en la codificación de noticias y las provenientes del Ministerio de Salud.**

	Titulo final de la categoría.	Categoría o subcategoría utilizada por el MSal en el análisis de las estadísticas vitales	Cantidad de Defunciones (Absoluto, %)	Categoría utilizada por el MSal en el análisis de los egresos hospitalarios de establecimientos oficiales	Cantidad de egresos (Absoluto, %)	Categoría y subcategorías utilizada en la carga de datos de los diarios (número de codificación)	Cantidad de noticias (Absoluto, %)
	<b>Total de defunciones</b>	Total defunciones	304.525 (100%)	Total de causas de egresos hospitalarios	1.933.307 (100%)	Total de noticias Total de referencias	5.026 (100 %) 5704 (100%) <sup>a</sup>
1	Enf. Infecto-contagiosas	Enf. Infecciosas y parasitarias; Meningitis; Infecciones respiratorias agudas	33.440 (10,98%)	Ciertas enf. Infecciosas intestinales; Tuberculosis; Septicemias; Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual; Ciertas enfermedades prevenibles por vacunas; Sarampión; Hepatitis virales; Enfermedad por VIH; Chagas; Resto de enfermedades infecciosas; Meningitis bacteriana; Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores; Neumonía e influenza; bronquitis y bronquiolitis agudas; Resto de infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores;	226.034 (11,69%)	Enfermedad por infectocontagiosas (A3) Hepatitis A (A4o) Hepatitis B (A4p) Hepatitis C (A4q)	2461 (43,14%)

1.1	Infecciones intestinales	Enf. Infecciosas intestinales	380 (1.13 %)	Ciertas enf. Infecciosas intestinales	61.017 (26,99%)	Diarreas/Gastrointestinales/ Tifoideas (A3d)	34 (1.38 %)
1.2	Tuberculosis	Tuberculosis, inclusive secuelas	626 (1.87 %)	Tuberculosis	4288 (1.90%)	Tuberculosis broncopulmonar (A3s)	38 (1.54 %)
1.3	Infección por VIH	Enf. Por el virus de inmunodeficiencia humana	1.423 (4.25 %)	Enf. Por el virus de inmunodeficiencia humana	5641 (2,50%)	VIH/SIDA (A3p)	99 (4.02 %)
1.4	Chagas	Tripanosomiasis (Enfermedad de Chagas)	450 (1.34 %)	Enfermedad de Chagas	309 (0,13%)	Otras (A3u)*	62 (2.51%)
1.5	Infección respiratoria aguda	Infecciones respiratorias agudas	19.348 (57.85%)	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores; Neumonía e influenza; Bronquitis y bronquiolitis agudas; Resto de infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores.	134.346 (59.43%)	Respiratorias agudas/resfriados/ Gripes (A3e)	1114 (19.53%)
2	Tumores malignos	Tumores Malignos	57.590 (18,91%)	Tumor maligno órganos digestivos; órganos respiratorios e intratorácicos; de la mama; del útero; demás órganos genitales femeninos; de la próstata; demás órganos genitales masculinos; leucemia; Resto de tumores malignos.	55.747 (2,88%)	Cáncer en general (A4c) C. pulmonar (A4d) C. cervicouterino (A4e) C. de colon, esófago/estomago (A4f) C. de labio y lengua (A4g) C. de mama (A4h) C. de próstata (A4i)	183 (3,20%)
2.1	Cáncer digestivo	Esófago, estomago, Colon, recto, porción recto sigmoidea y ano.	11.228 (19,49%)	Tumor maligno órganos digestivos	12.412 (22,26%)	Cáncer de colon, esófago/estomago (A4f)	17 (9,28%)

2.2	Cáncer de pulmón	Tráquea, bronquios y pulmones	8.992 (15,61%)	Tumor maligno órganos respiratorios e intratorácicos	5.680 (10,18%)	Cáncer pulmonar y de vías respiratorias (A4d)	24 (13,11%)
2.3	Cáncer de mama	Mama	5.466 (9,49%)	Tumor maligno de la mama	6.562 (11,77%)	Cáncer de mama (A4h)	26 (14,20%)
2.4	Cáncer de cuello	Útero	2.527 (4,38%)	Tumor maligno del útero	6.184 (11,09%)	Cáncer cervicouterino (A4e)	18 (9,83%)
2.5	Cáncer de próstata	Próstata	3.717 (6,45%)	Tumor maligno de la próstata	1.839 (3,29%)	Cáncer de próstata (A4i)	9 (4,91%)
3	Diabetes	Diabetes Mellitus	7.701 (2,52%)	Diabetes Mellitus	22.203 (1,15%)	Diabetes Mellitus (A4k)	60 (1,05%)
4	Deficiencias nutricionales	Deficiencia de la nutrición y anemias relacionadas	1.112 (0,36%)	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2.718 (0,14%)	Desnutrición (A7a) Malnutrición (A7b) Anemia (A7c)	71 (1,24%)
5	Trastornos Mentales y del comportamiento	Trastornos mentales y del comportamiento	2.575 (0,85%)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol; Resto de trastornos mentales y del comportamiento	43.838 (2,26%)	Enfermedades mentales (A10) Adicciones (A11)	1258 (22,05%)
5.1	Alcoholismo	Síndrome de dependencia de alcohol	707 (27,45%)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	10.442 (23,82%)	Alcoholismo (A11b)	183 (14,54%)
6	Enf. Cardiovasculares	Enfermedades del sistema circulatorio	89.916 (29,52%)	Enfermedades hipertensivas; Infarto agudo de miocardio; Demás enfermedades cardiacas; Enfermedades cerebrovasculares; Resto de enfermedades del sistema circulatorio.	117.643 (6,08%)	Enfermedades cardiovasculares (A4l) Hipertensión arterial (A4u)	123 (2,16%)

7	Violencias	Causas externas	18.860 (6,19%)	Traumatismos de la cabeza y cuello; Traumatismo de tórax, abdomen, columna lumbar y pelvis; Traumatismo de miembros inferiores y superiores; Traumatismos múltiples o de región no especificada; Quemaduras y congelamientos; Envenenamientos y efectos tóxicos; Otros efectos de causas externas; Complicaciones de la atención médica y quirúrgica; Otras consecuencias de traumatismos y secuelas;	205.830 (10,64%)	Violencias (A6) Infecciones en el medio hospitalario (A3g)	512 (8,97%)
7.1	Accidentes de tránsito	Accidentes de tráfico de vehículo de motor; Otros accidentes de transporte, inclusive secuelas	4.674 (24,78%)	----	----	Accidentes en la vía pública (A6c) Accidentes de transporte (A6d)	72 (18,94%)
7.2	Ahogamientos	Ahogamiento y sumersiones accidentales	471 (2,49%)	----	----	Ahogamiento (A6o)	4 (1,05%)
7.3	Suicidios	Suicidios, inclusive secuelas	2.977 (15,78%)	----	----	Suicidios e intentos de suicidios (A6h)	16 (4,21%)
8	Embarazo, parto y puerperio	Embarazo, parto y puerperio	428 (0,14%)	Aborto; Parto ; Complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo; Complicaciones del trabajo de parto y parto;	455.233 (23,54%)	Aborto (A5a) Embarazo (A5b) Parto (A5c) Puerperio (A5d)	265 (4,64%)

				Complicaciones relacionadas con el puerperio; Otras afecciones obstétricas; Causas obstétricas indirectas		Cesárea (A5e)	
9	Malformaciones congénitas	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2.787 (0,91%)	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	13.987 (0,72%)	Enf. Y malformaciones congénitas (A4s)	27 (0,47%)
10	Enfermedades del Sistema Respiratorio	Enf. crónicas de las vías respiratorias inferiores Neumonitis por sólidos y líquidos Insuficiencia respiratoria no clasificada Demás enf del sistema respiratorio	26193 (8.60%)	Bronquitis, enfisema, otras enf. pulmonares obstructivas crónicas; Asma Resto de enf. respiratorias	79526 (4.11%)	Bronquitis crónica (A4b) Asma (A4v) Enf respiratorias crónicas (A4w) Insuf. respiratoria aguda (A4x)	59 (1.03%)
11	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	4776 (1.56%)	Enfermedades del hígado	721 (0.04%)	Cirrosis hepática (A4j) Hepatitis en general (A4r)	22 (0.38%)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las estadísticas vitales del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2009a), egresos hospitalarios del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2009b) y el corpus de noticias.

NOTA: La columna celeste corresponde al nombre seleccionado para dicha categoría. La columna violeta corresponde a las categorías presentadas en las estadísticas vitales del Ministerio de Salud. La columna rosa corresponde a las categorías utilizadas en las estadísticas de egresos hospitalarios del Ministerio de Salud. La columna verde corresponde a las categorías utilizadas en la codificación de las noticias. El número y letra entre paréntesis se correlaciona con la categoría del apéndice B.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirido

<sup>a</sup> Los porcentajes fueron calculados con respecto al total de referencias.

\* A3u (Otros): Se realiza la búsqueda específica de la palabra “Chagas” en la variable “otros” de la categoría “Enfermedades infectocontagiosas” .