



UNIVERSIDAD  
**COMPLUTENSE**  
MADRID

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA IV**

**(Sección de Comunicación)**

**La coordinación de agendas y la función social de la prensa: La  
cobertura periodística de las campañas chilenas de prevención y  
promoción de la salud**

**DOCTORANDO**

**José Miguel LABRÍN ELGUETA**

**DIRECTOR**

**Dr. José Luis PIÑUEL RAIGADA**

**Madrid - 2015**



## **Agradecimientos**

Mis muy sinceros agradecimientos y completa gratitud a todas las personas que directa o indirectamente hicieron posible que concluyese esta tesis doctoral. A Victoria León Porath, Sebastián Fierro Kalbhenn y Tomás Dodds Rojas, amigos y colaboradores quienes me ayudaron en cada etapa de esta investigación. A mis colegas del Instituto de la Comunicación e Imagen de la Universidad de Chile, Dra. Ximena Póo, Dra. María Eugenia Domínguez y Dra. Andrea Valdivia quienes con sus comentarios y discusiones, me animaron constantemente a desarrollar este trabajo.

No puedo dejar de manifestar mi aprecio al Dr. Miguel Sobrino y a mi profesor guía, Dr. José Luis Piñuel quienes a veces estando cerca y muchas veces a la distancia, fueron un pilar fundamental para sostener la tesis. Tampoco puedo dejar de reconocer el apoyo y constancia de Juan Pablo Sarmiento, mi compañero de vida, quien en más de alguna ocasión fue mi único refugio cuando las vicisitudes de esta investigación me abrumaban.

Debo también manifestar mi gratitud al programa de becas para estudiantes extranjeros MAEC – AECID de España y al Fondo de Estudios sobre el Pluralismo en el Sistema Informativo Nacional, de la Comisión

Nacional de Investigación Científica (CONICYT) de Chile, por permitirme realizar, en calidad de investigador responsable, el estudio en el que se basa esta tesis.

Finalmente, debo agradecer a mis padres por darme lo mejor de sí. A mi madre por su fuerza y resistencia frente a la adversidad; a mi padre, quien me legó su profundo compromiso por la salud pública y el sueño del bien común.

## Resumen

La presente memoria de tesis doctoral denominada **“La coordinación de agendas y la función social de la prensa: La cobertura periodística de las campañas chilenas de prevención y promoción de la salud”** es una investigación perteneciente al campo de estudios de la comunicación, que reconoce como referentes teóricos a la agenda setting, el framing y el análisis sistémico social aplicado.

La decisión de considerar como objeto de estudio a las campañas de prevención y promoción de la salud en Chile, y los mecanismos por los cuales estas son tematizadas y cubiertas por los medios, se justifica por la necesidad de contar con información cuantitativa compleja sobre la comunicación pública desarrollada por el Estado y su efectiva incidencia en la mediatización de la salud. La focalización al año 2012 implicó considerar a las campañas como parte del diseño de una política pública en un contexto de cambio institucional y de definición de nuevas metas sanitarias para la década 2011-2020. A nivel mediático, el estudio ofreció la oportunidad de reconocer empíricamente la selección periodística, sus orientaciones de sentido con respecto a la salud y una reflexión sobre su comportamiento como agentes creadores de bienes públicos sanitarios.

Por lo anterior, el objetivo principal del estudio fue describir y analizar las relaciones entre la agenda política sanitaria y la agenda mediática en la prensa escrita, a partir de la cobertura y tratamiento de las campañas de comunicación realizadas por el Ministerio de Salud de la República de Chile durante el año 2012. Se establecieron como objetivos secundarios el analizar la gestión comunicacional de estas iniciativas preventivas o promotoras de la salud; distinguir los procesos de selección, tratamiento, y cobertura que realiza la prensa escrita y on line chilena sobre las campañas y su relación con la generación de un espacio mediático orientado a la promoción y prevención de la salud; y, finalmente, analizar las coafectaciones entre la agenda sanitaria y la agenda medial desde una perspectiva sistémica.

Estos objetivos, están asociados a una hipótesis general de investigación. Esta señala que las campañas de salud son estrategias de intervención comunicacional con resultados disímiles en la eficacia medial, vista como la posibilidad de tematizar recurrentemente en la agenda mediática. Al situarse como una comunicación pública orientada al desarrollo, buscarían obtener un lugar relevante en la jerarquía y preminencia de la agenda de los medios, como parte de un proceso de mediatización del tema en la sociedad chilena.

Dicha presencia dependerá de las características de las campañas, su frecuencia y gestión, pero también de las selecciones sobre lo publicable

que efectúen los medios. Entre otros factores, se consideran aquellos de carácter contextual como la georreferencialidad, mortalidad y morbilidad y/o crisis que genere el problema sanitario, objeto concreto de referencia de la campaña.

Para llevar a cabo esta investigación, se optó por un diseño prioritariamente cuantitativo. Este comenzó con la delimitación temporal de cada campaña, a partir de sus planes estratégicos; considerando lo anterior, se seleccionaron los medios de tal manera que todas las campañas contaran con tres medios de cobertura nacional (los dos más influyentes en términos políticos, junto al de mayor tiraje) y luego, según el énfasis regional de la estrategia, una selección de diarios locales impresos y on line de características ciudadanas.

Es posible afirmar que el trabajo corresponde a un censo de las publicaciones que, por campaña, generaron cada uno de estos medios. Estas se catastraron a partir de la presencia de palabras claves, lo que dio por resultado 692 publicaciones que conforman el corpus. Como instrumento de recogida de datos, se creó una ficha de 26 ítems con tres principales dimensiones a medir, de manera de dar cuenta de la complejidad del fenómeno estudiado. A saber, las variables consideradas pertenecen tanto al ámbito estructural de la publicación y del medio, a la agenda con énfasis en el uso de fuentes, de imaginarios presentes en la publicación y por último, de correspondencia con los brief y las

instrucciones preventivas emanadas de la campaña. Luego, se procesó la información recurriendo a análisis estadísticos complejos como chi cuadrado, Anova o R de Pearsons. Asimismo, se construyeron índices a los cuales se aplicaron pruebas de regresión lineal.

De manera complementaria, el estudio contempló un nivel cualitativo, basado en entrevistas en profundidad semiestructuradas a informantes clave, tanto gestores comunicacionales del Ministerio, como a periodistas y editores de medios de comunicación. Esta información permitió profundizar en el análisis integral acá presentado y acompañó el proceso reflexivo en torno a los datos cuantitativos.

La aplicación de este estudio arrojó múltiples resultados relevantes. Entre otros, con respecto al nivel estructural, se aprecia un periodismo de escasa densidad, en cualquiera de los soportes analizados. Se observa, además una tendencia más proclive a la cobertura de las campañas -con características locales- en los medios regionales, particularmente aquellos de características impresas.

Por otra parte, si bien los medios consideran las campañas como algo significativo para sus agendas, al ser un periodismo de baja densidad, se recurre a una reproducción informativa selectiva, con una alta dependencia – principalmente a nivel de fuentes- del mismo ministerio. Esta situación ocurre incluso en los medios definidos como ciudadanos,



sin poder constatar diferencias significativas en la forma y tratamiento de la información. Además, la presencia de las instrucciones de salud y orientaciones a los públicos, también son escasas en las publicaciones estudiadas, corroborando que las líneas editoriales de los medios no recogen los esfuerzos comunicacionales del Ministerio de Salud de Chile, en cuanto a recomendaciones de hábitos o medidas preventivas, sino que se enfocan en la contingencia.

Al ser analizados estos resultados desde un análisis sistémico, es posible comprender los procedimientos específicos de relación entre las agendas, configurando lo mediático como un espacio de articulación, donde lo sanitario preventivo está subordinado a otras condiciones específicas de noticiabilidad, como la crisis, la mortalidad, el riesgo o el aumento de la morbilidad, campos de mayor interés para la configuración temática de lo público en salud y de los objetos a los que refieren las campañas



## **Summary**

The doctoral thesis "Coordination of agendas and the social function of the press: The press coverage of the Chilean campaigns for prevention and health promotion" is an investigation in the field of communication studies, which uses agenda setting, the framing and applied social systems analysis as its theoretical framework.

The decision to consider as a study object the prevention campaigns and health promotion in Chile, and the mechanisms by which these are thematised and covered by the media, responds to the need for complex quantitative data on communications developed by the state and its actual impact on the mediatisation of health. Targeting the year 2012 meant considering campaigns as part of the public policy design in a context of institutional change and the definition of new goals for health policies for the 2011-2020 decade. At the level of media, the study offered the opportunity to empirically revise journalistic selection processes, as well as their guidelines regarding health and to reflect on their behaviour as creative agents of public health goods.

Therefore, the main objective of the study was to describe and analyse relationships between health policy agenda and the media agenda in the written press, based on the coverage and treatment of the Ministry of

Health of the Republic Chile's communication campaigns in 2012. The secondary objectives of the study were to analyse the management of communication of preventive and promotive health initiatives; to distinguish the selection process, treatment, and coverage that the Chilean press and online journalism makes of the campaigns and their relation to the generation of media space oriented to the promotion of health and health prevention; and finally to analyse coafectations between health agenda and media agenda from a systems perspective.

These objectives are associated with a general research hypothesis that health campaigns are intervention communicational strategies with differing results in terms of medial effectiveness, the latter understood as the possibility of repeatedly thematising on the media agenda. By positioning itself as a public communication oriented towards development, they seek to obtain a prominent place in the hierarchy and prominence on the media agenda, as part of a process of mediatisation of the issue in Chilean society.

Such presence will depend on the campaigns' characteristics, their frequency and management, but also on the selections of what the media deems as publishable. Among the factors considered are those of contextual nature such as georeferentiality, mortality and morbidity and / or crises that generate sanitary problems, and reference objects of the campaign.

To carry out this research, a mostly quantitative research design was chosen. It began with the temporary delimitation of each campaign based on their strategic plans; taking that into consideration, media outlets were selected so that all campaigns were analysed in three newspapers of national coverage (the two most influential in political terms, and the one with highest circulation), and then, depending on the regional emphasis of the strategy, local printed newspapers and online media of citizen characteristics were selected.

The work corresponds to a census of the publications generated, by campaign, by each of these media. They were cadastred through the presence of keywords, which resulted in 692 publications that formed the investigation's corpus. A tab of 26 items with three main dimensions to measure was developed as data collection instrument, in order to account for the complexity of the phenomena studied. The variables considered pointed to both the structural domain of the publication and the media, to the agenda with emphasis on the use of sources and of imaginaries present in the publication and finally, to correspondence with briefs and cautionary instructions emanating from the campaign. Then, statistical information was processed using statistical analyses like chi square, ANOVA or Pearsons R. Also, indexes were constructed to which linear regression tests were applied.

To complement this, the study contemplates qualitative analysis, based on semi-structured in-depth interviews with key informants, both managers of Health Ministry communications and reporters and editors of media. This information deepened the comprehensive analysis here presented and accompanied the reflective process arising from the quantitative data.

The application of this study showed multiple relevant results. Among others, at a structural level, poor newspaper depth within a journalism that lacks density/superficial journalism was observed in all of the media tested. Also, there seems to be a tendency towards the coverage of campaigns with local characteristics in local media, particularly in printed media.

Moreover, while media consider these campaigns as highly significant to their agendas, since there is a low density journalism, the result is selective reproduction of information, highly dependant – particularly at the level of the sources used - on the ministry. This situation is present even in media that defines itself as citizen-oriented journalism, unable to ascertain relevant differences in form or processing of the information. Furthermore, health instructions and guidance to the public are rarely present in the publications studied, corroborating that the editorial lines of the media did not pick up the communicational efforts of the Health Ministry regarding the recommendation of habits or preventative

measures –instead, media focus consistently appears mainly on contingency.

When these results are analysed from a systemic perspective, it is possible to gain understanding of the specific procedures of relations between the agendas, establishing the media as a space of articulation, where preventive health care is subordinate to other specific conditions of newsworthiness, such as crisis, mortality, risk or increase of morbidity, fields of more interest to the configuration of setting of issues of public health and the objects that campaigns refer to.





# Índice de Contenidos

Agradecimientos .....	I
Resumen .....	III
Summary .....	IX
Introducción.....	1
Objetivo general:.....	3
Objetivos específicos: .....	3
Preguntas de investigación.....	4
Hipótesis. ....	4
Presentación.....	7
Sobre el doctorando .....	13
Fundamentación y relevancia. ....	17
Las campañas como un objeto de estudio. ....	21
Primera Parte: Estado de la Cuestión.....	31
Capítulo 1. La Sanidad en Chile.....	33
1.1 Contexto socio sanitario chileno.....	35
1.1.1 Desarrollo histórico de la salud pública en Chile .....	35
1.1.2 La gran transformación .....	43
Capítulo 2. La Comunicación para la Salud en Chile.....	59

2.1 Chile y el contexto de las campañas de promoción y prevención de Salud.....	61
2.1.1. Definiciones generales.....	61
2.1.2 Escenario mediático chileno y la proyección de un contexto de re posicionamiento de las campañas en lo público.....	66
2.1.3 El gobierno de Sebastián Piñera y el alcance de las campañas de salud.....	75
2.2 Presentación general de las campañas .....	83
2.2.1. Campaña Nacional de Prevención de Enfermedades Respiratorias de Invierno. ....	83
2.2.2 Campaña de vacunación contra la influenza.....	90
2.2.3 Campaña de promoción de la lactancia materna (urbana y rural) .....	99
2.2.4 Campaña de verano (enfermedades entéricas y vibrión parahemolítico y virus hanta).....	105
2.2.5 Campaña de vacunación meningitis w135.....	119
2.2.6 Campaña de bioequivalencia de medicamentos. ....	125
2.2.7 Campaña nacional de prevención del VIH SIDA.....	129
Segunda Parte: Marco Teórico de la Comunicación. ....	147
Capítulo 3. La investigación sobre comunicación y la gestión de prestaciones sociales en salud. ....	149

3.1 Campañas de Comunicación en Salud. Estado del Arte de la investigación.....	151
3.1.1 Sobre la producción de conocimiento de las campañas desde su planeación .....	151
3.1.2 El marketing social como estrategia de diseño y evaluación de campañas. Una lectura crítica.....	152
3.2 Orientaciones generales de los estudios de campañas: Modelos de comunicación y salud para la planeación estratégica. ....	163
3.3 Media advocay o la preocupación del contexto medial para el desarrollo de la comunicación pública sanitaria. ....	171
3.4 Medios y campañas: tendencias generales en los estudios de cobertura periodística. ....	179
3.5 Cobertura medial y Campañas: principales hallazgos en la investigación aplicada.....	185
Capítulo 4. Marco teórico –epistemológico.....	193
4.1 La producción social de lo público desde la comunicación .....	195
4.2 Operatorias que configuran la función social del periodismo. ...	205
4.3 Orden, Medios de comunicación y organización de lo social desde el paradigma de los efectos limitados de la comunicación.....	211
4.4 Posicionamiento temático, encuadre y construcción de agenda mediática.....	219
4.4.1 Agenda setting. ....	219
4.4.2 La emergencia de la Teoría del encuadre. ....	227

4.5 Epistemología sistémica para la observación de los sistemas políticos y mediáticos.....	235
4.5.1 La teoría sistémica de Luhmann y su aplicación al análisis de la prensa y la comunicación pública. ....	241
3.5.2 Otras perspectivas sistémicas: la mediación social como posibilidad analítica de las campañas y las agendas.....	251
Tercera Parte. Marco Metodológico.....	257
Capítulo 5: Planteamiento metodológico.....	259
5.1 Objetivo general: .....	261
5.2 Objetivos específicos: .....	261
5.3 Preguntas de investigación.....	262
5.4 Hipótesis. ....	262
Capítulo 6. Diseño de la Investigación.....	265
6.1 Muestreo cuantitativo. ....	267
6.2 Instrumento de recogida de datos.....	273
6.3 Proceso de investigación y análisis cuantitativo.....	277
6.4 Diseño metodológico cualitativo. ....	282
Cuarta Parte. Resultados y Discusión. ....	291
Capítulo 7. Análisis por campañas y primeras aproximaciones analíticas.....	293
7.1 Cobertura y tratamiento de la campaña de prevención de la influenza.....	295

7.2 Análisis de la Campaña de Prevención de Invierno. ....	307
7.3 Análisis de la Campaña de lactancia materna.....	321
7.4 Análisis de la Campaña Nacional de Prevención del VIH SIDA. .....	333
7.5 Campaña de bioequivalencia de medicamentos. ....	345
7.6 Análisis de la Campaña de Prevención de la Meningitis W135353	
7.7 Análisis de la Campaña de prevención del Hantavirus. ....	361
7.8 Análisis de la campaña de Enfermedades entéricas y síndrome por vibrio parahemolítico .....	373
Capítulo 8. Análisis comparado de la cobertura de las campañas .	385
8.1 Análisis integral y construcción de indicadores .....	387
Capítulo 9. Conclusiones y Cierre .....	415
9.1 Conclusiones generales.....	417
9.2 Sobre la coordinación de agendas y la construcción de lo público. .....	431
Bibliografía y Anexos .....	439
Bibliografía .....	441
Anexos .....	455



## Índice de Gráficos

Gráfico 1: Universo de noticias. ....	276
Gráfico 2: Ciclo informativo .....	296
Gráfico 3: Referencia a padres de infantes en la campaña de invierno .....	300
Gráfico 4: Presencia de embarazadas .....	302
Gráfico 5: Referencia de adultos mayores .....	303
Gráfico 6: Referencia a enfermos crónicos .....	304
Gráfico 7: Relación con la campaña de invierno .....	305
Gráfico 8: Ciclo informativo de la campaña de invierno. ....	308
Gráfico 9: Tipo de referencia a la red de salud pública .....	312
Gráfico 10: Tipo de referencia a la red de salud privada. ....	313
Gráfico 11: Referencia a los niños como público objetivo de la campaña .....	315
Gráfico 12: Referencia a embarazadas como público objetivo .....	316
Gráfico 13: Referencia a adultos mayores como público objetivo .....	317
Gráfico 14: Referencia a las personas con enfermedades crónicas ....	318
Gráfico 15: Ciclo informativo de la campaña de lactancia materna. ...	322
Gráfico 16: Referencia a mujeres embarazadas. ....	326
Gráfico 17: Referencia a madres de niños y niñas menores de seis meses .....	328
Gráfico 18: Referencia a la familia.....	329
Gráfico 19: Ciclo informativo campaña de prevención del VIH SIDA: .	333

Gráfico 20: Referencia a los jóvenes como público objetivo de la campaña. ....	338
Gráfico 21: Referencia a hombres que tienen sexo con hombres. ....	339
Gráfico 22: Referencia a trabajadores y trabajadoras sexuales. ....	341
Gráfico 23: Referencia a las mujeres como público objetivo. ....	342
Gráfico 24: Ciclo informativo de la campaña de bioequivalencia de medicamentos. ....	345
Gráfico 25: Distribución de informaciones por medio. ....	346
Gráfico 26: Cobertura del medio .....	346
Gráfico 27: Tipo de género periodístico usado. ....	347
Gráfico 28: Enfoque del periodista en las publicaciones de la campaña. ....	349
Gráfico 29: Vocería del Ministro de Salud en la campaña de bioequivalencia. ....	350
Gráfico 30: Vocería del SEREMI de Salud en la campaña de bioequivalencia. ....	350
Gráfico 31: Participación del Estado en las publicaciones. ....	352
Gráfico 32: Ciclo informativo de la campaña de prevención de la meningitis W135. ....	354
Gráfico 33: Ciclo informativo y género periodístico .....	355
Gráfico 34: Carácter principal de las publicaciones en la campaña de prevención de la meningitis W135. ....	360
Gráfico 35: Ciclo informativo de la campaña de prevención del Hantavirus .....	361



Gráfico 36: Alcance y carácter del medio en la campaña de prevención del Hantavirus.....	363
Gráfico 37: Referencia a trabajadores agrícolas de temporada. ....	367
Gráfico 38: Referencia a trabajadores forestales en la campaña de prevención del Hantavirus. ....	368
Gráfico 39: Referencias a los turistas en la campaña de prevención del Hantavirus. ....	368
Gráfico 40: Referencia a médicos y funcionarios de la salud en la campaña de prevención del Hantavirus.....	369
Gráfico 41: Ciclo informativo de la campaña de prevención de enfermedades entéricas .....	373
Gráfico 42: Alcance y carácter del medio en la campaña de prevención de enfermedades entéricas.....	374
Gráfico 43: Referencias a turistas en la cobertura de la campaña de prevención de enfermedades entéricas. ....	377
Gráfico 44: Referencia a pescadores en la cobertura de la campaña de prevención de enfermedades entéricas. ....	378
Gráfico 45: Referencia a dueños o trabajadores de pescaderías o marisquerías .....	380
Gráfico 46: Referencia a cocineros y cocineras en la cobertura de la campaña de prevención de enfermedades entéricas.....	381
Gráfico 47: Género periodístico principal .....	391
Gráfico 48: Criterio de noticiabilidad principal de las publicaciones. ....	394
Gráfico 49: Índice de densidad periodística. ....	403
Gráfico 50: Porcentaje de publicaciones según georreferencialidad...	407



## Índice de Tablas

Tabla 1: Estructura de las campañas.....	270
Tabla 2: Presencia de palabras claves Campaña de Invierno.....	299
Tabla 3: Frecuencia y porcentajes de presencia de padres de infantes, campaña de invierno .....	301
Tabla 4: Frecuencias y porcentajes de la presencia de mujeres embarazadas en la campaña de invierno.....	302
Tabla 5: Porcentajes de frecuencias y valoraciones de la presencia de adultos mayores .....	303
Tabla 6: Porcentajes de frecuencias y valoraciones de la presencia de enfermos crónicos.....	304
Tabla 7: Presencia de palabras clave, según brief.....	314
Tabla 8: Valoraciones de la presencia de niños como público objetivo	315
Tabla 9: Valoraciones de la presencia de mujeres embarazadas.....	316
Tabla 10: Valoraciones de la presencia de adultos mayores.....	317
Tabla 11: Valoraciones de la referencia a enfermos crónicos.....	318
Tabla 12: Referencia a enfermedades específicas.....	319
Tabla 13: Presencia de palabras claves de la campaña de lactancia materna.....	325
Tabla 14: Valoraciones de la referencia a mujeres embarazadas .....	327
Tabla 15: Valoraciones asociadas a la referencia existente a madres de niños menores de 6 meses .....	328
Tabla 16: Valoraciones asociadas a la referencia a la familia. ....	329
Tabla 17: Referencia a trabajadoras rurales .....	330

Tabla 18: referencia a mujeres que trabajan en labores agrícolas de temporada. ....	331
Tabla 19: Presencia de palabras claves, asociadas al brief. ....	337
Tabla 20: Valoraciones asociadas a la referencia a jóvenes. ....	338
Tabla 21: Valoraciones asociadas a la referencia de hombres que tienen sexo con hombres. ....	340
Tabla 22: Valoraciones asociadas a la presencia de trabajadores y trabajadoras sexuales. ....	341
Tabla 23: Valoraciones asociadas a la referencia a mujeres. ....	342
Tabla 24: Relación entre el VIH SIDA y homosexualidad .....	342
Tabla 25: Relación entre VIH SIDA y promiscuidad. ....	343
Tabla 26: Presencia de palabras claves en la campaña de bioequivalencia. ....	351
Tabla 27: Georreferencialidad de la información. ....	357
Tabla 28: Presencia de palabras claves en la campaña de prevención de la meningitis 135. ....	359
Tabla 29: Información estructural sobre la campaña de prevención del Hantavirus .....	364
Tabla 30: Presencia de palabras claves en las publicaciones según brief de la campaña de prevención del Hantavirus. ....	366
Tabla 31: Valoraciones asociadas a la referencia de trabajadores agrícolas de temporada. ....	367
Tabla 32: Valoraciones asociadas a la referencia de trabajadores agrícolas. ....	368
Tabla 33: Valoraciones asociadas a la referencia a turistas. ....	369

Tabla 34: Valoraciones asociados a la referencia a médicos y profesionales de la salud.....	370
Tabla 35: Presencia de mecanismos de prevención del Hantavirus ...	370
Tabla 36: Presencia de palabras clave, según brief de la campaña de prevención de enfermedades entéricas. ....	376
Tabla 37: Valoraciones asociadas a la referencia a turistas en la cobertura de la campaña de prevención de enfermedades entéricas.	378
Tabla 38: Valoraciones asociadas a la referencia de pescadores en la campaña de prevención de enfermedades entéricas.....	379
Tabla 39: Valoraciones asociadas a los dueños y trabajadores de pescaderías o marisquerías.....	380
Tabla 40: Valoraciones asociadas a la referencia de cocineros y cocineras en la campaña de prevención de enfermedades entéricas..	381
Tabla 41: Presencia de métodos preventivos en la cobertura de la campaña de prevención de enfermedades entéricas.....	382
Tabla 42: Índice de construcción de agenda. ....	389
Tabla 43: Aparición de fuentes sanitarias. ....	397
Tabla 44: Fuentes según tipología (reagrupadas).....	401
Tabla 45: Índice de densidad periodística por campaña.....	404
Tabla 46: Fuentes y medios .....	406
Tabla 47: Correspondencia de brief por campaña.....	412
Tabla 48: Correspondencia de brief y alcance del medio. ....	414



## **Introducción**





## **Objetivo general:**

Describir y analizar las relaciones entre la agenda política sanitaria y la agenda mediática en la prensa escrita, a partir de la cobertura y tratamiento de las campañas de comunicación realizadas por el Ministerio de Salud de la República de Chile durante el año 2012, entendidas como estrategias de desarrollo para la generación de bienes públicos sanitarios.

## **Objetivos específicos:**

- Analizar las campañas de bien público realizadas por el Ministerio de Salud de Chile durante el 2012 como estrategias de comunicación pública orientadas al desarrollo, cuya gestión comunicacional incide en la construcción de la agenda de los medios.
- Distinguir los procesos de selección, tratamiento, y cobertura que realiza la prensa escrita y on line chilena sobre las campañas y su relación con la generación de un espacio mediático orientado a la promoción y prevención de la salud.
- Distinguir y analizar desde una perspectiva sistémica, las coafectaciones entre la agenda sanitaria y la agenda mediática, a

partir de las campañas emitidas por el Ministerio de Salud Chileno en el año 2012.

### **Preguntas de investigación.**

¿Los medios reconocen a las campañas como un tema de interés público?

¿Los medios analizados generan condiciones de prevención y promoción sanitaria para sus audiencias, acorde a la mediatización de los mensajes sanitarios de la autoridad pública de salud?

¿Los medios de comunicación consideran a las campañas como una posibilidad de articulación de agendas entre lo político-público, y lo estrictamente medial?

¿Autoobservan los medios una función social a través de la cobertura de temas sanitarios como los propuestos por las campañas analizadas?

### **Hipótesis.**

Las campañas de salud responden a diversas estrategias de intervención comunicacional con resultados disímiles en la eficacia medial, entendida esta en términos de la posibilidad de tematizar recurrentemente sobre la prevención y la promoción de la salud en la agenda mediática.

El alcance de esta incidencia dependerá de las características de las campañas, su frecuencia y gestión, pero también de las condiciones de las selecciones sobre lo publicable que efectúen los medios. Entre otros factores, se consideran aquellos de carácter contextual como la georreferencialidad, mortalidad y morbilidad y/o crisis que genere problema sanitario, objeto de referencia de la campaña.

En este sentido las campañas, al situarse como una comunicación pública orientada al desarrollo, buscarían obtener un lugar relevante en la jerarquía y preminencia de la agenda de los medios, como parte de un proceso de mediatización del tema en la sociedad chilena. Esta posibilidad y los alcances en su desarrollo es lo que plantea la siguiente memoria de tesis doctoral.



## **Presentación**

Durante las dos últimas décadas, las aperturas de los medios informativos hacia nuevos ejes de cobertura han marcado la renovación de la prensa. Cada vez es más habitual encontrar no solo prensa de intereses especiales, sino también nuevas secciones o campos temáticos de emergente presencia en los medios. Uno de ellos, es el área de la salud

La prensa diaria chilena, altamente concentrada y de poca diversificación editorial, no ha estado ajena a un proceso global de cambios de cobertura. En un país donde su PIB per cápita ya roza los niveles de los países desarrollados, no es raro encontrar en la prensa escrita un nuevo nicho informativo que responde a las demanda de ver en los medios aquellos intereses propios de estas nuevas experiencias de vida. Nutrición, ejercicios, consejerías de dietas hoy cobren gran parte de las secciones de tendencias, un respuesta a esta expectativa del buen vivir que caracteriza a determinados grupos en nuestra sociedad contemporánea.

Sin embargo, esta preocupación por la salud, escasamente tiene relación con las construcciones específicas de lo sanitario. Y así como Chile cuenta con los indicadores regionales de mayor expectativa de vida, amplio acceso al agua potable a infraestructura sanitaria, y escasa mortalidad materna infantil, al mismo tiempo, presenta serias

inequidades en el acceso, cobertura y tratamiento particularmente al comprar la red sanitaria pública con la privada

Por ello, la prensa entendida como un ámbito de articulación de lo público, altamente profesionalizado, no puede sustraerse de esta realidad compleja y contingente. Y aunque la amplitud temática es un valor de apertura hacia otras dimensiones sociales, también se hace necesario indagar sobre cuáles son las condiciones efectivas de cobertura cuando la prensa se ve interpelada a construir discursos sobre el bien común, el cuidado colectivo y la preocupación de los derechos en el campo de la salud y la enfermedad.

La investigación que esta memoria de tesis da cuenta, es un esfuerzo para responder dicha pregunta. A partir de un recorrido histórico que sostiene el presupuesto que la prensa responde a una función social marcada por la demanda del conocimiento de un entorno dinámico, el estudio utiliza dicha condición para poder observar -desde una perspectiva principalmente cuantitativa- cómo la preocupación del Estado para establecer una comunicación pública sobre la prevención y promoción de la salud, participa del interés periodístico y los mecanismos por los cuales en una relación entre agendas, es posible configurar un espacio público mediático que promueva una discusión en torno a estos bienes públicos.

Este nivel de estudio, también reconoce el lugar de las agendas en la discusión sobre la democracia y su articulación con las estrategias de desarrollo a escala nacional. Si la prensa no cumple un rol propositivo en la construcción de la opinión pública, tal como lo planteaba Dewey, escasamente podremos observar una legitimación del actuar del Estado en elevar las condiciones de vida de los ciudadanos. A su vez la prensa, al obviar determinados temas, puede conducir a una pérdida de las capacidades de monitoreo, crítica y deliberación públicas, planteamientos basales para la configuración de un sentido y función del periodismo en un contexto de mayor electividad individual en el consumo de información mediatizada.

Es por ello que el objeto material de la presente investigación son las campañas de bien público emitidas por el Ministerio de Salud, durante el año 2012 y la cobertura que de éstas hizo una muestra relevante de la prensa nacional tanto impresa u *on line*. La elección de este tipo de comunicación pública es que responde estratégicamente a lo que el gobierno reconoce como relevante en el campo de la salud pública y, en tanto recurrencia, una suerte de obligatoriedad para el logro de indicadores nacionales e internacionales de control epidemiológico. A su vez, al estar altamente delimitadas temporalmente es posible observar cómo los medios reconocen su emergencia, y cómo se hacen cargo de la promesa preventiva presente en ellas.

La elección del año tampoco devino azarosa. El gobierno de Sebastián Piñera, el primero de la centro-derecha luego del regreso a la democracia, para el 2012 había cumplido dos años en ejercicio, en un escenario de continuidad de las políticas públicas sanitarias de los gobiernos socioliberales anteriores. Este año, fue el segundo de ejecución del nuevo plan de acción para el logro de los objetivos sanitarios para la década (2011 -2020), instrumento rector de la tarea público-sanitaria, en donde la comunicación pública preventiva se garantizó como parte de la estrategia nacional permanente para la configuración y reforzamiento de prácticas saludables.

Por otra parte, en dicho año, junto a la ejecución de lo programado, el país debió responder a un brote epidémico de meningitis, lo que permitió revisar las condiciones de cobertura en un marco de respuesta sanitaria en situación de crisis. Este hito, revisando en profundidad en esta investigación, también permite observar la respuesta del gobierno y las decisiones editoriales que delimitan los sentidos sobre salud y enfermedad en una ruptura de los acontecimientos que demandó para los medios una constante reducción de incertidumbre.

Estos elementos de contexto, permiten situar la pregunta por las campañas como un elemento gravitante para la concreción del pacto entre la ciudadanía y el estado, este último como garante de los derechos



de salud y promotor de aquellas acciones que permiten reducir las brechas sociales e inequidades que aún caracterizan en este tema al país.

La investigación, por su carácter exploratoria – descriptiva, debe ser vista como una primera aproximación al estudio de las coordinaciones de agenda y la pregunta por el desarrollo y la comunicación en la salud pública chilena. Sus hallazgos tienen una capacidad generativa al momento de plantear nuevas interrogantes, particularmente en dos ejes futuros de investigación: la incidencia de esta coafectación en las posibilidades de recepción y los cambios en las audiencias y, desde un punto de vista evolutivo, la cobertura y las campañas en sus condiciones estratégicas a partir de los hitos políticos que han marcado al país.

Con este desafío a largo plazo, el estudio acá presentado también permite reconocer avances en el uso de la investigación cuantitativa para el análisis de la cobertura de campañas. Así, el diseño de investigación se propuso generar un análisis que fuese más allá de las frecuencias simples por reactivos o el uso de correlaciones; acá, en cambio se expone una propuesta de relaciones de variables que construyen índices que pueden evaluar el grado de desarrollo de la cobertura pero también la efectiva incidencia en los medios de la estrategia de campaña.

Así estos dos aspectos entregan un potencial desarrollo a la investigación, en un ámbito escasa producción en Chile y cuyos primeros resultados se presentan en este trabajo. Es de esperar, así como surgió el interés por la cobertura de los temas de salud, que otros investigadores de la comunicación se planteen nuevas preguntas sobre lo sanitario en el país y su correlato con las prácticas y rutinas del periodismo, dentro de un marco de análisis que rescate la función social de la prensa en la mediatización contemporánea.

## **Sobre el doctorando**

José Miguel Labrín Elgueta (38) es Licenciado en Comunicación Social, Periodista y Magister en Antropología y Desarrollo de la Universidad de Chile. Actualmente es Subdirector del Instituto de la Comunicación e Imagen (ICEI) de dicha universidad, de la cual es profesor asistente en carrera ordinaria.

En dicha calidad, tiene a su cargo las asignaturas de pregrado Comunicación Interpersonal, Clásicos de la Comunicación, y Comunicación e Identidad (para las carreras de Periodismo y Cine y Televisión), y en postgrado, dicta el módulo sobre corrientes americanas de investigación en comunicación para el Magister en Comunicación Social. Asimismo, es coordinador académico del diplomado de postítulo en Comunicación y Políticas Públicas, donde realiza los cursos sobre Campañas de Bien Público, y Diversidad Cultural y Políticas Públicas.

Durante su gestión como subdirector de esta unidad (2010-a la fecha) le ha correspondido liderar múltiples procesos académicos, entre otros, la acreditación de la carrera de periodismo, la innovación curricular de los programas de estudios de pregrado, la instalación de proyectos de aprendizaje activo, la institucionalización de la dirección de asuntos estudiantiles, como también monitorear y evaluar los planes estratégicos de desarrollo de dicho Instituto.

Entre el año 2008 y 2010 fue becario de la Agencia de Española de Cooperación Internacional (MAEC –AECID) para cursar estudios de Doctorado, España. Esta memoria doctoral concluye este proceso en el programa de “Comunicación, Cambio Social y Desarrollo”, de la Universidad Complutense de Madrid.

Su producción académica está presente en una docena de publicaciones y en más de 20 conferencias y congresos internacionales a los que ha asistido como ponente. Durante los últimos años ha sido acreedor de los siguientes fondos concursables de investigación.

1. Campañas de Bien Público y función social de la prensa, proyecto financiado por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnología del Gobierno de Chile. Fondo de la Pluralidad Informativa. Convocatoria 2013-2014.
2. Comunicación e Identidades Culturales, fondo para el fortalecimiento disciplinario en Comunicación, financiado por la Iniciativa Bicentenario Juan Gómez Millas, Ministerio de Educación de Chile - Universidad de Chile.

3. Estrategias de Cobertura y Liderazgo Indígena Femenino, financiado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011-2012)
4. Análisis de la Cobertura y Tratamiento de los conflictos indígenas 2010-2011 en la prensa escrita nacional, financiado por UNESCO.
5. Prácticas y procesos de comunicación transnacional: migración peruana en Chile (2010), programa financiado por la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile.

A nivel profesional, entre el año 2000 y 2003 fue coordinador de proyectos sociales en Fundación IDEAS, y entre 2003 y 2006 director de comunicaciones y educación de la representación local del Fondo Global de Lucha contra el VIH SIDA, la tuberculosis y la malaria.



## **Fundamentación y relevancia.**

Aunque en Chile existe una importante investigación sobre salud pública, resulta interesante constatar una baja preocupación sobre las relaciones entre comunicación y salud.

En efecto, las pocas aproximaciones que hay con respecto al tema responden a la formación o entrenamiento para especialistas sanitarios, con el fin de adquirir destrezas o herramientas aplicadas, ya sea a nivel de medios (vocería, diseño de planes comunicacionales), marketing interno e institucional y comunicación interpersonal para el mejoramiento de la relación médico paciente. Sin embargo, en estas dimensiones es muy escasa la preocupación por la generación de conocimiento nuevo incluso en dimensiones propias dichas acciones, como la sistematización de experiencias o la evaluación de intervenciones.

Así, pese a que existe una masa crítica al interior de las universidades y centro de estudios afines, hay una carencia sustantiva de investigadores capaces de relevar estos aspectos a un dominio científico. La observación, entonces, de la coordinación de agendas medial y política sanitaria desde las campañas, tiene este doble fundamento: la poca evidencia empírica

sobre el desarrollo de las estrategias sanitarias y su mediatización en lo público; y por otro lado, la ausencia de un conocimiento sistemático sobre las mismas estrategias, más allá de la recopilación de acciones.

Este último aspecto deviene significativo porque salvo algunas excepciones-principalmente, como se verá en estudio, en aquellas campañas garantizadas por ley como prevención de VIH SIDA-, no existe un modelo evaluativo por sobre el nivel publicístico, marcado por la recordación de las audiencias. En este sentido, un desafío del presente estudio es, ante todo, recoger un nivel ausente de análisis y configurarlo como un objeto de estudio relevante para la indagación en salud pública.

Por ello, los resultados que aquí se presentan permiten la ampliación del conocimiento sobre las estrategias sanitarias en un marco de derechos y donde los medios son resituados desde su naturaleza ética –política. Ello permite proponer un nuevo eje en el estudio medial y la coordinación de agendas, que vaya más allá de las preguntas por las representaciones o imaginarios –quizás la forma más recurrente de indagación sobre objetos específicos en los medios – para permitir una revisión crítica y fundada empíricamente sobre las operatorias periodísticas y su función como co-constructores de lo público.



Esta propuesta, como ya se dijo, tuvo que hacerse cargo de innovaciones metodológicas que permitieran ampliar las posibilidades no solo de los resultados, sino de nuevas hipotetizaciones factibles de desarrollar en próximos estudios. En este sentido, el valor de uso de métodos mixtos y haber ampliado el registro estadístico, tienen la relevancia de permitir nuevas reflexiones que, en un futuro mediano, puedan situar un programa académicamente sostenible de investigación en la materia.

Por último, es ineludible plantear una vocación transversal en esta investigación por generar un conocimiento que tenga aplicaciones directas en las condiciones de producción comunicativa. Pensar en un estudio que se cierre en sí mismo y solo pueda ser observado desde su complejidad dentro de la disciplina, negaría la posibilidad de que dichos hallazgos tengan una incidencia mayor, más allá de la academia.

Este estudio, por lo tanto, presenta un objetivo transversal que delimita su propia expectativa y relevancia: incidir también en el diseño estratégico de las campañas de prevención y promoción en salud, como también en las propuestas de cobertura que realizan de ellas los medios.

Este nivel aplicado del conocimiento que se deriva de esta investigación espera que en la revisión crítica de dichas intermediaciones, se genere una nueva posibilidad comunicativa que permita a los y las ciudadanos

contar con una instancia sistemática de configuración de un sentido público sobre la protección sanitaria colectiva. Sin duda, ese el principal desafío y proyección de los resultados de este estudio.

## **Las campañas como un objeto de estudio.**

Al plantear la discusión sobre las campañas de bien público es ineludible remitirse a dos aspectos centrales de su propio desarrollo: En primer lugar su vínculo estrecho con las innovaciones tecnológicas y la emergencia de los medios, en tanto plataformas disponibles para un fin persuasivo y educativo; en segundo término, la formulación tardía de corpus teóricos (sólo a partir de los años 60) que le ha dado al estudio de campañas una contemporánea reflexión.

Lo anterior revela que las campañas de bien público pre-existen a su propia investigación, siendo muy tardío su análisis en tanto objeto de estudio específico. Se tiene registro que las primeras campañas están asociadas a los movimientos de ampliación de derechos y libertades ciudadanas de fines del siglo XVIII y comienzos de siglo XIX, que utilizaron los medios disponibles de reproducción impresa para incentivar aquellas transformaciones que dieron paso a las contemporáneos Estados de derecho (Paisley, *Public Communication Campaigns: The American Experience*, 2001)

Por ello, hay que consignar la relación entre cambio y reproducción social que las campañas han establecido en su propio devenir. Mientras los primeros civilistas generaron campañas contra la esclavitud, el derecho a voto de la mujer, o sobre las condiciones laborales de los trabajos que

modificaron la condición ética del ser humano; la reproducción social está presente en estrategias comunicacionales que promueven una modernidad pendiente, en ámbitos como la escolaridad obligatoria o, como es de interés de este estudio, la salud pública.

Esta doble cara de las campañas de bien público pone en un eje central la pregunta por la emisión comunicativa y los elementos que, en tanto intencionalidad, establecen una primera delimitación – encuadre- de la construcción de los dispositivos persuasivos y/o comunicativos desplegados. Vistos estos elementos es posible argumentar que las campañas del bien público establecen un "sistema-comunicación," (Piñuel, 2007; Luhmann,1998) donde un sistema emisor intencionalmente genera una perturbación en otros sistemas (sean estos cognitivo - individuales, organizacionales o socioculturales), para la modificación o reforzamiento de las distinciones que estos sistemas realizan sobre lo comunicado.

Situar a las campañas de bien público como un sistema, genera la pregunta por el entorno receptor donde finalmente son significadas. La recepción dependerá de la capacidades estructurales (disposición de medios, utilización de soportes comunicacionales, entre otros), recursos económicos y humanos, y condiciones políticas afines; pero ante todo, de un sustento cultural que determinará su mayor grado de eficacia y eficiencia. La naturaleza social de la comunicación de bien público no

puede ser abstraída del contexto de recepción, asumiendo el aumento de complejidad (en el eje cambio /reforzamiento) en sociedades definidas desde la diferencia cultural. En este sentido, al disponer las campañas de un sustento ético -finalmente su carácter sin fin de lucro delimita el valor social que contienen- se reflejan también los distintos discursos que construyen territorios posibles de significación.

Al asumir este punto de vista, las campañas de bien público presentan elementos capaces de orientar, limitar o favorecer, restringir y/o promover hábitos, prácticas, normas, creencias, actitudes o comportamientos, cuya expresión en lo social resulta significativo para la coexistencia de los individuos en la sociedad. Así, Moreno indica el carácter ético del bien público *"al reforzar aquellos rasgos del comportamiento cotidiano sancionados por la opinión pública como aceptados, correctos y de bien para todos, lo cual le atribuye carácter universal para el contexto socio histórico en que son promulgados"* (Moreno, 2003)

La condición contextual de las campañas y su incidencia relativa sobre las creencias de un grupo, permitirá que en su circulación comunicativa puedan surgir diversos discursos, que de manera concéntrica, referirán a la campaña haciendo que no se limite solo a ella: es por esto que una campaña no puede ser vista solo en la aplicación de dispositivos afines,

sino en todos aquellos otros procesos de comunicación que se desprenden de ésta tanto a nivel social comunitario como mediático.

La relación estrecha entre campaña, mediatización y opinión pública, permite ocupar una perspectiva teórica que vincula en el análisis sistémico con el legado funcionalista – estructural. La inserción de esta perspectiva ha permitido reconocer la herencia convencional en los estudios de agenda setting (McCombs, 1981), para situar dinámica y socialmente compleja las descripciones que realizan los sujetos de su entorno, en un límite orientado a la construcción de sentidos compartidos dentro de un medio social y cultural. (Tuchman, 1978)

A partir de este último aspecto, se presupone que todo contenido gestionado estratégicamente en lo público genera posibilidades de interpretación simbólica a partir de una distinción: así mientras la campaña establece un universo de sentido específico y estratégicamente orientado, su despliegue como acontecer susceptible de ser descrito, se generará desde una posibilidad interpretativa, la que a su vez será un nuevo encuadre para la audiencia en tanto agente receptor. En este caso, dicha posibilidad implica no solo una condición neutra sino ante todo una posibilidad de generación de un bien público asociado a la prevención en salud.

En este sentido, la presente memoria de tesis doctoral, reconoce el carácter imbricado que va desde la generación del problema comunicacional asociado a la campaña, su reconocimiento como “acontecimiento publicable”, la reinterpretación narrativa a que establece la relación periodista-empresa, su difusión y publicación como nuevo encuadre o selección posible, en espacios sociales de recepción. (Shoemaker y Reese, Tonkard, 1991)

La observación de la comunicación pública en salud como un sistema cuyas aperturas están dadas en un contexto social mayor, permite preguntar sobre cómo acceder a un análisis que supere la comercialización –entendida como la traslación directa de esquemas propios de la publicidad- y reoriente su actuar a las dimensiones que han estado a la base histórica de las campañas de bien público: el uso de la comunicación hacia la transformación social y la construcción de ciudadanía.

De asumir este aspecto, es importante considerar el alcance de los modelos teóricos – analíticos en relación a las definiciones paradigmáticas que participan en la producción, circulación y recepción de las campañas sanitarias. En efecto, la comunicación para salud cuenta con modelos altamente complejos para definir la relación existente entre la emisión de la estrategia comunicacional con el impacto o incidencia específica en la recepción. Desde las orientaciones propias

del modelo de creencias en salud hasta aquellos que evalúan las etapas del cambio, pasando por los criterios generales de la teoría de la acción razonada o las de carácter cognitivo situadas en el aprendizaje, todas ellas se centran en las posibles apropiaciones significativas de los mensajes preventivos y en las actitudes propias que definen dicha apertura.

Dicho de otro modo, ya sea a través de una orientación individual o marcada por las mutuas afectaciones, la pregunta está puesta en las condiciones del cambio, obviando con ellas otras dimensiones de lo social, estructurantes del proceso comunicativo desplegado por las campañas.

Es aquí donde la pregunta por eje paradigmático sobre el cual observar la campaña deviene relevante: mirar la condición sistémica de la comunicación pública, sin considerar las dimensiones ético- políticas presentes en el contexto en la cual esta surge, ocultan ámbitos de análisis que no solo responden a principios rectores de su diseño, ejecución y evaluación, sino que impactan decisivamente en el cambio esperado.

Por eso distinguir el proceso comunicativo desplegado por las campañas de bien público de salud dentro de un marco paradigmático específico ofrece posibilidades de relectura crítica de las campañas, como al mismo



tiempo se transforma en un orientador de potenciales innovaciones en su despliegue como estrategia de desarrollo.

En este sentido, la comunicación para el cambio social ofrece interesantes oportunidades de reflexión. Entendida como un área emergente en el diverso campo de la comunicación, sus desarrollos teóricos permiten aunar la condición política de la comunicación con las necesidades de las audiencias, en una perspectiva de transformación social continua y sistemática.

Visto así, surgen tres elementos sustantivos y relevantes para la comprensión de las campañas más allá de la aplicación de estrategias de comercialización: el establecimiento de las comunidades como agentes de salud sanitarios, la apertura al entorno de los organismos planificadores del estado, y la participación activa de la sociedad civil organizada desde sus propias dinámicas de institucionalización, tanto a escala local, regional o nacional. Estos aspectos, incluyen, por lo tanto, el lugar de los medios en las sociedades contemporáneas a dichas dinámicas de legitimación de lo público.

Lo anterior es relevante para la diversificar el concepto de demanda de salud en determinados grupos. El marketing social, al focalizarse en el logro de la comunicación y en la incidencia de la imagen de la

organización en dicho proceso, obvia el carácter complejo que implica la evaluación de necesidades. Al superar este esquema, la información deja de ser considerada como “la posibilidad de conocimiento” sobre un fenómeno, para dar paso a una exigencia de derechos establecida en la observación de la audiencia como ciudadanos. En este sentido, la promesa preventiva de la comunicación, se considera como una construcción colectiva de una agenda de intereses, donde la pregunta por la salud o por la enfermedad pasa a ser observada en las dimensiones propias del grupo. Así, el carácter político de la demanda sanitaria, por lo tanto, se sostiene en la definición que cada comunidad establece en perspectiva de su propio bien común y en los límites que culturalmente así se definen.

Este aspecto, que invierte la condición de desarrollo a las dinámicas de cada comunidad, favorece la interpretación compleja de la prevención de salud en escenarios cada más culturalmente diversos, lo que implica necesariamente una coordinación de expectativas e intereses a través de una agenda pública de prevención en salud.

La pertinencia de cultural también establece un repertorio de actuaciones más amplio para las campañas, en la medida que reconoce la diversidad de formatos y estrategias posibles para llevarlas a cabo. Sin embargo, desde este paradigma, el peso de la incidencia de la estrategia comunicacional no radica en el soporte, la construcción de los mensajes

o las plataformas de difusión. Estas se integran en su eficacia y eficiencia a un espacio de discusión más amplio donde son las redes de conversaciones generadas a partir de la iniciativa el ámbito efectivo del impacto de la prevención en salud.

Dicho de otro modo, más allá de las instrucciones persuasivas, desde el paradigma de comunicación para el cambio social en salud, la incidencia estará en cómo se posiciona el discurso público, de qué manera éste se convierte en una red de conversaciones en un determinada territorio y qué valoraciones, expectativas, aperturas o clausuras, genera dicha conversación. Un primer paso en esta indagatoria, es el estudio sobre cobertura que este informe presenta.



## **Primera Parte: Estado de la Cuestión**



## **Capítulo 1. La Sanidad en Chile**





## **1.1 Contexto socio sanitario chileno**

### **1.1.1 Desarrollo histórico de la salud pública en Chile**

La pregunta por lo sanitario como un campo propio de la configuración de una sociedad, amparada en la definición del estado nación, ha sido recurrente en el devenir político de Chile y la configuración de la república. Tal como lo plantea Cruz Coke no ha existido proyecto político desde inicios del siglo XIX que no haya planteado como una prioridad nacional la salud pública y su transformación, tanto a nivel de acceso al tratamiento como en la perspectiva de la prevención y promoción de la salud. En este sentido, la pregunta por el desarrollo del Estado Nación va aparejada del elevamiento de la calidad de vida de los ciudadanos como parte de un proceso de inclusión social. (Cruz-Coke, 1995)

La institucionalización de un régimen socio sanitario estuvo marcada por el pensamiento higienista, instalado primero en Europa a contar del siglo XVIII con la industrialización de las principales ciudades, y que en América Latina va directamente asociada a la instalación de los gobiernos republicanos. En el caso chileno, la preocupación sanitaria tomó cuerpo con la instalación de la primera junta de directores de hospitales y casas de expósitos en 1832, entidad que hizo evidente la precaria condición de la salubridad pública en país. Diez años después la principal respuesta

a esta carencia fue la creación de la primera escuela de medicina, en el marco de la recién fundada Universidad de Chile.

Estos primeros cursos médicos adoptaron los principios higienistas como un eje central de la labor estatal en la materia. Así, como mandato funcional, tuvieron a su cargo el estudio y tratamiento de las enfermedades endémicas que afectaban al país de esos primeros años, y el mejoramiento de las condiciones sanitarias pública y doméstica.

Lo anterior implicó observar los contextos sociales y laborales en los cuales la naciente república se debía hacer cargo de las diferencias de una sociedad postcolonial y que apostaba a un proyecto moderno liberal – ilustrado. La progresiva importancia de los núcleos urbanos por sobre la centralidad de lo rural y la hacienda, el interés por el paso a una industrialización a partir de la economía artesanal, y la mayor concentración demográfica en la periferia en ranchos y habitaciones populares -posteriores conventillos y cités-, marcaron la segunda mitad del siglo XIX y a esta nueva generación de profesionales médicos que apostaban a una transformación de las condiciones materiales de vida, considerando la preocupación por la salud como un bien público generado desde y para los ciudadanos del país.

Esta presión gestada desde la incipiente academia, dinamizó a los primeros gobiernos por instalar como política pública la construcción de sistemas de alcantarillados, mejorar el manejo de residuos en las calles, abastecer de agua potable a los sectores populares como también favorecer a una educación sanitaria permanente.

Para el año 1872, se había logrado promulgar un decreto con fuerza de ley que obligaba a los establecimientos educacionales tener una asignatura obligatoria sobre higiene y salubridad. En la próxima década, se establece la Junta de Beneficencia, entidad encargada de la administración y coordinación de los organismos sanitarios ya existente desde 1850 a través de las sociedades de socorros mutuos, entidades de prestación de servicios sanitarios para quienes podía recurrir a agrupaciones privadas de este tipo. (Ferrer P. L., 1904)

Un hito de mayor importancia durante fines de siglo XIX fue el debate dado en torno a la ley de vacunación obligatoria. Incluso previo al inicio de la República, ya se había intentado inocular a la población con pus variólico y, para fines de la colonia, el gobierno había instalado una Junta Central de Vacunas que promoviese en la población este emergente método preventivo. La escasa cobertura y el rechazo de la población hicieron que solo en 1886 y a petición de esta Junta, el presidente Balmaceda ingresara al Congreso de la Nación el proyecto de ley de vacunación obligatoria. En un momento de profunda crisis institucional

en el país, dividido entre un modelo presidencialista democrático y un mayor peso de la oligarquía dominante en el parlamento, la discusión sobre esta ley fue un reflejo de las condiciones del debate liberal de la época: mientras el gobierno demandaba un mayor control sobre lo sanitario, la oposición exigía la primacía del derecho individual y la decisión personal, por sobre el bien común y la obligatoriedad e incidencia del Estado en la materia.

Finalmente la instalación de este instrumento jurídico permitió establecer los primeros programas preventivos a gran escala y, como una derivación natural, las primeras campañas en el país en pos de la promoción de la salud. Para el cierre del periodo Balmacedista, se promulga la ley de organización y atribución de las municipales, a quienes delega la responsabilidad de la higiene de la ciudad y el estado sanitario de la comuna.

Sin embargo entre 1886 y 1887 se registró una de los principales brotes de cólera durante el periodo republicano. En dicha ocasión, murió más del 5% de la población de las grandes ciudades, en una situación epidémica que ya se advertía 4 años antes en Francia y España, y que para fines del año 85, se había llegado a Buenos Aires. El mismo promotor de la vacunación universal, el Dr. Alfonso Murillo, publicaba en ese entonces el primer manual preventivo de uso masivo en el país, un compilado de sus publicaciones en el periódico “El Estandarte Católico”.

En dicho texto, junto con apoyar la demanda de la facultad de medicina por establecer un organismo centralizado y público de salud, presentaba los principales hallazgos en la atención de los enfermos, y al mismo tiempo sistematizaba los conocimientos y protocolos básicos de prevención. Incluso, dentro de las recomendaciones ya establecía el consumo de verduras cocidas, el uso de agua de fuentes “minerales” por sobre la de sifones desconocidos e incluso hacía recomendaciones a los panaderos para el uso seguro de agua de pozo no contaminada con aguas servidas. (Murillo, 1886)

El cambio de siglo fortaleció la discusión desarrollista en la materia y abrió la posibilidad de generar nuevas instituciones, más propias de la gestión pública, las que bajo el alero estatal coordinasen las distintas acciones sanitarias. Con ello, el lugar de la anterior filantropía católica daba paso a la estructura asistencialista que marcará el desarrollo del siglo XX. Para el cambio de siglo, la ciudad de Santiago comenzaba a elaborar su primer alcantarillado subterráneo (1908), se fortalece el Consejo de Higiene en sus labores consultivas y surgen los primeros atisbos de lo que será en la década siguiente el primer reglamento sanitario.

Al igual que el resto del mundo, la crisis del año 1917 con la epidemia de gripe, estableció nuevas exigencias para el control de las enfermedades transmisibles. Producto de la precariedad de la infraestructura

hospitalaria –que para esos años apenas llegan a las 109 instituciones, y con solo 450 médicos para todo el país-, la gran pandemia cobró la vida de más de 40 mil personas entre el 1918 y 1921. Esta alta mortandad, generó también las condiciones para que la incipiente industria periodística cumpliera su función pública al momento de difundir las medidas preventivas y establecer la corresponsabilidad de la gestión de la epidemia entre el Estado y la ciudadanía.

*“Los periódicos nacionales fueron activos colaboradores en esta tarea cuya efectividad no dependía tanto de los médicos, sino que de la fe que cada habitante depositara en esos consejos. El diario porteño La Unión, por citar un ejemplo, publicó en el mes de octubre una serie de "reglas que la ciencia recomendaba" para hacer frente a la influenza entre las que destacaban: una alimentación sana en todo sentido; velar por el aparato respiratorio evitando "atmósferas confinadas" como cafés, tabernas y todo espectáculo público; cultivar la oxigenación, valiéndose de paseos al aire libre; y la limpieza de las ropas y utensilios que estuvieran expuestos al contacto con los enfermos” (López, 2013)*

El desastre sanitario en el control de la epidemia hizo que la prensa cuestionase el rol del Instituto de Higiene como entidad cooperadora de la prevención en salud. Los problemas de control, desde los sectores médicos también incluyeron a la prensa, a quienes responsabilizaron de reducir la alerta sanitaria y concentrar el problema como propio de los

sectores sociales más carenciados. Este debate, más allá de sus condiciones, permitió instalar para fines de la epidemia la necesidad de contar con una institucionalidad que no solo asumiera la condición básica de la atención en salud, sino que incorporase desde temprano aquellos elementos preventivos, de control epidemiológico y educación sanitaria.

Así, para 1924 se dictó el decreto que creaba el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, entidad heredera de la división de homónimo nombre que desde 1902 existía en el país, como unidad dependiente del Ministerio del Interior.

Los vaivenes políticos del periodo, sumado a la modernización del país hicieron que esta nueva repartición viviese constantes reestructuraciones. En un periodo de tres décadas pasó a denominarse como Ministerio de Bienestar social, Ministerio de Salubridad y Previsión Social, Ministerio de Salud y Previsión, hasta que en 1959 bajo el gobierno de Jorge Alessandri adquiere su denominación cual, Ministerio de Salud Pública, orientando su función en específico a la coordinación de lo sanitario en el país y desvinculándose de la dimensión de pensiones y ayuda de beneficencia que pasará al nuevo Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Las sucesivas reformas desarrollistas de la mitad el siglo XX, consolidaron el papel central que tendrá el Ministerio en la decisiones sanitarias del país. La dimensión política de reorganización, fue acompañada por un proceso de integración altamente jerarquizado con el fin de establecer un sistema único pensado principalmente en la atención médica en sus tres niveles: primaria, secundaria y terciaria. En este contexto, en el año 1952 surge el Servicio Nacional de Salud, entidad en la cual se fusionarán todos los prestadores nacionales públicos en una organización la que a su vez tendrá una característica descentralizada en el territorio. (Ministerio de Salud, 2014)

Este modelo garantista y benefactor estableció las bases del emergente Estado de Bienestar que se estaba expandiendo a todo el país. Con estas características, ya en la década del sesenta, se había establecido una red de mutuales para los trabajadores y un sistema de atención de libre elección, que permitió que bajo determinadas condiciones, cada afiliado al sistema sanitario pudiese escoger el lugar de atención según sus necesidades particulares. Este antecedente abrió el camino para gestar un sector privado aún complementario en la cobertura, pero de mayor influencia en las clases altas y medias con mayores oportunidades de copago por salud.

Así mientras en el campo de la atención surgía una mayor institucionalización de lo público en relación con un desarrollo de lo



privado, también es el periodo de consolidación de la salud preventiva y de las emergentes experiencias de promoción sanitarias aplicadas en las décadas anteriores. Antes de 1970, ya era obligatorio todo examen preventivo a cada trabajador que ingresase a la administración pública. Se había instalado el Instituto de Nutrición y de los Alimentos, agente responsable de sucesivas campañas de mejoramiento de la alimentación de la población, incluyendo la yodación de la sal, el fortalecimiento de harina pensando en la mujer embarazada y, de manera paralela, la entrega de leche a todo menor de dos años, todos esos programas iniciados entre la década del 30 e inicios de los 60. La aceleración de la cobertura como también los rápidos resultados de esta estrategia integral, fueron factores sustantivos del control de las enfermedades infectocontagiosas, la desnutrición infantil y el acelerado aumento de la expectativa de vida de la población a partir de inicios de los años 70.

### **1.1.2 La gran transformación**

El golpe militar de 1973 y la instalación de la dictadura de Augusto Pinochet trajo consigo una serie de reformas políticas, económicas y sociales que instalaron en Chile los principios rectores del monetarismo de la escuela de Chicago o lo que comúnmente se ha denominado como neoliberalismo.

Esta transformación sustantiva hizo que el Estado no solo se redujese y gran parte de sus actividades pasaran a ser parte de una gestión entre

privados, sino que se configurase un sentido sobre aquello propio de lo público: la alianza estatal – privada, donde el primero cede su rol benefactor para establecerse como garante, y al segundo se le asigna el valor del generador prioritario de bienes públicos.

El campo de la salud fue uno más de los que subvirtieron su lógica tradicionalmente asistencialista a esta nueva visión contractual e individual de la protección sanitaria, mediada por la prestación de servicios de empresas generadas ad hoc a este nuevo mercado. El proceso de organización de esta nueva estructura sanitaria, comenzó a gestarse a mediados de esa década, pero tuvo como principal hito reorganización del sistema estatal y la emergencia de una red de aseguradoras privadas de salud.

En 1979, la junta militar de la época aprobó el decreto con fuerza de ley que permitió la fusión de las unidades médicas de mayor complejidad, es decir, el Servicio Médico Nacional de Empleados y los Servicios Nacionales de Salud. A través de esta reorganización se establecía una red única coordinada a nivel central, pero descentralizada en su gestión. Con ello en cada región existe un servicio de salud, con a lo menos un hospital base de mayor complejidad. (Ministerio de Salud, 2014)

Esta optimización de la infraestructura sanitaria, también incidió en la dimensión política del Ministerio de Salud. La reforma radicó en el Instituto de Salud Pública el control y la seguridad sanitarios a nivel país como son el seguimiento epidemiológico, la fármaco-vigilancia, y la orientación en aquellos temas estratégicos como los programas de vacunación, alimentación de grupos vulnerables, entre otros. Asimismo, se generó una nueva posibilidad de suministro a través de una Central Nacional de Abastecimiento que permitiese generar compras a proveedores locales como internacionales en forma más eficiente y competitiva.

El cambio más sustantivo fue la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) Esta entidad tiene como objetivo principal establecer las condiciones del seguro de salud para todos quienes tengan que acceder a cualquier de los servicios regionales. Contingente al ingreso, el trabajador adquiere un programa con determinadas coberturas, donde la gratuidad originalmente era solo para quienes no tuvieran ingresos permanentes o se encontrasen en situación de indigencia.

Esto permitió, en 1980, establecer un cuasi mercado de la salud profundizando el sistema anterior de libre elección, bonos de atención y copago, a través de la configuración de las instituciones de salud previsional (ISAPRES). Las empresas, en sus orígenes, recibirían por ley el 4% de los ingresos mensuales de cada trabajador con el cual firmaban

un contrato de afiliación. Este acuerdo permite a la persona acceder a un listado de prestaciones, con coberturas parciales contingentes al ingreso a la declaración de salud del afiliado. Este modelo permitió ampliar la base de beneficiarios, pero limitó el lugar asistencial del Estado hacia la focalización de los grupos más vulnerables, y emprendiendo una facultad privatizadora para el resto de la sociedad en el campo de la salud.

Los cambios se prolongaron durante todos los años ochenta, periodo donde se consolida el modelo. En el año 81 la dictadura establece un proceso de municipalización de la atención primaria, lo cual implicó –en líneas generales- radicar la consulta no especialista en establecimientos que serían directamente administrados a nivel comunal. El nivel central, por su parte, generaría un sistema de apoyos técnicos y económicos bajo la modalidad de subsidios, pero desligándose de la gestión de los recursos humanos y de la administración operativa de estos centros de atención.

“Esta municipalización se vivió desde los Servicios de Salud como un quiebre en la continuidad de los cuidados, la que estuvo provista por la red asistencial pública. La infraestructura cambió de propietario y los contratos del personal fueron a dar a otro administrador. Por aquellos tiempos, las tecnologías contractuales con las que pudo haberse resuelto bien una cosa como esta, desde los propios Servicios de Salud, no estuvieron disponibles y, en consecuencia, el luto se prolongó en el tiempo, haciendo que la red asistencial parezca y en la práctica muchas

veces esté, efectivamente, interrumpida en cuanto a la continuidad de servicios”. (Vergara, 2007)

Entre el año 1981 y 19887, la leyes de salud se centraron en generar lo ajustes al modelo ya instalado. A partir de sucesivas reformas, se estableció un aumento de la base imponible para el cobro de la cotización obligatoria: un 7% obligatorio para todos los trabajadores con contrato vigente, y similar porcentaje se descontó de las pensiones de los usuarios adultos mayores del sistema anterior.

La creación de un mercado de la salud, hizo que las brechas en el acceso y la atención aumentasen sostenidamente, en un escenario general de abandono de la salud pública durante todos los años 80. Al llegar la democracia, la migración de los trabajadores de mayores ingresos al sistema privado, con el fin de acceder a un mejor servicio a través del descuento salarial obligatorio, hizo que la participación del sector privado creciese del 16% al 25%. En la actualidad, este se ha mantenido estable entorno al 20%, destacándose por lo tanto la amplia cobertura de FONASA – la aseguradora estatal- tanto en la prestación de servicios dentro de su red pública o en la modalidad de libre elección.

La prioridad política durante la primera etapa de los gobiernos democráticos fue inyectar mayor cantidad de recursos al sistema público

y generar una condición más equitativa en el gasto per cápita en salud, frente al sistema privado. Asimismo, se fortaleció la capacidad reguladora del Estado frente a las múltiples entidades privadas prestadoras de servicios médicos, lo que configuró la actual Superintendencia de ISAPRES, organismo autónomo que vela por el aseguramiento de la calidad y legalidad del mercado sanitario

El control del sistema y el mayor apoyo estatal a su propia red, permitió que se sentaran las bases para generar una reforma al ámbito de la salud. Esto implicó, ya a inicios del 2000, la obligatoriedad de la atención de urgencia en cualquier servicio público o privado, un mayor control a los planes de salud y sus coberturas y, ante todo, el establecimiento de un programa de garantías explícitas de salud.

Estos cambios se iniciaron con el presidente Ricardo Lagos, a través de una agenda de transformaciones del área durante su mandato, la cual fue conocida como la “reforma a la salud”. A través de un paquete de medidas legislativas, durante su sexenio se aprobaron cuatro normativas que son los pilares del sistema sanitario vigente.

La primera de ellas fue la ley 19337 de autoridad sanitaria y gestión. A través de este marco legal, se fortalecieron las secretarías regionales ministeriales de salud con el fin de que configurasen como el agente

descentralizado y territorial de la aplicación de la política sanitaria y del código respectivo. El documento legal establece las modalidades de gestión de los distintos niveles de las prestaciones de servicios sanitarios y fomenta, ante todo, un sentido de participación ciudadana a través de un marco de derechos y deberes de los ciudadanos frente a su acceso a la salud.

Acompañando a esta normativa, en 2004 se promulgó la ley 19888 sobre gasto fiscal para el financiamiento de los objetivos sociales del gobierno, medida que elevó el IVA al 19% y estableció un aumento progresivo al impuesto al tabaco como mecanismo de recaudación.

Para el año siguiente, se despachó la ley 20015 sobre las instituciones de salud previsional que permitiese regular el costo asociado a los afiliados a estas instituciones privadas. Esto implicó, por primera vez en democracia que un gobierno orientase la política pública hacia un modelo estrictamente garantista, que al mismo tiempo fortaleciese la participación privada en la creación de salud en la población. Con este cuerpo legislativo, el gobierno hizo exigible que cualquier enfermedad considerada como prioritaria por el Estado, debiese tener los mismos costos asociados sea cual sea la institución del afiliado lo cual permite mantener la participación de un segmento de la población en dicho régimen y contener la migración hacia el sector público gracias a su mejoramiento progresivo.

Esta ley vino a dar viabilidad organizativa al sistema de garantías explícitas que se configura con esta reforma. Este modelo se consolidó a través de la ley 19966, la que permitió establecer criterios únicos de calidad y equidad en el acceso al tratamiento de aquellas patologías más significativas, con independencia de la capacidad de pago efectiva del paciente.

Esta ley conocida como “Plan Auge –Ges”, tuvo como pilar la corrección del sistema contingente al ingreso al establecer de manera única protocolos y tiempos máximos de atención, primero en 25 enfermedades y hoy en más de 80 de interés sanitario. Por medio de definiciones técnicas generadas desde equipos consultivos coordinados por el Ministerio, toda institución aseguradora deberá cumplir el protocolo, siendo un derecho del paciente la atención oportuna según el manual de atención específico a su enfermedad.

Pese a que esta ley implicó una intervención directa del Estado en la materia, lo cierto es que permitió la concentración de los capitales de las empresas aseguradoras. Esto debido principalmente a que la ley permitió como medida compensatoria, la limitación del sistema de libre elección: así frente a una patología determinada, el paciente deberá atenderse en una lista cerrada de opciones (hospitales, clínicas, etc.) para hacer uso



del beneficio de garantías explícitas, lo que condujo al poco tiempo que se generase una integración vertical de las aseguradoras con las instituciones médicas, como clínicas y hospitales, lo que su mayoría fueron comprados por las mismas ISAPRES. Este modelo, por tanto, obliga al cotizante a recibir la atención médica en una red cerrada que parte desde la cotización individual y que culmina las garantías de tratamiento.

Asimismo la ley, bajo el interés superior de controlar el gasto personal, estableció para las patologías del sistema auge-ges una modalidad máxima de copago, es decir, un tope al valor complementario de las prestaciones incluyendo en algunos casos, el costo del tratamiento farmacológico asociado.

Si bien este modelo amplió los derechos de los ciudadanos a la atención y aumentó el predominio del Estado en la gestión de salud en torno a los dos subsistemas (público y privado), lo cierto que luego de su instalación y a partir de 2012, se ha observado una crisis hospitalaria en el país particularmente en los servicios de salud de las principales ciudades.

Este fenómeno se ha producido por la complejidad de equilibrar un sistema de garantías en hospitales descentralizados, pero cuyo financiamiento proviene de la aseguradora nacional estatal FONASA y del

copago del usuario. Los retrasos del flujo de financiamiento, la morosidad particular, sumado a la exigencia de la ley que en caso que el aparato público no pueda responder debe obligatoriamente derivar a la red privada, ha hecho que el gasto público -pese a aumentar-, este no se exprese en un fortalecimiento de la salud pública y que el aporte público en la materia no cubra los costos reales de las atenciones.

En efecto, según datos OCDE, en Chile el gasto en el sector salud solo es 7,7% del PIB, muy debajo del 16% del producto interno bruto estadounidense. Es más, el público solo corresponde al 47,4 % del total según estadísticas del Banco Mundial. (OCDE, 2015)

Pese a la complejidad del modelo chileno de salud y su alta privatización, es necesario reconocer el mejoramiento de las condiciones sanitarias del país, han ido a la par de su desarrollo económico de las tres últimas décadas. Actualmente Chile cuenta con los indicadores más altos de la región: una esperanza de vida equivalente a países del primer mundo, una tendencia a la baja en la mortalidad materno infantil, una inexistente desnutrición en niños menores de cinco años, son logros alcanzados en el marco de la estrategia país para la objetivos sanitarios de la década 2000-2010.

A partir de dicha focalización, Chile ha podido erradicar los casos endógenos de cólera, polio y rabia. Asimismo, existe en alto control de las enfermedades transmisibles y que pueden ser prevenidas a través de la vacunación; así, no se ha aumentado la tasa de mortalidad por enfermedad meningocócica y durante estos 10 años no se han registrados situaciones asociadas al sarampión, tétanos y rubeola. De este tipo de enfermedades, solo el control de la tuberculosis mantuvo su prevalencia entorno a los 18 casos por cada 100 mil habitantes, pese a la que el objetivo era lograr una tasa de morbilidad de 10 por la 100 mil.

Los avances en salud pública demuestran que Chile está viviendo una transición hacia condiciones sanitarias más propias de los países desarrollados, donde las enfermedades infectocontagiosas dan paso a dolencias derivadas de los estilos de vida. Esto, que trae consigo nuevos desafíos para la prevención y la promoción de la salud, es uno de los aspectos considerado para la continuación de la estrategia país para la década siguiente.

*“La Encuesta Nacional de Salud 2010 muestra un panorama preocupante. Las enfermedades crónicas no transmisibles representan ya el grueso de la carga de salud para el país, y estas enfermedades se asocian con hábitos que suelen adquirirse temprano en la infancia o en la adolescencia. Las elevadas tasas de tabaquismo, obesidad, vida sedentaria, hipertensión arterial, diabetes, depresión, suicidio, accidentes del tránsito*

*con fallecimientos o discapacidad, consumo patológico de alcohol producen un panorama en el que se puede prever que la Generación del Bicentenario, los jóvenes y niños del 2010, serán probablemente víctimas a mediano plazo de estos hábitos o dependencias”.* (Gobierno de Chile, 2010, pág. 24)

El documento oficial del gobierno establece que para el periodo actual se potenciaría la vigilancia epidemiológica para mantener los logros alcanzados en enfermedades ya erradicadas (a las mencionadas anteriormente, se les suma los casos endógenos de malaria, difteria, dengue y fiebre amarilla), y fortalecer el plan para lograr las metas asociadas a la tuberculosis.

En otras patologías, como el VIH y las enfermedades respiratorias agudas, el compromiso de la política pública es mantener la tendencia a la baja de la mortalidad, con metas para el 2020 de 1,2 por cada cien mil habitantes y de 7,6, respectivamente.

En este sentido la estrategia reconoce como un factor sustantivo para el logro de los objetivos, el desarrollo pertinente de una comunicación de riesgos, con énfasis en aquellas de enfermedades de características entéricas, como también el reforzamiento de aquellas iniciativas comunicacionales garantizadas por ley (como la del VIH SIDA) o que implican un refuerzo anual a la política pública, como ocurre con las campañas de invierno para la prevención de enfermedades respiratorias.

A partir de las condiciones generales de la población y el énfasis en las enfermedades crónicas no transmisibles, la estrategia reconoce el lugar de la comunicación como estrategias coadyuvantes para el logro de resultados.

Así durante la actual década, el Estado ha comprometido diversos programas de comunicación social con evaluaciones trianuales a contar de 2011. Algunos de estos, están –además–, directamente asociados al logro de objetivos de resultados, como factores intervinientes en los objetivos de acceso a la salud. De ellos se destaca por su inserción en la política pública futuras estrategias comunicaciones, asociadas al reconocimiento temprano de síntomas de infarto agudo al miocardio y de accidente vascular cerebral, con el fin de reducir la mortalidad por no acceso oportuno al tratamiento, y un programa específico de prevención de cáncer, que más allá de la reducción del hábito tabáquico, también se haga cargo de la fotoexposición y el fotocuidado (para reducir el cáncer a la piel), y de alimentación saludable como complemento a las iniciativas de alimentación desarrolladas en el programa Elige Vivir Sano.

A nivel de cambios de hábitos la estrategia sanitaria buscará reducir de 40% a 35,6% el consumo de tabaco en la población mayor de 12 años. La meta en sobrepeso y obesidad infantil es reducir a solo un 8,3 % mientras que la actividad física regular en jóvenes se espera que aumente de 23% a un 30% en 2020. (Gobierno de Chile, 2010)

El desarrollo de una vida integral saludable reconoce la salud sexual. Para fines de la década se espera que el 42% de los jóvenes usen consistentemente el condón, lo que implica aumentar en 8 puntos porcentuales frente al indicador actual. Menos ambiciosas son las metas en adicciones: en el caso de uso de drogas ilegales, se espera pasar del 8,1% en personas de 12 a 64 años a 7,8%, mientras que en el consumo de alcohol será pasar de 15,1% a 14,8% (Gobierno de Chile, 2010)

Cabe destacar que para el logro de estos indicadores el Ministerio de Salud ha definido como prioritario el reconocimiento de la promoción de la salud como un ámbito político –estratégico a fortalecer. En este sentido, el diseño de la política pública la reconoce como:

“Una estrategia válida y eficaz, que tiene un enfoque positivo de bienestar social orientada a mantener al individuo, a la comunidad y a la sociedad sana en ambientes saludables. Esta estrategia actúa sobre los condicionantes de la salud y sobre los factores de riesgo que llevan indefectiblemente a la enfermedad y al daño social. La Promoción de Salud se hace con la gente en forma participativa e intersectorial, con acciones medioambientales y de desarrollo humano, con estrategias precisas de educación y comunicación social y con una red de servicios de salud adecuada a las necesidades de los tiempos e integrada a la red social”. (Gobierno de Chile, 2010, pág. 62)

En sintonía con lo anterior, la estrategia ha asumido nuevas dimensiones de mayor complejidad en la comprensión de lo sanitario. A contar de 2011, se reconoce como una política pública de salud, todas las acciones contra el femicidio y la reducción de los factores que participan en los accidentes de tránsito. Esto, debido a su mayor repercusión social e incidencia en las tasas de mortalidad y hospitalización en los segmentos etarios principalmente en la población más joven.

Por otro lado, la política pública reconocerá para la presente década una necesidad de adecuar el sistema sanitario para responder oportunamente a desastres naturales, la aparición de enfermedades emergentes y reemergentes y la respuesta a brotes epidémicos futuros. Con ello, la inserción de compromisos en ambos focos –ambos actualizados a las condiciones contemporáneas de la noción de riesgo-, implicará el desarrollo futuro de estrategias de prevención de carácter intersectorial, lo cual implicará un desafío de mayor innovación en la posterior concreción de campañas.





## **Capítulo 2. La Comunicación para la Salud en Chile**



## **2.1 Chile y el contexto de las campañas de promoción y prevención de Salud.**

### **2.1.1. Definiciones generales.**

Tal como se ha afirmado la preocupación asociada al concepto de bienestar de la población en los diversos proyectos políticos, permite observar el lugar comunicativo que, en diversos momentos, la demanda por condiciones sanitarias entendidas como un derecho, surgen como un eje mediador del pacto entre la legitimidad del quehacer público – estatal y la construcción de ciudadanía.

Ya desde el siglo XIX, y particularmente a comienzos XX, la demanda por el acceso al cuidado sanitario puede observarse como una constante dentro de los temas de interés público, a lo menos a través del discurso político y la cobertura de prensa. Las recurrentes epidemias de cólera, tifus, tuberculosis, entre otras, sumado al déficit de obras públicas sanitarias, pusieron este doble eje como un aspecto central de la preocupación de la emergente prensa moderna liberal. La respuesta política, en función del sentido del progreso, apeló constantemente a generar, a través del espacio sanitario, una posibilidad del logro de un orden que además podía observarse como el tránsito de un espacio

premoderno – bárbaro, a un lugar de civilización, donde la salud y la *expectativa de vida* refleja dicha superación.

Así, la relación entre política – medios – ciudadanía establece una condición basal en la formulación de aquel espacio de lo público. En otro modo, la comunicación en la construcción de los bienes públicos sanitarios no puede obviar su dimensión estratégica como política, pero simultáneamente, transformadora de las condiciones materiales de vida de los y las ciudadanas. En este doble juego es donde se establece las orientaciones estratégicas de la comunicación pública sanitaria, y por extensión, de las campañas de salud.

No es de extrañar, entonces, que el desarrollo de las campañas de bien público ha sido un eje central de la modernización del Estado Chileno desde la década de los 90. El retorno a la democracia trajo consigo una progresiva mayor profesionalización de la comunicación de las políticas públicas y, desde allí, de su función en el espacio de la legitimación de las decisiones gubernamentales. Con ello, la campaña se convirtió tempranamente en la posibilidad de establecer un nuevo pacto entre la ciudadanía y el Estado, que enfrentó más allá de un interés político de turno, generar una condición basal de relación donde la administración pública reconocía a una ciudadanía activa, exigente de derechos.

El inicio de la democracia en Chile permitió estrenar esta nueva orientación con dos principales hitos sanitarios: la consolidación de la pandemia de VIH SIDA y la crisis del cólera de 1991-1992. Con respecto a la primera, se estableció de manera temprana un sistema de comunicación altamente coordinado y periódico. Durante los sucesivos gobiernos democráticos, las campañas de prevención del VIH se situaron en un doble espacio: aquel socio sanitario, responsable del aumento de conocimiento sobre la enfermedad, sus vías de transmisión y decisiones sexuales para su prevención, como al mismo tiempo un eje valórico que permitió legitimar la diversidad sexual, la decisión y autogestión del cuerpo (representado en el uso del condón)

El desarrollo de la comunicación preventiva en VIH permitió que año a año y campaña tras campaña, se establecieran procesos cada vez más complejos de diseño y ejecución. En efecto, en el periodo 2003-2006, la iniciativa logra establecer un nivel de mayor complejidad al disociar la campaña a la mera producción de spots televisados. De manera incipiente se instala un diseño y ejecución participativa con representantes de la sociedad civil involucrada en la materia, agencias internacionales y gobierno, en la búsqueda de acciones conjuntas que reconocieran el potencial del trabajo comunitario, territorial, pertinente culturalmente a la diversidad del país y desconcentrado en su gestión.

En dicho periodo, el desarrollo de las campañas participativas en VIH SIDA abre una gestión pública con la sociedad civil inédita en el país y que se convierte en un caso de estudio por sí mismo. Sin embargo la desarticulación del movimiento de personas viviendo con VIH tras el aseguramiento de antirretrovirales y el escaso apoyo a iniciativas específicas para dar continuidad al trabajo asociativo, retrotrajo el modelo de campaña al periodo anterior y peor aún, al modelo publicístico-privado (estrictamente vinculado al marketing social), que hoy impera.

Por su lado, la campaña del cólera, una de las primeras crisis sanitarias del país a su retorno a la democracia, permitió establecer desde el sistema estatal una respuesta rápida que utilizó en red las dimensiones educativas de la comunicación, con el manejo de la crisis y la gestión de medios, transformado un problema en una instancia colectiva de cuidado. Este abordaje instaló un modo integral de respuesta comunicativa que hoy por hoy es visto como una escuela de la gestión de campañas en el país.

No es menor que los principales hitos de la comunicación pública y las campañas se establecieron desde el registro sanitario. El interés y la responsabilidad ética frente a nuevos desafíos contingentes, hacen de este campo uno de lo más adaptados a innovaciones constantes en la comunicación para la generación de bienes públicos. En este sentido, la

prevención, acceso y cuidado surgen como un derecho exigible y demandado.

La apertura a perspectivas similares desde otros ámbitos del Estado, han establecido hoy que la generación de campañas esté coligada al desarrollo de la estrategia de comunicación institucional. Desde este carácter, las campañas de bien público condicionan la gestión del Estado en su propio devenir, marcando la relación con la ciudadanía, su condición depositaria de la organización de lo común y lo igual, y las perspectivas de autovalidación de su acción, desde un sentido político.

Con ello, la preocupación por el lugar de las campañas como un ámbito de intervención en el espacio público deviene en problemático. Frente a la demanda ciudadana de mayor información de derechos, se enfrenta el riesgo a la instrumentalización gubernamental; la ética pública se condiciona, a su vez de la estrategia política, que puede cooptarla.

Ejemplo de lo anterior ha sido la reciente discusión sobre las restricciones al consumo de tabaco. Si bien desde el año 2006 en Chile existe por ley la definición de establecer un registro visual en las cajetillas de cigarrillos que disuadan el hábito tabáquico, los nuevos ajustes a la ley, que hace más restrictivo el consumo de tabaco en lugares públicos cerrados, han resituado el tema operando dicha cobertura de medios como una

campana en sí misma. La respuesta al debate, desde el anuncio del Ministerio de salud, generó nuevas condiciones con respecto al conocimiento de las medidas preventivas y su apropiación más allá de las restricciones. En este sentido, esta cobertura superó con creces en eficacia y eficacia el compromiso legal de la campana anual y, asimismo, favoreció un posicionamiento favorable del gobierno en la politización del tema.

### **2.1.2 Escenario mediático chileno y la proyección de un contexto de re posicionamiento de las campañas en lo público.**

El debate sobre el alcance político de las iniciativas de bien público a partir de la tríada reseñada (política, medios y ciudadanía) , es parte consustancial de la discusión sobre las garantías legales que puede tener este tipo de abordaje comunicacional al momento de intervenir el espacio mediático.

El desarrollo de la prensa escrita chilena va a la par de los procesos de construcción del proyecto republicano. Desde los albores de la independencia, la imprenta tuvo un rol protagónico en la configuración de la sociedad de la época, ya sea en su primera etapa fundacional – asociada a la emergencia de la ideas libertarias post dominio español- al desarrollo del mercado capitalista, con la prensa liberal de Valparaíso y la gestación de El Mercurio, hasta la prensa política y de trincheras que



marcó el periodo desarrollista del siglo XX y la resistencia democrática en dictadura.

Por ello es inevitable considerar que desde la reorganización del país en democracia, el escenario de medios escritos tendió a una progresiva mayor concentración. Esto debido a dos factores relevantes: el primero, la pérdida del apoyo internacional a la prensa de izquierda en dictadura, y el segundo, una cercanía del empresariado de la época a la prensa conservadora presente en dos grandes grupos económicos: la tercera, adquirida por el magnate Alvaro Saieh vinculado a la banca y El Mercurio, el histórico dominio de la familia Edwards.

Con la desaparición de los competidores de izquierda y el bullado salvataje estatal a la prensa durante la crisis económica de 1982 –deuda que a fines de la década fue comprada por la banca privada para evitar una intervención estatal en caso de llegar un gobierno de izquierda-, El Mercurio SAP comenzó un proceso de expansión nacional a través de la compra de las empresas periodísticas regionales. La baja lectoría por esos años, el progresivo aumento de los costos de producción y las dificultades en la distribución fuera de las grandes ciudades, convirtieron a los diarios independientes en un mercado que tendería a la concentración en un escenario de baja competitividad.

En apenas una década, El Mercurio SAP que durante décadas solo contó con dos diarios (su versión de Santiago y la de Valparaíso) pasó de 4, luego 14, posteriormente 18, hasta contar en la actualidad con más de 50 todos ellos en versiones papel y con una edición espejo on line. Esto, sumado a los dos diarios nacionales, La Segunda y Las últimas Noticias, el consorcio concentra más del 80% del tiraje nacional anual de diarios y periódicos. Como medio electrónico, el portal de informaciones de la cadena es [www.emol.com](http://www.emol.com), mientras que sus medios regionales están reunidos en la plataforma [www.soychile.cl](http://www.soychile.cl)

Por su parte, COPESA representa la competencia directa de El Mercurio no en cifras, pero sí en términos de influencia editorial. Dicho consorcio ha ampliado el rubro hacia el mundo de la radio, las revistas de opinión y marginalmente, la televisión. Con una perspectiva liberal, La Tercera es el diario cabecera del grupo, orientado a un segmento profesional que ideológicamente se mueve dentro de un liberalismo económico y un progresismo valórico. Aunque no es un medio que cuente con ediciones regionales, en provincia compite directamente con los medios regionales de El Mercurio, reforzando su lugar como medio de información de una clase media ilustrada. En internet, cuenta con la sitio multimedia [www.tercera.com](http://www.tercera.com), y con cobertura nacional, el diario La Cuarta, destinado al segmento popular.

Esta suerte de duopolio de la prensa tradicional, ha dejado un escaso margen de desarrollo en medios escritos. Durante los años noventa, y luego de la crisis de los medios de izquierda, solo ha existido un proyecto de diario competitivo y de cobertura nacional (El metropolitano) que solo logró unos años de existencia. Asimismo, durante el gobierno del presidente Piñera se cerró la edición impresa del Diario La Nación, entidad de propiedad mixta público-privada. Solo Publimetro –del grupo transnacional Metro Internacional- ha logrado una mayor penetración bajo su modelo de prensa impresa gratuita. En la actualidad las ediciones matutinas se reparten libremente en las principales conurbaciones del país: el gran Santiago, gran Concepción, Valparaíso – Viña del mar, aprovechando la red de transporte público como punto de distribución.

Este fenómeno y el crecimiento de la prensa escrita gratuita han hecho que los dos consorcios internacionales también entren en este nuevo mercado basado en la publicidad y la información meramente informativa, con los diarios Hoy x Hoy del grupo Edwards y La Hora, de COPESA.

Por su parte, Metro internacional ha aumentado su participación en el país a través del ingreso al mercado de las revistas de nicho (revistas casas), las pantallas urbanas con subTV y diarios temáticos como el gráfico de deportes o el económico “Diario Pyme”. La circulación de Publimetro supera los 100 mil ejemplares.

Sin embargo, la mayor inserción de internet durante la década de los dos mil, abrió nuevas posibilidades para la industria editorial periódica chilena. La aparición de medios, principalmente de izquierda on line, fueron a la par con experiencias independientes, muchas de ellas autogestionadas y con una mayor diversidad de opciones editoriales.

Esto es relevante, porque Chile es uno de los países con mayor conectividad de América Latina y donde la penetración de internet en la vida cotidiana es más evidente. En efecto la lectura en internet indica que en promedio, un chileno lee entre 11 y 16 horas a la semana por esta vía, y un 34% de los adultos reconoce consumir diarios por internet. (OEI, 2014)

Aunque en Chile no existen cifras consolidadas sobre la cantidad de medios independientes, lo cierto es que las experiencias son disimiles en su desarrollo y alcance. Junto con existir medios de consumo nacional por internet, como The Clinic, El Mostrador y El Dínamo, la prensa diaria electrónica tiene un mayor anclaje desde lo local con información producida para y desde determinados territorios.

Quienes han realizado un conglomerado periodístico entorno a este público es la red de medios electrónicos “Mi Voz”. Autodefinidos como un

grupo de diarios locales de características ciudadanas, su principal característica es contar con una mayor pertinencia local de las informaciones y con participación en sus redacciones de sujetos no periodistas. Con este eje editorial, este holding se define desde una perspectiva innovadora cuyo horizonte es favorecer un ágora pública “de altas audiencias, co-creadas y participativas”. (Mi Voz, 2014)

La declaración editorial de esta cadena que reúne a 18 diarios electrónicos en 14 regiones, considera como un valor la capacitación de más de 10 mil corresponsales ciudadanos en el país quienes han obtenido formación en web social y periodismo participativo. Ellos son la base de una estrategia de cobertura donde cada colaborador postula su información a la plataforma, donde un equipo de periodistas cumple el rol de editor y define si cumple con los criterios de noticiabilidad, de estándar ético e interés público que sustentan la empresa.

Este esquema ascendente ha permitido al grupo consolidar su presencia en regiones. En el periodo enero- diciembre de 2014, la red tuvo 2.910.706 visitas promedio mensual, y de 97. 024 diarias. (Mi Voz, 2014)El mayor consumo son los diarios de la zona extremas del país – norte y sur-, donde representan una competencia directa a los medios locales impresos de mayor historia.

El fuerte peso de los medios escritos en la tematización pública implica un lugar referencial para el análisis de las campañas. Tal como se planteará en el marco teórico, el lugar del *media advocacy* trabajará directamente sobre aquellos canales de comunicación que, por sobre su masividad, también permitan un posicionamiento político –ideológico que orienten la construcción de un sentido colectivo sobre en este caso, las condiciones específicas del bienestar y el cuidado sanitario.

Este hecho, pone en relieve la naturaleza centrada en la información de los medios de naturaleza periodística, por sobre aquellas plataformas de mayor multiplicidad de funciones sociales mediales, como la radio. Sin embargo, esta relación entre construcción del debate público y consumo de mensajes preventivos es parte del actual debate sobre la nueva televisión que el gobierno actual de la presidenta Michelle Bachelet ha relevado como eje programático del gobierno, en el marco de la democratización de las comunicaciones.

La reforma a la televisión propuesta por la presidenta Bachelet para la instalación de un espectro digital (ingresada al parlamento en 2008, ya promulgada), situó desde temprano la defensa del rol del estado en la producción y emisión de contenidos de bien público, bajo el criterio de campaña. Con ello, el concepto no se vuelve neutro: presupone un beneficio colectivo mayor que las posibilidades de Elección de las

estaciones concesionarias de las frecuencias, al estar estas obligadas a transmitir en un marco temporal y gratuito determinado.

La ley plantea dicha condición de relación entre los medios privados y la generación del bien público, a través de un proceso altamente normado. Será el Consejo Nacional de Televisión (CNTV) la entidad pública encargada de decidir si la campaña cumple con dicho carácter y las condiciones específicas por las cuales esta puede ser transmitida, dentro de un límite de 60 segundos por emisión, durante un máximo de cinco semanas renovable y 21 minutos a la semana. (Gobierno de Chile, 2014)

Con ello la decisión en base a evidencia, es decir, estudios de recepción ad hoc según los públicos objetivos de cada campaña, se desdibujan. En este contexto la ley facilitaría la exhibición reduciendo el costo para el Estado, pero disminuirá su potestad de insertar la campaña dentro de su propia condición estratégica: la medida por tanto puede ser eficiente, pero escasamente eficaz.

Este hecho cuenta con un antecedente: a comienzos del año 2000 y frente a la negativa de los canales de orientación católica de emitir la campaña del Ministerio de Salud, éstos iniciaron una estrategia paralela reforzando los principios de abstinencia y fidelidad, junto con la estigmatización de las personas que viven con el virus. El debate entre las dos campañas,

altamente mediatizado, solo fue reconocido por los grupos tradicionalmente más informados, mientras que la población oscilaba entre la toma de posición y la duda por la legitimidad y validez preventiva de los mensajes. (Ferrer, R, & Bernaldes, 2009)

Otro de los aspectos complejos de la ley, es la concepción del carácter público restringida a las campañas realizadas desde el Estado y por las autoridades competentes, particularmente ministeriales. La ley consolida al gobierno como agente promotor de una comunicación pública, pero al mismo tiempo cancela la posibilidad de que otras instituciones sin fin de lucro puedan ocupar el espacio asignado de gratuidad en el espacio abierto de la televisión.

La diversidad de campañas, por tanto, se reducirá a la agenda del gobierno de turno y en especial aquellas establecidas por reglamento o por ley específica. Esto restringe la amplitud temática de las campañas y, al mismo tiempo, limita el debate posible al dejar fuera temas emergentes de la sociedad civil, e incluso temas para la gestión gubernamental, tales como la protección ambiental, la no discriminación a grupos específicos, la reivindicación cultural indígena, entre tantos otros.



Quizás uno de los puntos más controversiales sigue siendo la potestad gubernamental al momento de definirse como el único agente promotor de campañas de bien público en un marco de obligatoriedad y gratuidad televisiva. En efecto, este aspecto fue parte del debate: el mismo parlamento solicitó a través de indicaciones, reservar el derecho a emitir en igualdad de condiciones si existe un 10% o más de representantes electos comprometidos con generar una iniciativa de bien público. Más allá de la calidad o pertinencia de la indicación, lo cierto es que la delimitación del gobierno como único agente, reduce las condiciones de ciudadanización de la información y restringe la capacidad co-ejecutora de iniciativas a la sociedad civil en su conjunto.

### **2.1.3 El gobierno de Sebastián Piñera y el alcance de las campañas de salud.**

Tras 27 años del fin de la dictadura y cuatro gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia, el 14 de diciembre de 2010 el ingeniero Sebastián Piñera Echenique lograba ocupar el sillón presidencial encabezando “La Alianza”, agrupación de partidos de derecha y centro derecha, histórica y políticamente vinculados a la dictadura militar.

Esta alternancia política se dio en un escenario particularmente clave. Un desgaste de las medidas liberales –socialdemócratas, una percepción ciudadana creciente de la necesidad del cambio y un distanciamiento

entre la valoración de la presidenta Bachelet, saliente del cargo, y a la coalición parlamentaria que la respaldaba, impidieron que su capital político se trasladase al candidato de la continuidad.

La idea de la corrección económica, pese a que la crisis mundial del 2008 afectó tangencialmente al país (con una contracción de solo el 1% del PIB al 2009) y la adecuación del estado a nuevos tiempos, fueron los ejes de la campaña piñerista. Tras asumir el mando, esto se tradujo en una serie de nuevos modos de comprender la gestión pública.

Salud fue uno de los principales ámbitos de este nuevo horizonte de gestión. Durante todo el cuatrienio, el ministerio fue conducido por el doctor Jaime Mañalich Muxi. Nefrólogo de profesión, integrante del Colegio Médico de Chile y además parte del directorio de la Clínica Las Condes, una de las instituciones médicas privadas más prestigiosa de Sudamérica. Este último aspecto implicó un aval para reformar la gestión del sector, sin que esto implicase transgredir ciertos principios básicos del sistema chileno altamente determinado por la alianza público – privada.

A nivel estatal, la gestión del Ministerio mantuvo la política de garantías explícitas en salud, conocido como plan AUGE, a través del cual se

explicitan las condiciones de oportunidad, acceso y tratamiento en 80 patologías de mayor morbilidad y mortalidad del país. (Zúñiga, 2011)

Este modelo permite que las tanto las personas afiliadas al sistema de ISAPRES (red privada de salud) como al Fondo Nacional de Salud – estatal-, cuenten con dichas garantías independiente del monto de cotización que realicen. Cabe recordar que en el sistema chileno obliga a cada trabajador o trabajadora a pagar a lo menos el 7% de su salario mensual obligatoriamente a alguna institución de salud, adquiriendo con ese monto un seguro con prestaciones definidas según dicho pago; a través del plan AUGE, en cambio, se garantiza que independientemente de los ingresos todo chileno o chilena tendrá similar atención con plazos y tratamientos normados y con un máximo de copago del 20%

Además se mantuvo el carácter descentralizado de la aplicación de la política pública sanitaria, radicada en las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) Esta entidad, ha tenido un progresivo mayor protagonismo en la prevención al reconocérsele el estatus de máxima autoridad sanitaria local, coadyuvante además del trabajo del gobierno regional.

Además esta figura establece los criterios de coordinación intersectorial a nivel territorial y permite establecer aquellos ámbitos específicos de

trabajo asociativo con la red de salud local, a través de las direcciones de servicios de salud respectivas, entidades que reúnen a su vez a las instituciones específicas de atención como lo son los hospitales.

Desde esta estructura institucional, la política pública relacionada con la prevención y la promoción de la salud, sigue estando centralizada en torno al trabajo de la subsecretaría de salud pública pero coordinada en su desarrollo con su par, la de redes asistenciales. Así la concreción de las campañas se establecen desde las dos divisiones principales: la división de prevención y control de enfermedades; y las políticas públicas saludables y promoción.

La organización estatal revisada, apela a la distinción conceptual que orienta internacionalmente el diseño de campañas. La prevención implica desarrollar las iniciativas relacionadas con la reducción de la morbilidad de determinadas enfermedades relevantes en el contexto epidemiológico de un determinado territorio.

Dicha posibilidad incluye también el reconocimiento de factores personales, entendidos ellos tanto como potenciales riesgos o bien, como refuerzos potenciales del cuidado. Petracci dirá al respecto que ésta puede caracterizarse como “específica” (centrada en una problemática particular) e “inespecífica” (dirigida a favorecer actitudes de cuidado y

mejoramiento de las condiciones de vida) (Petracci, Cuberli, & Palopoli, 2010)

Por su parte, el concepto de promoción de salud, tendrá un anclaje desde los sucesivos marcos internacionales suscritos por los países, a través de las plataformas multilaterales en salud como OMS y OPS. Así se entenderá ésta como una serie de estrategias complejas orientadas a generar un “proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre sus propia salud y así mejorarla” (Organización Mundial de la Salud, 1986)

Chile reconoce en este sentido una condición dinámica ente sujeto y entorno, de tal manera que las personas son observadas como agentes capaces tanto de crear como de resolver problemas de salud en sus escenarios vitales. Esto permite argumentar que el carácter de la promoción aplicada en el país desde el año 1998 se establece desde un carácter complejo, interdisciplinario y que a su vez implica la aplicación de estrategias multiescales asociadas a los espacios de vida de los sujetos. En este sentido, se reconoce el “curso de vida” en la cual participan las interacciones cotidianas, los espacios de dicha socialización, las estructuras e instituciones como los medios, tanto de manera individual como eminentemente colectiva.

El establecimiento de lo anterior implica un quiebre paradigmático entre la dicotomía salud /enfermedad al reconocer dichas condiciones más allá de una temporalidad particular, en tanto situación o estado específico de una persona o grupo en particular. La mirada desde la promoción de la salud se establece, entonces, como un proceso condicionado a partir de determinantes bio psico sociales complejas, en cuya relaciones dinámicas se establece las posibilidades efectivas de una vida sana.

Es en este punto donde surge como estrategia prioritaria el desarrollo de acciones de comunicación social y educativa, reconocida como unos derechos tanto a nivel de acceso a la información como en su dimensión de participación y empoderamiento de las comunidades. Este mandato de la OMS se refiere a dimensiones específicas que incluyen la visibilización de las acciones sanitarias para la construcción de entornos saludables, la alfabetización y educación en salud; y la sensibilización frente a problemas sanitarios. Especial relación es atribuidas a las campañas implican la transmisión de información, el fomento de la motivación al cuidado y el desarrollo de habilidades personales. (Gobierno de Chile, 2010, pág. 57)

Dichas orientaciones clave presentes en la política pública han sostenido el desarrollo de las campañas en Chile y, particularmente configuran el contexto en el cual las campañas ministeriales se analizaron.

En efecto, para el año 2012, el gobierno desarrolló ocho iniciativas, en dos niveles: campañas sanitarias y campañas comunicacionales. Las primeras son programas de respuesta integral del sistema de salud, donde uno de sus componentes es la prevención o la promoción de salud; las segundas en cambio responden a planificaciones donde el eje central es la comunicación pública y cuentan para ello, un desarrollo sistemático en asociación público – privado. Sobre dichas estrategias, se diseñó la presente investigación.





## **2.2 Presentación general de las campañas**

### **2.2.1. Campaña Nacional de Prevención de Enfermedades Respiratorias de Invierno.**

Según las estadísticas generales del Ministerio de Salud, en Chile existe una alta prevalencia de las enfermedades respiratorias- homologable a las situaciones de países industrializados-, con una fuerte presencia estacional. En efecto, en la medida que la expectativa de vida en el país aumenta, las muertes por neumonías configuran la primera causa de muerte entre los adultos de 80 años, mientras que a nivel de la totalidad de los fallecimientos informados, las afecciones pulmonares y bronquiales están en el tercer lugar. Esto implica que anualmente fallecen más de 8000 personas, un 10.54% del total de decesos, en su mayoría dentro de las semanas epidemiológicas próximas al invierno.

Esta condición propia del país, también afecta a otros grupos vulnerables. Niños y niñas menores de 5 años, y particular, lactantes, son particularmente proclives a adquirir el virus sincicial respiratorio (VRS), uno de los principales agentes patógenos invernales y que concentró en el periodo en estudio, una circulación superior al 60% de todas las causas de consulta médica. Su incidencia, en el marco de la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias aguda grave bordea la mitad de los casos (46%) muy por sobre otras etiologías.

Esta situación implica una mayor complejidad si se observa la relación entre demografía, concentración urbana y polución ambiental. Así, durante los meses de invierno, las ciudades de las regiones de O'Higgins, Bío Bío, Araucanía, Valparaíso y Metropolitana de Santiago concentraron la mayor demanda de consultorios, siendo además sus áreas urbanas las principales consumidoras de leña para la calefacción intradomiciliaria. Esto, a su vez, en las regiones australes de menor población, se relaciona con los peaks de baja temperatura invernal.

Dichas características hicieron que desde el año 1994, en el país se instalara un programa permanente de alerta temprana y focalizada en la reacción del aparato estatal a la mayor demanda de recursos sanitarios.

Hace 20 años, el 60% de los niños y niñas que padecían enfermedades respiratorias fallecían en domicilio, sin que mediara consulta a un médico durante los cinco días anteriores al fallecimiento, ya que los adultos no reconocían signos y síntomas de gravedad.

En el año 2004, esta cifra alcanzó un 30%, reduciendo a la mitad la mortalidad infantil por esta causa, demostrando la pertinencia y necesidad de continuar la campaña.

Consiste, por tanto, en una estrategia integral para tomar medidas administrativas y de distribución en los establecimientos de salud para que puedan acoger de manera correcta el alza de consulta que se produce producto de las enfermedades invernales. Es “plan de invierno” porque se trata de una medida periódica, altamente burocratizada y que implica la coordinación efectiva de múltiples actores tanto a nivel central nacional, como a nivel local.

Según información del Ministerio de Salud, el plan invierno, durante el año del presente estudio, consideró tres fases. Un nivel preparatorio local y central que cubrió el periodo correspondiente al 4 de enero al 28 de marzo. Una fase operativa, que tuvo a su vez dos momentos, uno de instalación (del 1 al 26 de marzo) y otro permanente, hasta el término del periodo invernal. Finalmente, una fase de evaluación, orientada a la retroalimentación, ajuste y toma de nuevas decisiones, durante el resto del año en curso. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013)

Esta respuesta sanitaria implica tradicionalmente una coordinación de múltiples actores al interior de la estructura ministerial. Por su carácter preparatorio de una eventual emergencia sanitaria, la figura del gabinete ministerial adquirió particular relevancia en términos no solo de la gestión comunicacional de las vocerías, sino de la respuesta comunicacional efectiva a nivel país, incluyendo en ella la gestión de la campaña. Junto al equipo ministerial, tradicionalmente participan las

dos áreas principales de la estructura política de la salud en Chile: la Subsecretaría de Salud Pública, encargada de la gestión financiera, la vigilancia epidemiológica y la coordinación con los procesos de vacunación (incluyendo como se verá más adelante, la relación entre el plan invierno y la inmunización sobre influenza); y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, entidad encargada de la atención primaria de urgencia respiratoria, nivel secundario y terciario (hospitales generales y de mayor complejidad), y las unidades de apoyo (UGCC y SAMU) (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013, pág. 7)

A nivel territorial, esta relación se retoma a partir de una estructura coordinada donde participan los directores de los servicios de salud (entidades regionales y subregionales que gestionan la atención en salud en sus múltiples niveles), las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremis), encargadas de la política pública sanitaria, y sus respectivos equipos médicos, desde las jefaturas de los servicios clínicos como pediatría en cada hospital, hasta los jefes de salud pública y encargados de área.

Esto implicó que el Plan invierno asumiese que las fases de desarrollo tendrían relación con las realidades locales según el comportamiento epidemiológico histórico y contingente. Esto, que conllevó inicios diferenciados, a su vez, se relaciona con la gestión a nivel de macrorregiones sanitarias, las que fueron capacitadas vía teleconferencia

en manejo de recursos, vacunación, compra y distribución de antivirales, neumonía bacteriana e influenza, con énfasis y pertinencia temática local.

Según el cronograma de gestión, la fase operativa del plan de invierno del año 2012 se inició con la rehabilitación hospitalaria. Esto se centra en la redistribución de camas de las áreas de adultos hacia pediatría y pacientes críticos, como también la compra de un mayor stock para la internación en aquellos recintos que se prevé una mayor demanda.

Durante el mismo mes, el Estado encargó la provisión de mayor equipamiento para los hospitales que los requiriesen como también de un reforzamiento tanto en recursos humanos como financieros en aquellos centros de atención primaria territorial y de urgencia, como las salas IRA – ERA (para el tratamiento precoz de infecciones respiratorias agudas en consultorios), postas de salud rural y centros de salud y servicios de urgencias.

Para la fase operativa, junto con iniciar el ciclo de vacunación, el gobierno instaló a nivel país 15 servicios de atención primaria de urgencia y 15 Servicios de Urgencia Rural (SUR). Esto, sumado a la extensión horaria de los centros de atención primaria y el reforzamiento en profesionales

del área de salud, principalmente kinésico, fueron los ejes del plan en esta etapa.

A su vez, durante el año 2012 se aumentó el acceso a la imagen radiológica en sectores carenciados, y se fomentó el uso de la asistencia de ventilación mecánica domiciliaria en niños y adultos. Esta medida complementaria, se orienta a la descongestión del sistema hospitalario particularmente camas de las unidades de cuidados intensivos e intermedios. Durante el año en cuestión se atendió a cerca de 400 niños y más de 250 adultos a través de este programa.

Los esfuerzos en la política sanitaria y las condiciones efectivas de atención y acceso, estuvieron acompañadas del trabajo comunicacional. Según las definiciones planteadas en la guía elaborada por el Ministerio, la campaña comunicacional debía ser reconocida como un refuerzo que se focaliza en instruir a la población en medidas preventivas para evitar los contagios de enfermedades invernales, además de entregar recomendaciones para que las personas enfermas adopten las medidas necesarias para no agravarse, y la correcta utilización de las redes asistenciales.

A nivel de público objetivo, el documento de campaña establece que será una estrategia masiva, destinada a toda la población pero con un énfasis

en los grupos socioeconómicos que utilizan mayoritariamente la red pública. Estos corresponden a los segmentos medios, medios bajos, pobres e indigentes que equivalen prácticamente al 70% de la población del país. Este usuario, además, es principalmente beneficiario del Fondo Nacional de Salud (FONASA), entidad estatal que presta los servicios de salud a través de un modelo básico de seguro, con copago en los tramos de ingreso más altos ya citados.

La campaña de comunicaciones se orientó a mujeres embarazadas, niños, adultos de 65 años y más, enfermos crónicos, (Ej. diabéticos, enfermos de cáncer, asmáticos, y fumadores de este grupo), sin perjuicio que pudiese ser comprendida por toda la población.

Según la información del ministerio, en su componente comunicacional la campaña implicó una inversión publicitaria del orden del millón de dólares. Fue realizada por la agencia de publicidad Porta durante el periodo comprendido entre los meses de mayo y julio. Su plan de medios incorporó spots de televisión, frases radiales, material impreso, plan de medios y servicio de despacho.

### **2.2.2 Campaña de vacunación contra la influenza.**

De manera integral al plan de invierno, la vacunación contra la influenza ha logrado una progresiva mayor autonomía en tanto campaña de bien público sanitaria. Dicho programa de vacunación fue una respuesta al brote pandémico del periodo 2009 -2010. Este fue la cuarta epidemia del virus que experimentó el país durante el último siglo. Previo a esta crisis durante el siglo XX se presentaron tres pandemias.

La primera correspondió a la Influenza Española de 1918-1919, global en apenas 6 meses, con ondas epidémicas durante 2 años y que produjo la muerte de 40 a 50 millones de personas. En Chile entre abril y mayo de 1918 aparecieron los primeros casos y se reportaron 23.789 muertes, en una población que sumaba 3,6 millones para 1919. Entre 1918 y 1920 se produjeron en total 37.500 muertes. (López, 2013)

Luego, en 1957 comenzó una pandemia originada en el sur de Asia, en la que murieron 2 millones de personas en el mundo. Afectó a Chile a partir de julio de ese año: los primeros casos se confirmaron en la provincia de Tarapacá y Antofagasta y, casi simultáneamente, en Valparaíso y Santiago aislándose el virus Influenza A, Japón 305. Se extendió de norte a sur y llegó a Magallanes a fines de septiembre. Se estimó un total de 1.400.000 casos, de los cuales 800.000 fueron en Santiago. Los más



afectados fueron los escolares, en una proporción de 80%. La letalidad fue muy baja (1,3 defunciones por cada 1.000 enfermos).

Finalmente, una década posterior se disemina a nivel global la influenza Hong Kong. Pese a que a contar de 1968 genera más de un millón de muertes en el mundo, en Chile fue el brote más benigno entre los anteriores.

La gripe pandémica H1N1, correspondió a una variación antigénica del virus A cuyo material genético incorporaba partes de una cepa aviar, dos porcinas y una humana, la que experimentó una mutación que permitió primero el contagio entre especies para, posteriormente, permitir su adquisición entre humanos.

Si bien se trató de una preocupación mundial y que derivó a una pregunta internacional sobre la vigilancia epidemiológica y los mecanismos de control sobre enfermedades emergentes –donde también se encuentra el SARS y la reciente crisis del ébola- lo cierto es que en el caso Chileno su gravedad y extensión fueron relativas.

El 24 de abril de 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció la alerta sanitaria mundial por el virus de influenza AH1N1; semanas más tarde, el 11 de junio de 2009, Margaret Chan declaraba

nivel de alerta cinco a seis, es decir, “pandemia en curso” de progresión acelerada; lo constataba la presencia de brotes comunitarios en 74 países. Por más de 40 años, el mundo había estado ajeno a episodios de salud de semejante magnitud y relevancia. (Chan, 2009)

La influenza AH1N1 traía reminiscencias de los estragos causados por la gripe española, virus cuya presencia había persistido en cerdos, y circulaba en seres humanos durante el transcurso del siglo XX, contribuyendo a la aparición de la gripe estacional cada año. En el caso de la pandemia del 2009, las condiciones de la vida moderna propiciaron un escenario favorable para su expansión: la facilidad de las poblaciones para desplazarse, la intensidad de los intercambios comerciales fueron, entre otros, elementos que agilizaron la propagación del virus y tensionaron la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios.

En Chile, la epidemia de influenza AH1N1 (2009) puso en funcionamiento una respuesta coordinada, resultado de años de trabajo de los equipos nacionales de planificación sanitaria, y que articuló competencias técnicas y prácticas con el conocimiento científico disponible. La respuesta chilena se comenzó a diseñar el año 2002 siguiendo las orientaciones programáticas de la OMS para países del Cono Sur. Un hito de este proceso, fue la primera edición del Plan Nacional de preparación para una epidemia de influenza (en el año 2005), instrumento que fue elaborado por un equipo multidisciplinario liderado por profesionales de

la División de Planificación Sanitaria, con el objetivo de reducir el impacto de una pandemia en términos de mortalidad, morbilidad, desorden social e impacto económico y de definir acciones a desarrollar en cada periodo y responsables de llevarlas a cabo.

Posteriormente, se constituyó una Comisión Nacional de Respuesta a Brotes y Emergencias Sanitarias a nivel del Ministerio de Salud que propuso y asesoró a las autoridades en la elaboración de planes de contingencia para el enfrentamiento de enfermedades infecciosas. La preparación del sistema sanitario consideró un conjunto de acciones que fueron útiles en las distintas fases de desarrollo de la pandemia de influenza (alerta, contención y mitigación); entre éstas destacan: la implementación de centros centinelas, vigilancia virológica hospitalaria y ambulatoria, instalación de centros de enlace a nivel nacional y regional (RSI 2005), provisión de antivirales y EPP, trabajo intersectorial y diversas actividades de comunicación de riesgo, incluyendo campañas de vacunación contra influenza estacional y las campañas de invierno. Todo este proceso puso a prueba la capacidad del sistema sanitario de responder adecuadamente a las necesidades de atención de la población, y para los equipos técnicos de salud pública, responsables de operar el Plan Nacional de preparación para una epidemia de influenza, significó un despliegue de capacidades técnicas y políticas que permitieron un accionar coordinado y coherente con las autoridades sanitarias.

Así la cifra según el Ministerio de Salud, para el año del brote epidémico, fue de 12.258 casos confirmados acumulados para el periodo abril – noviembre. La alerta epidemiológica se decretó cuando se superaron los 300 casos, que correspondieron a los días 8 al 16 de junio. Cabe consignar que el primer caso confirmado ocurrió el 17 de mayo de ese año.

Durante este brote epidémico, frente a la participación de otros virus respiratorios, hubo un sostenido aumento a contar de la semana epidemiológica 21 donde del 4% de prevalencia en enfermedades respiratorias en menores de 1 año, se pasó a 34% en la semana 26; en niños de 1 a 4 años, aumento fue aún más significativo; de 18% a 57% en el mismo periodo. (El Vigía 26, página 11)

Sin embargo, estos datos corresponden al sistema de vigilancia centinela, un procedimiento estandarizado que permiten establecer la adquisición del virus según lo reportado en 42 establecimientos de salud encargados del seguimiento anual de enfermedades respiratorias. Al extender el diagnóstico a niveles clínicos, es decir, basados en la evidencia de consulta (fiebre, mialgia y otros síntomas) se establece que los casos sospechosos de enfermedad respiratoria de la nueva influenza humana, llegaron a los 367.339, una tasa de 2.169,9 por cada cien mil habitantes. Con esta proyección basada en la atención ambulatoria, se estima que la influenza afectó principalmente a niños y jóvenes, de ambos sexos.

A nivel de hospitalizaciones, se estima que por causa de la enfermedad se llegó a 1580 ocupaciones, con 130 fallecimientos a nivel nacional. Estos en cambio, se concentraron en los tramos etarios mayores (Armstrong, 2012) . Luego de 14 meses, la Organización mundial de la salud decretó el fin de la pandemia, el 10 de agosto de 2010.

La alerta internacional provocada por el brote epidémico, puso en conocimiento público la realidad de un programa de vacunación que se remonta desde el año 1997 en el país. Ese año, las campañas fueron dirigidas a adultos mayores de 65 años y enfermos crónicos, recomendadas por el CDC (que estén bajo control y tratamiento médico en el Sistema Nacional de Servicios de Salud). A partir de 1999 se incorpora, como grupo objetivo, al personal de salud pública. Sin embargo, sólo a partir del año 2000, se estableció por decreto ministerial la obligatoriedad de la vacunación antiinfluenza de todo el personal de los Servicios Públicos de Salud. (Cristina Moreno, 2002)

En el año que cubre la investigación, la campaña de vacunación implicó la compra y distribución más de 2.500.000 dosis para dos públicos, sujetos de la política pública: niños y niñas menores de 6 a 23 meses, y adultos mayores de 65 años quienes, además, debían ser inmunizados simultáneamente contra el neumococo

Según la circular que definió la estrategia, junto a estos dos grupos también se consideraron prioritarios los trabajadores avícolas, mujeres embarazadas y todas las personas que tengan alguna enfermedad crónica que eleve las condiciones de riesgo como diabetes, obesidad mórbida, cardiopatías, vih, entre otras. Para esta estrategia se utilizó una vacuna compuesta por A/California/7/2009 (H1N1), A/Perth/16/2009 /H3N2), B/Brisbane/60/2008, según las recomendaciones para ese año de OMS.

En este escenario, la definición de la política pública durante el año a investigar, articuló esta campaña con el plan de invierno no solo a nivel temporal –como se explicará en los resultados-, sino en el objetivo sanitario de la descongestión del sistema, reduciendo la tasa de hospitalización y, por cierto, la mortalidad en los grupos citados.

Desde la perspectiva epidemiológica el mandato ministerial reconocía que para ese año no existía una alerta particular. Así a nivel de casos, el informe de la Subsecretaría de salud pública preveía un escenario similar al del 2011: una tendencia al alza desde la semana epidemiológica 20, con mayor consulta a los servicios públicos en la semana 32, 200 casos de enfermedades respiratorias graves –con 10 casos de gravedad en embarazadas – y una mortalidad de 20 casos, concentrada en pacientes

con patologías anteriores. Asimismo la meta del gobierno era mantener el tratamiento antiviral en más del 50% de los casos confirmados.

La importancia del trabajo comunicacional, durante el periodo previo a las semanas epidemiológicas de mayor prevalencia, quedó expuesto en la definición del diseño de la estrategia de vacunación. Para el Ministerio, la organización de la intervención a nivel central tenía que contemplar dicho componente, a la par de otras decisiones como la coordinación en la compra y distribución de las vacunas, el control de la gestión local a través de las SEREMIS y la respuesta frente de eventos supuestamente asociados a la vacunación (ESAVI) de carácter grave que puedan generar conmoción o alarma pública. (Ministerio de Salud de la República de Chile, 2012)

Este último aspecto fue incorporado en la estrategia creativa implementada por el ministerio. Asumiendo la progresiva instalación en Chile de un discurso público antivacunas, el gobierno incorporó en la gestión comunicacional recomendada, una respuesta a la seguridad pública de las vacunas importadas y aplicó una política de transparencia activa sobre el procedimiento de compra, las trazas de tiomerosal en ellas y el rol de la compra pública frente a la oferta de las transnacionales farmacéuticas.

Con ello, el brief de la campaña, junto con establecer las piezas publicitarias que participarían de la estrategia, que en este caso incluyó spots televisados durante todo el periodo de inmunización, estableció como criterio general la gestión en medios a partir del departamento de comunicaciones del ministerio. Asimismo frente a las potenciales ESAVI, instruyó a los niveles locales para su informe oportuno y adherencia a los lineamientos comunicacionales y contenidos de la estrategia comunicacional adoptada por la autoridad sanitaria.

El slogan utilizado por la autoridad sanitaria planteó dicho aspecto. A través de la frase “Si te vacunas te proteges y proteges a tu familia” se buscó movilizar transversalmente a la población, con énfasis en los grupos objetivos de la iniciativa (madres, mujeres embarazadas, niños y adultos mayores). El objetivo de la vacunación era cubrir al 90% de los sujetos susceptibles y lograr aumentar la tasa acumulada del año 2011 de 246 por 100 mil habitantes.



### **2.2.3 Campaña de promoción de la lactancia materna (urbana y rural)**

A fines de los años 70, solo un 5% de las niñas y niños recibían como alimentación exclusiva al sexto mes, leche materna. Esto contrastaba con la realidad de los inicios del siglo XX donde el 70% de la población de esta edad recibía de su progenitora su nutrición básica.

Los factores que condujeron a este cambio de prácticas alimenticias son multifactoriales. En primer lugar, se destaca la construcción de los nuevos sentidos de la maternidad y el lugar de la mujer en los ciclos reproductivos. La progresiva autonomía de sus cuerpos y su inserción en los espacios públicos permitieron que la mujer acortase los periodo de crianza de manera efectiva, incorporando a la dieta sustitutos nutricionales. En un segundo orden, un profundo cambio cultural sobre la tecnificación de la alimentación infantil: la aparición de fórmulas más sofisticadas, con una mejor performance nutritiva y de más fácil acceso para las capas medias de la sociedad.

Finalmente, ya entrado el siglo XX, la no dependencia del niño a la madre, fue visto culturalmente como un símbolo emancipatorio. Con ello la mujer podía planificar no solo la configuración de la familia sino también sus propias orientaciones entorno a las decisiones del trabajo. Así, en la medida que la píldora permitía planificación familiar y daba el control a

la mujer sobre la construcción e la familia, las fórmulas de alimentación infantil simplificaban su participación en el mercado laboral, incorporándola como un nuevo capital de trabajo en la sociedad chilena de los 60.

Resulta interesante relacionar cómo la progresiva instalación de las políticas de salud orientadas a la desnutrición infantil, fueron a la par de este desplazamiento de la lactancia materna. En efecto, para la década del 50, cuando la lactancia materna había bajado al 7% al tercer mes, Chile comenzaba un plan extensivo de entrega de alimentación a la madre y el hijo (incluyendo leche fluida). Dicha política, una de las pocas con continuidad durante la dictadura, en conjunto a una serie de beneficios y obligaciones a la mujer madre (como el control periódico, vacunación, entrega de alimentos en las escuelas, entre otras acciones) permitieron no solo elevar la esperanza de vida sino reducir a la mortalidad en menores de 7 años y ser uno de los primeros países de Latinoamérica en prácticamente eliminar la desnutrición en este tramo etario, pasando en 4 décadas de un 30% de niños con déficit alimentario a solo un 2,9% a los 2000. (Vío, 2009)

Al igual que en el resto de las políticas públicas, la llegada de la democracia en Chile abrió alternativas de discusión sobre el alcance del estado en la prevención y la promoción de la salud. Acorde al debate internacional, que ya en la década de los 80 había advertido una

preocupación por la disminución de la lactancia materna, y siguiendo las instrucciones de la Cumbre Mundial de la Infancia y la declaración de Innocenti, se decide reorganizar la Comisión Nacional pro la Lactancia Materna, entidad pública con participación de actores universitarios y privados, encargados del diseño de la nueva política.

El nuevo enfoque puso el tema de lactancia materna en un registro beneficioso, no solo para el niño sino para la mujer y su entorno sociocultural. A través de la red de hospitales públicos se inició un trabajo de asesoramiento a las mujeres para la correcta lactancia y se asoció la instalación de un apoyo permanente a través del programa Chile crece contigo, destinado a los sectores más vulnerable, a través del cual se fomentó el apego y el vínculo materno infantil.

A través de estos canales institucionales se busca difundir los beneficios de la lactancia materna exclusiva en los primeros años de vida, el cual, entre sus beneficios, permite la disminución de la incidencia de anemia ferrosa, el déficit de vitamina D y aumenta la biodisponibilidad de otra fuente vitamínica como la E y oligoelementos. Asimismo, reduce las posibilidades de obesidad futura, inmuniza al infante y reduce los riesgos de asfixia o aspiración.

Para la mujer los beneficios se relacionan con el control de la natalidad, la mantención de su peso tras el parto y la prevención futura de cáncer mamario. Todo esto, sin contar el menor costo para la familia y la integración afectiva del bebé a su estructura de acogida.

Asimismo, de manera integrada, la lactancia materna exclusiva reduce las posibilidades de hospitalización en los mejores de un año, en los casos de enfermedades graves respiratorias, algo que como ya se presentó responde a un política permanente en el país.

El trabajo asociado a la promoción de la lactancia en los espacios institucionales también ha permitido mejorar las condiciones laborales de las mujeres que son madres. Así las sucesivas reformas al código del trabajo así lo establecen: la obligatoriedad de las salas cuna para las empresas e instituciones con más de 20 mujeres empleadas, el permiso para amamantar durante la jornada laboral hasta los 24 meses y el nuevo post natal extendido a 6 meses, han sido reformas clave para facilitar la instalación de un nuevo sentido sobre la lactancia en tanto derecho de la madre como del hijo.

Frente a esto, la estrategia nacional contempla la difusión extendida de los beneficios de la lactancia, en dos públicos objetivos prioritarios: mujeres de zonas urbanas y trabajadoras de zonas rurales. La

diferenciación está dada por el valor que tiene dicha alimentación exclusiva en los sectores carenciados, con el fin de que este tipo de nutrición mitiga otros factores de vulnerabilidad.

El desarrollo de la estrategia nacional de fomento a la lactancia materna cuenta con ejes: Legislación – orientada a intencionar los cambios normativos que garanticen la lactancia prolongada -, nutrición –en referencia a la modificación y ajuste de nuevas pautas alimenticias para la madre y su monitoreo gestacional y post parto-, planificación familiar – referente al uso de esta estrategia para el control de la natalidad y espaciamiento entre hijos-, coordinación – particularmente intersectorial-, investigación, educación y publicidad.

Estas dos últimas, pertinentes para el actual estudio, presentan diversos ámbitos de acción recogidos en la campaña analizada. En ellas se establece como objetivo la instalación de este tema tanto a nivel de la educación formal como no formal, con un énfasis en el trabajo comunitario, la inclusión de los padres y la formación de la mujer en técnicas específicas de amamantamiento. Por otro lado este acápite de la política redefine el lugar de los equipos de salud como agentes promotores de redes de ayuda comunitaria.

Desde la publicidad, en cambio, la estrategia incorporó la conmemoración de la semana de la lactancia materna y la generación de campañas masivas periodísticas tanto a través del uso de los medios, pero también a través de mejor coordinación con las pautas editoriales informativas. Asimismo, la política se orienta a reducir y controlar la incidencia del marketing de las transnacionales productoras de alimentos para lactantes, a través de una mayor incidencia del estado para regular la participación de estos productos en el mercado y en la misma red de salud pública y privada. (Ministerio de Salud de la República de Chile, 2010)

En este contexto la campaña analizada se desarrolló en los meses de julio y agosto del 2012, con un presupuesto de 400 millones de pesos (equivalente a 800 mil euros en moneda de la época) Dentro de sus objetivos comunicacionales se propuso difundir y promover los beneficios de la lactancia para la salud y el desarrollo infantil, materno y familiar, como también educar e incentivar las madres y padres en nociones básicas de la crianza a través de la lactancia como eje articulador del cuidado. En una característica coadyuvante a la política pública, la comunicación pública debería incentivar el periodo de lactancia materna, de tal manera que se pudiese aumentar la prevalencia en el primer, tercer y sexto mes del lactante.

## **2.2.4 Campaña de verano (enfermedades entéricas y vibrión parahemolítico y virus hanta)**

### *2.2.4.1 Campaña de enfermedades entéricas y vibrión parahemolítico.*

La crisis sanitaria de comienzos de los 90 en Chile, fue un momento crucial para el desarrollo de las campañas de bien público. En esa ocasión un brote epidémico de cólera, en un país que no sufría de la enfermedad y que había alcanzado notables avances en el manejo de aguas residuales y alcantarillado, cobró la vida de 16 personas y debieron ser atendidas más de 300 desde la región de Arica hasta la de Los Lagos.

La lección más importante fue instalar de manera recurrente una estrategia de prevención de aquellas enfermedades que pueden transmitirse por el uso de aguas contaminadas. Lo que comenzó con el cólera dio paso a un programa de salud pública que reactivó la preocupación por el acceso sanitario de la población y sus prácticas asociadas al cultivo y consumo de verduras.

El mecanismo de contención de esta campaña inicial tuvo repercusiones a lo largo plazo que se extienden hasta el año analizado. Luego de esta crisis, y asumiendo un cambio con respecto a la epidemiología local, se decidió ya a mediados de los noventa extender la campañas a todas

aquellas enfermedades infecciosas del tracto digestivo y que presentan una mayor estacionalidad, asociada al alza de temperaturas del verano.

Estas enfermedades incluyen la prevención de la hepatitis, el tifus, y diversos tipos de diarreas. De ellas, la más relevante en el país por su carácter endémico es la hepatitis tipo A.

Esta enfermedad tiende a aumentar su morbilidad en la medida que la adquisición del virus ocurre en edades más avanzadas. Mientras la mitad de los niños menores a un año no demuestran síntomas, en adultos cursa con mayor gravedad en un 70% de las infecciones.

Pese a que la vacuna no ha sido introducida en el programa oficial del país, la reducción de casos ha sido sustantiva en la última década. Así en los dos últimos lustros, la tasa de incidencia ha bajado a 6 por cien mil habitantes, luego de un ciclo epidémico de baja intensidad a comienzos de los dos mil.

En el año 2011 antes del inicio de la campaña a estudiar, hubo dos peaks de casos, en la semana epidemiológica 3 y la 6 y luego, un repunte en las últimas semanas del año. En 2012 en cambio, periodo estival inicial tuvo una sustantiva baja de casos, pero con un aumento relativo entre las semanas 15 y 19.



Los casos se concentran en la zona norte del país (Arica y Parinacota) debido principalmente a un consumo mayor de mariscos y pescados crudos. Al igual que en otras zonas del país, otros factores intervinientes son la mala disposición de basuras, el consumo de alimentos contaminados por mala manipulación de alimentos, contacto con material fecal vía oral y presencia de vectores como moscas, ratones y cucarachas.

La situación de la salmonella tphi no es diferente en términos de su reducción progresiva en el país. A contar de la década de los 70, último ciclo epidémico, ha sido particularmente relevante en su escasa presencia en el país tanto las campañas como el control ambiental, generando un ciclo virtuoso de prevención a partir del manejo de la crisis del cólera con el correspondiente quiebre en la curva de casos en el verano de 1992 (Ministerio de Salud de la República de Chile, 2008)

Así actualmente la enfermedad es calificada de endemia baja con alrededor de 400 ingresos hospitalarios anuales. La mortalidad también ha descendido a casos marginales, con una tasa de 0,001 por cada cien mil habitantes.

Por su parte la discusión sobre el vibrión parahemolítico es más reciente. A fines de los noventa se registraron los primeros casos en Antofagasta, en la zona norte del país, con una rápida progresión en toda la costa chilena; así, mientras se identificaron solo 340 casos en 1998 circunscritos a dicha región, al año 2005 se contabilizaban más de 10 mil casos en una distribución nacional.

Debido a que se trata de un agente patógeno marino, la principal vía de contagio es producto del consumo de mariscos crudos. La concentración estival se debe a factores climáticos pero también culturales: mientras en los meses de verano, el aumento de temperaturas favorece la concentración del vibrión en sus reservorios naturales, el desplazamiento de personas hacia la costa, hace aumentar el consumo de productos marinos. La relación entre el consumo y las condiciones culturales nuevamente se grafican en el segundo peak de infecciones que se concentran en los meses de marzo y abril, coincidentes con la conmemoración de la semana santa católica y la prescripción social del consumo de carne en dicha fecha.

El surgimiento de la enfermedad y su despliegue progresivo hacia costas más frías, hace suponer que se trata de una llegada reciente al país, posiblemente a través de barcos de pesca en sus aguas de lastre, desde el sudeste asiático. En dicha zona geográfica se le conoce desde inicios

de la década de los 50 y asociado a intoxicaciones alimentarias en Japón desde 1953.

Los estudios de genotipificación confirman que el vibrión presente en las costas chilenas es de características pandémicas, es decir, son comunes a las presentes en diversos brotes en el mundo. Sin embargo, la toxicidad del patógeno ha ido en aumento, tal como lo demuestran los ciclos epidémicos progresivamente con mayor número de casos con mayor dependencia médica.

Así, actualmente la enfermedad se define por una diarrea aguda, súbita, que puede llegar a ser hemorrágica, y que va acompañada de dolor abdominal, náuseas y en ocasiones fiebre. Si bien la muerte es muy infrecuente, un número significativo (alrededor del 10%) requiere hospitalización para medidas de soporte. Actualmente, debido a la imposibilidad de erradicar la bacteria, las medidas de prevención se concentran en el cambio cultural asociado a la eliminación del consumo de mariscos bivalvos crudos y la correcta manipulación de estos productos para evitar contaminación cruzada intradomiciliaria.

Para el público general, también se refuerzan las medidas convencionales para disminuir el riesgo de cualquier enfermedad del tracto intestinal, como el lavado de manos regular y luego de ir al baño, una cocción no

menor a cinco minutos, y no beber agua si no se tiene certeza de su procedencia.

De manera más focalizada, la estrategia preventiva apunta a trabajadores del rubro gastronómico y manipuladores de alimentos.

La campaña de prevención de enfermedades entéricas incluye también una orientación sobre un tipo particular de intoxicación derivada del consumo de mariscos: la enfermedad por marea roja.

Se trata de una proliferación estacional de determinados organismos vegetales que, al contaminar principalmente moluscos, generan una serie de químicos cuyo consumo puede generar desde enfermedades diarreicas hasta cuadros respiratorios y neurológicos que pueden conducir a la muerte.

La composición de las afloraciones de marea roja genera varios tipos de toxinas con distintos alcances en el daño a la salud. Se reconoce que 9 de ellas que han afectado las costas del país, pero las más recurrentes han sido la toxina paralizante (PSP o VPM), Toxina Amnésica (ASP o VAM) y la toxina neurotóxica (NSP o VNM)

Durante las últimas décadas, los episodios de marea roja, han afectado seriamente las zonas norte y extremas sur del país, no solo en términos humanos sino que también en términos productivos. En 1988 “hubo un brote de una pequeña microalga llamada Heterosigma Akashiwo que produjo una mortandad masiva de salmones de cultivo en el área de Puerto Montt y Chiloé que implicó una pérdida de millones de dólares a la industria local”. (Instituto de Salud Pública, 2007, pág. 12)

Por otra parte, desde que existe registro (1972) y hasta el año 2006, en la región de Magallanes, han existido 22 brotes de intoxicación paralizante, con más 315 personas afectadas y 23 muertes. En la región de Aysén, en cambio, ha predominado la toxina diarreica y ya desde 1994, se encuentra presente la *Alexandrium cetenenella*, la misma de la región más austral citada anteriormente.

A nivel país, por este tipo de toxina han fallecido 32 personas, todas ellas en la zona sur del país.

La transmisión humana de las toxinas depende, nuevamente, del consumo de marisco, en especial los bivalvos. Estos, al filtrar o alimentarse de este fitoplancton, concentran dichos químicos nocivos lo que a su vez atacan a las personas a través de su consumo. A diferencia de cualquier otra infección bacteriana, estas toxinas son resistentes al calor y, por lo tanto,

su prevención no pasa por una práctica de consumo particular sino por la restricción total de éste apenas es notificada la floración en determinada zona costera.

Chile ha establecido un riguroso programa de vigilancia específico en la materia. Desde 1995 existe el plan nacional de prevención y control de las intoxicaciones por marea roja, cuyo principal objetivo es generar una alerta temprana cuando la concentración de toxina en los principales moluscos de consumo humano, supera lo permitido por el reglamento sanitario de los alimentos. Así, cuando tanto el veneno paralizante (saxitoxina) alcanza los 80 mcg/ 100g molusco o el ácido domoico (Veneno amnésico) supera los 20 gr. Por kilo, se declara la veda inmediata en el sector analizado. Para la toxina diarreica, que en general no produce cuadros de mayor gravedad, no se establece el criterio de exclusión por la cantidad de toxina, sino por la sola presencia de ésta.

El proceso de vigilancia contempla múltiples niveles de seguimiento, los que comienzan en cada una de las secretarías regionales ministeriales que cuentan en su jurisdicción litoral marino. Aquellas regiones que no cuentan con laboratorio especializado, cada 15 días deben remitir al instituto de salud pública muestras de moluscos para su análisis. En cambio, en aquellas zonas donde están presentes las principales ciudades marítimas, existen laboratorios de chequeos de toxina paralizante y diarreica, en las principales ciudades marítimas de Chile, y

en 3 (Aysén, Viña del Mar y Coquimbo) también realizan el estudio de concentración de toxina amnésica.

Asimismo, el Servicio de Salud trabaja directamente con la subsecretaría de pesca con el fin de establecer un monitoreo permanente del crecimiento o mayor presencia relativa de las diversas especies de microalgas en el mar. Esto, como un factor relevante en términos de potencial florecimiento dañino, el que depende de estaciones distribuidas en las tres regiones australes y en zonas donde además se concentra la salmonicultura.

Con este sistema en red y tomando en cuenta que solo han existido 4 casos notificados de intoxicación alimentaria por esta vía entre 2009 y 2012, la campaña se orientó al reforzamiento del consumo y compra de mariscos en locales establecidos y la difusión de la red de vigilancia.

#### *2.2.4.2 Campaña de prevención del virus Hanta.*

A comienzos de la década de los años 90, en los sectores rurales de las regiones australes de Los Ríos y Aysén, se detectaron una serie de casos de neumonía atípica, con un alto porcentaje de desenlaces fatales. La activación de la vigilancia epidemiológica permitió que para el año 1993 se pudiese identificar en una mujer sobreviviente de la comuna de

Cochamó, los anticuerpos específicos para una tipo de virus que alcanzaría el estatus de la más importante enfermedad emergente subregional: hanta virus.

Este hallazgo era consistente con el diagnóstico que ese mismo año se realizó en Estados Unidos, debido al aumento de fallecimientos por enfermedad respiratoria aguda. Similares casos, al comienzo de los 90's se habían detectado por todas las américas, desde Canadá a Tierra del Fuego. Ya para el año 97, se reconocía la existencia de 20 variantes, donde la variante Andes, que afecta a Argentina y Chile, cuenta con 5 linajes distintos, siendo el más recurrente –el andes sur- el que genera mayor gravedad y mortandad de personas.

Si bien este diagnóstico implicó reconocer públicamente un riesgo para la salud pública nacional, lo cierto es que el ministerio retrospectivamente había identificado desde el año 1975 presencia de casos de trastornos cardiopulmonares atribuibles a un nuevo agente. Así, entre dicho año y el año 2006, se estiman en 516 casos, concentrados entre la V y XI primera región, pacientes en edad laboral activa en zonas rurales, y con una letalidad promedio del 38%. En la última década, aunque el número de casos ha mantenido una curva ascendente, la letalidad ha bajado al 30% cuando existe una detección temprana.



Si bien existen diversas variantes del tipo de agente infeccioso, la característica del hantavirus andes linaje sur, es su concentración de casos en el cono sur de América, con un reservorio natural: el *Oligosomys logicaudatus*, un tipo de roedor de cola larga, endémico en Chile y Argentina. Este animal, tiene la particularidad que su ciclo reproductivo está asociado a las condiciones climáticas imperantes y en forma particular de la maduración de la quila, un tipo de bambú autóctono de cuyo fruto el roedor obtiene su alimento. La adquisición del virus en esta especie, por su parte, se estima que se debe por cuadros agresivos o contaminación ambiental en sus colonias de residencia, a través del contacto entre heces. La seroprevalencia del virus, por tanto, se concentra en machos adultos, de mayor masa corporal. (Luciana Piudo, 2012)

Actualmente no existe coincidencia entre la comunidad científica sobre los factores que influyen en que este vector natural no exprese el síndrome ni sobre el alto nivel de anticuerpos para el virus que presentan las poblaciones estudiadas en Sudamérica. Sí se ha comprobado que otras especies de roedores silvestres como el *Abrothrix olivaceous*, *Loxodontomys micropus* y *Abrothrix longipilis*, pueden ser portadoras aunque se debate si son transmisibles al ser humano.

Sin embargo, a diferencia de las otras variantes del virus, donde otros roedores de características domésticas son portadoras, - como lo es caso

del virus hanta Seúl con la rata noruega-, a la fecha el virus no ha mutado de tal manera que permita configurar un nuevo reservorio más peligroso para la población en contextos urbanos. Sin embargo, la continua deforestación de la zona sur chilena y argentina, la mayor extensión de los núcleos urbanos hacia periferias antes rurales y la sequía que han afectado prolongadamente a la zona, han obligado al vector rural a generar nuevas condiciones de adaptación, hecho que provocó durante el año del presente estudio una alerta sanitaria al identificar casos de hanta virus en zonas urbanas. Así la presencia del *olygozormis* se ha comprobado en la periferia de la ciudad de Concepción (2012), en la zona de Isla de Maipo, en el radio urbano del gran Santiago (2013).

La alta mortalidad de las personas que adquieren el virus, se explica por la gravedad del cuadro que genera la infección. En Chile, el cuadro más recurrente es un síndrome pulmonar agudo, que caracteriza por una fiebre alta, síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y otros, dolores osteo musculares, escalofríos, entre otros. En un curso de pocos días la persona deriva en insuficiencia respiratoria, que de no contar con soporte de oxigenación, muere. Si bien a comienzos de los años 90 las cifras de fallecimientos alcanzaban el 60% de los casos, actualmente el diagnóstico precoz y el temprano apoyo funcional han disminuido a la mitad dichas muertes. Incluso, frente a la inexistencia de un tratamiento efectivo, el gobierno de Chile patrocina sistemáticamente investigaciones que permitan reducir tan alta letalidad del virus. Dentro de ellas, se

destaca el uso de un innovador plasma sanguíneo de las personas sobrevivientes, aún en fase experimental.

Debido al carácter estacional del virus (primavera –verano) los principales afectados no solo son las personas que habitan sectores rurales, sino también población flotante turista y los trabajadores de temporada, tanto agrícolas como forestales. La principal vía de contagio ha sido la inhalación de aerosoles de orina, saliva y materia fecal, en lugar donde vive el vector. En menor medida, se considera la ingesta de alimentos contaminados o el contacto con tejido mucoso (ojos y boca principalmente) con manos contaminadas. El contacto directo con el roedor, como mordedoras, ha sido escasamente reportado. Existen dudas sobre la posibilidad de adquisición a través del contacto persona-persona, debido a que en el brote epidémico ocurrido en Argentina en el 1996, solo 18 de las 20 casos pudieron tener contacto con animales silvestres (SEREMI de Salud del Bío Bío, 2001)

La incidencia más alta registrada corresponde al año 2001 con una tasa 0,53 por 100.000 habitantes. Posteriormente presenta una tendencia al descenso con un quiebre el año 2005 y posterior estabilización. En el 2010, la incidencia alcanza a 0,36 por cien mil habitantes, superior al año anterior (0,21 por cien mil habitantes). La tasa de mortalidad en el 2010 alcanzó a 0,13 por 100.000 habitantes, duplicando lo registrado el 2009 (0,05 por 100.000 habitantes), coincidente con el aumento en la

incidencia, cambiando la tendencia a la disminución observada desde el año 2006 (Sotomayor, 2012)

A diferencia de las campañas de invierno, que conllevan una preparación temporal del sistema de salud, la campaña del virus hanta es estrictamente comunicacional y se sostiene desde un criterio general de mantener la preocupación pública sobre el riesgo de adquirir la enfermedad durante las vacaciones, es decir, entre los meses de enero a marzo. Esto considera como público objetivo la población de veraneantes a zonas no urbanas, entre las regiones de Coquimbo y Magallanes, con especial énfasis en las zonas de mayor prevalencia histórica, es decir, de la región metropolitana hacia el sur. A su vez, la población de trabajo de temporada, comuneros rurales y trabajadores forestales, es periódicamente intervenida a través de planes de trabajo regionales y locales, a cargo de las diversas autoridades sanitarias en las regiones de mayor prevalencia.

### **2.2.5 Campaña de vacunación meningitis w135.**

Chile cuenta desde el año 1976 con una estricta vigilancia epidemiológica y de laboratorio de la *Neisseria meningitidis*, bacteria causante de una meningitis aguda de alta complejidad, principalmente en niños menores de cinco años. Desde esos inicios, la infección se ha movido en una tasa de incidencia de 0,2 a 2 por cada cien mil habitantes, y con predominio endémico del grupo C de esta bacteria, con casi el 90 % de las infecciones. (Ministerio de Salud - Instituto de Salud Pública, 2013)

Este control ha ido a la par de los ciclos de emergencia con respecto a la bacteria. Una vez en 1978 y luego en 1986, hubo brotes en la región metropolitana y en Iquique, los que no solo generaron un aumento de la incidencia (hasta 29,6 por 100 mil en el registro de la zona norte), sino también planes de vacunación orientados a generar un control rápido y eficiente del contagio.

A inicios de los 90 un nuevo peak de casos incrementó la incidencia a 3,2 por cien mil habitantes, siendo esta vez el subgrupo B. La política de contención del gobierno ya en democracia permitió pasar de 500 casos a 120 anuales hacia finales de la década. Esto permitió que incluso para el dos mil once, se registrase la menor tasa: 0,4 por cada cien mil habitantes. Para ese año, la letalidad había alcanzado un 14,7 % de los casos.

Sin embargo, a contar del año 2011, un progresivo aumento de casos de meningitis bacteriana, comenzó a preocupar a las autoridades sanitarias de Chile. Pese a que la alerta se había decretado en Argentina con meses de antelación, solo la concentración de nuevos casos en las urgencias y su mayor letalidad, y su posterior conocimiento público, gatilló la reacción ministerial. Se había reconocido que una nueva cepa de meningitis estaba afectando al país. Se trata de la W-135,

La presencia de esta cepa de la *Neisseria meningitidis*, fue detectada en la década de los 60. A partir de un brote de meningitis por contacto en un cuartel militar de Estados Unidos, el Walter Reed Institute logró tipificar un nuevo serogrupo de la bacteria capaz de causar un curso de la enfermedad con mayor gravedad. El nombre 135 corresponde al número de soldado de quien se aisló la nueva variante.

A nivel global, la W135 tuvo -hasta inicios de la década del 2000-, una distribución concentrada en zonas geográficas particulares: mientras en Europa era prácticamente nula, en África, este de Asia y península arábiga y en las américas, concentraban la mayor cantidad de casos mundiales. El caso africano es sin duda el más complejo, ya que no solo cuenta con las mayores apariciones de esta cepa, sino que históricamente ha sido un continente más afectado por la meningitis. La introducción de

las vacunas durante los últimos años, que reducida la curva de casos confirmados, pero se mantiene el riesgo de una epidemia en el denominado “cinturón de la meningitis” que va desde el la costa atlántica subsahariana hasta la costa este de Senegal. La introducción total de una vacuna tetravalente conjugada (apta para todas las cepas de la bacteria) al 2016, permitirá revertir la situación a fines de esta década.

A inicios del 2000, durante el periodo de peregrinación a La Meca por el mes de ramadán islámico se generó un brote epidémico que cambiaría la relación con esta variante de meningitis. Luego que se confirmaran 300 casos solo en Arabia Saudita, entre 2001 y 2002 se experimentó su expansión hacia Europa con 90 casos principalmente en Francia y Reino Unido. Además, se atribuyen 4 casos de peregrinos en Estados Unidos y una decena en los países musulmanes del sudeste asiático.

Derivado de lo anterior, se manifestaron los primeros casos en América Latina, siendo Brasil y Argentina, por sus puertos que miran atlántico, la puerta de entrada del virus en la región.

La dispersión de la cepa 135 es consistente con el seguimiento epidemiológico realizado de manera coordinada en el Cono Sur. Según información de la Organización Mundial de la Salud antes del año de estudio ya era posible prever un aumento significativo de su presencia

como responsable de meningitis bacteriana. Si bien Chile tuvo una baja sustantiva del total de casos de esta enfermedad (de 362 en el año 2000 a 57 al 2008) en 2009 aumenta a 61. Sin embargo, en el año 2010 si bien los casos bajan a 57, 3 de ellos son confirmados W135, y ya en el 2011 de los 62 casos nacionales, sobre el 40% fueron de este serotipo.

Para este año, la tendencia del predominio de la W135 en argentina era notoria: de los 152 casos totales de meningitis, 74 correspondieron a W135.

Pese a que los números implican una baja relativa en función de la población, lo cierto es que la meningitis es de una alta letalidad particularmente en niños menores de cinco años. En Chile, considerando como mayoritarias las cepas C y B de la bacteria, se estima que el 14,7% de los afectados, fallece. Sin embargo, la instalación de la cepa w135 con una variante altamente infecciosa (St 11, la misma de inicios del milenio), hizo que la mortalidad llegase a casi el 30% de los casos.

Entre la SE 1 y 52 de 2012, se confirmaron 133 casos de EMI, número superior en 30,7% a lo esperado según la mediana quinquenal (101 casos), y mayor a lo observado en el mismo período de 2011 (73 casos). Ochenta y siete coma nueve por ciento (117/133) de casos se confirmó



por el Laboratorio de Referencia del ISP, 103 de ellos fueron seroagrupados (88%, 103/117). De éstos, 36,9% (38/103), correspondieron al serogrupo B y 58,2% (60/103) al serogrupo W135. Esto refleja un cambio en la distribución de los serogrupos que se presentaba en el país, marcado por el incremento del serogrupo W135 desde el año 2010. (Valenzuela, 2013)

Visto de esta manera, al retrotraerse al 2011 el escenario del brote epidémico era una realidad factible y previsible dentro de las políticas públicas de salud. Sin embargo, esto se trasladó a una tipo de administración reactiva frente al aumento de casos. El Ministerio de Salud en conjunto con otras instituciones públicas y privadas del país, apoyados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Estados Unidos de Norteamérica, desarrolló una estrategia denominada "Plan de acción W-135" para abordar en forma integral el control y la prevención de la EMI W-135, la que incluyó la conformación del Comité Nacional W-135, refuerzo del sistema de vigilancia epidemiológica y de laboratorio, educación a la población y prevención a través de un programa de vacunación de la población de mayor riesgo.

En este sentido, una de las características centrales de la enfermedad es la rápida evolución que tiene. Desde los primeros síntomas y la

necesidad de hospitalización apenas ocurren 12 a 13 horas, con pérdida de conciencia en la hora 15 y meningococemia, que puede llevar a la muerte durante la primera jornada. En esto, el reconocimiento de los síntomas como alerta temprana, fue uno de los principales contenidos propuestos por el ministerio, reforzando la información disponible en escuelas, jardines infantiles y otros espacios donde el grupo vulnerable prioritario participa. Por su parte, se instruyó a todos los servicios públicos para mantener los criterios presentes en el protocolo 158, lo cual implica actividad el protocolo información al instituto de salud pública, para la notificación específica tanto del subgrupo de la bacteria como también de la resistencia o sensibilidad que plantee a las diversas combinaciones de antibióticos. (Ministerio de Salud - Instituto de Salud Pública, 2013)

Por otro lado, la institucionalidad de salud reforzó los criterios de aislamiento intrahospitalario y el control de contactos y circulación de los pacientes, para el tratamiento quimioproláxico y seguimiento a diez días.

Asimismo, la disponibilidad de vacunas se transformó en un hito del Ministerio, al importar la totalidad de la inmunización de los públicos prioritarios, en un modelo de acceso escalar, en virtud de las principales zonas geográficas del país involucradas.

La campaña, por tanto, no se realizó en virtud de una planificación que la antecediera, sino fue contingente al desarrollo de la enfermedad y la discusión pública que generaba. Esto debido al actuar del gobierno, las decisiones sanitarias como también producto del alcance de la noción de riesgo, a partir de una enfermedad emergente.

Para el cierre del año estudiado, el Instituto de salud pública informó 48 casos de meningitis w135, con 10 fallecidos. La cifra total de meningitis bacteriana fue de 108 a nivel país, con 24 muertos. La letalidad se elevó ese año a 22.2 por ciento.

### **2.2.6 Campaña de bioequivalencia de medicamentos.**

Durante el gobierno de Sebastián Piñera, uno de los ejes de su política pública en salud, fue mejorar el acceso, oportunidad y costo de los medicamentos para la población con menos recursos.

Si bien Chile contaba con una larga historia de producción de fármacos, la industria local – escasamente innovadora- solo favorecía la producción o importación de medicamentos genéricos sin contar con una certificación estandarizada que garantizase similar eficacia y calidad que el producto original. Esto, además, generaba una importante distorsión entre las condiciones efectivas de tratamiento

dentro del sistema público y el sistema privado. Mientras el primero debía optar en una estrategia combinada de compra de genéricos y marcas originales para evitar un encarecimiento del abastecimiento nacional debido a la importación; en el segundo caso, la atención privada por el copago y el mayor poder adquisitivo permitía a los grupos más privilegiados contar con una salud indirectamente mejor y mayor certificada.

Pese a que el Ministerio de Salud había estado trabajando desde inicios de la década del 2000 en una política de bioequivalencia nacional, no fue sino hasta el año 2007 cuando el tema logró tener mayor resonancia pública. En ese año, una investigación periodística dio a conocer las diferencias sustantivas de valor de los medicamentos originales y genéricos en las principales cadenas de farmacias – todas ellas privadas y pertenecientes a grandes consorcios nacionales e internacionales-, con respecto al valor efectivo de su importación o compra a los laboratorios. La anómala situación derivó en un proceso judicial conocido como la “colusión de las farmacias”.

En efecto, según la investigación de fiscalía nacional económica, las principales empresas del sector en forma concertada pactaron un alza programada en 222 medicamentos, muchos de ellos para el tratamiento de enfermedades crónicas. Pese a la denuncia pública y la intervención directa del tribunal de la libre competencia, solo una

de las empresas aludidas reconoció el actuar, debiendo pagar una multa de un millón de dólares, y posteriormente una indemnización programada de 4,4 millones a los usuarios que acreditaron ser afectados por el cartel.

La trascendencia pública del caso derivó en otras aristas de investigación, como la concertación para la venta dirigida a medicamentos con mayor costo, vinculaciones de los dueños de las farmacias con el sistema político y tráfico de bases de datos con las instituciones de salud privada.

Dos empresas, Salcobrand, CruzVerde, continuaron con el proceso judicial siendo condenadas a pagar al estado 19 millones de dólares, como multa, durante el año 2012.

El fuerte descrédito público a las empresas expendedoras de fármacos, sumado al escaso control gubernamental en el valor de venta, hizo que el gobierno acelerase el debate de una nueva ley de fármacos de diera sostén a una política de mayor accesibilidad de los medicamentos genéricos bioequivalentes.

Este caso implicó un reconocimiento público de la necesidad de bajar los costos asociados a los medicamentos. Para el año 2010, la política

pública se centró en fomentar la certificación de este tipo de productos a través de la recién creada Agencia Nacional de Medicamentos, entidad dependiente del Instituto de Salud pública. Esta nueva organización, es la encargada del control de los productos farmacéuticos, cosméticos y de los dispositivos médicos autorizados por ley, que se fabrican localmente o se importan para ser comercializados en el país, garantizando su calidad, seguridad y eficacia. Así, congrega actividades tanto de fármaco vigilancia y denuncia ciudadana, hasta la certificación de los proceso de bioequivalencia.

Sobre este aspecto, la ANAMED define la bioequivalencia como un análisis sustantivo garantiza que frente a distintos orígenes los medicamentos contienen igual principio activo y cantidad y son similares en cantidad y velocidad de fármaco absorbido, al ser administrados por la vía oral, dentro de límites razonables, establecidos por procedimientos normados nacional e internacionalmente.

La certificación garantizada por el Instituto de Salud pública fijó una serie de normativas que estandarizaron el proceso de certificación en los centros de investigación privados y universitarios, facultados para establecer estudios. A su vez, la política de Piñera puso especial énfasis

en aquellos medicamentos que, siendo genéricos, no requerían de los análisis de bioequivalencia o bien cuya certificación resultaba prioritaria.

Sin embargo, el interés del gobierno fue acelerar la discusión sobre una ley de fármacos la que, por su naturaleza, debería intervenir directamente sobre el mercado farmacéutico. Y en ello, la accesibilidad de los medicamentos bioequivalentes se trasladó como una reivindicación social por el acceso, de la cual el gobierno se hacía responsable.

### **2.2.7 Campaña nacional de prevención del VIH SIDA.**

#### *2.2.7.1 Antecedentes generales*

Así como la campaña del cólera favoreció la instalación en democracia de la comunicación pública preventiva, la campaña nacional de prevención del VIH SIDA, se ha transformado en el referente principal de un programa de comunicación, autónomo y sistemático, en el campo de la salud.

Desde el primer caso notificado en 1984 y hasta 2012, 29092 personas han sido notificadas viviendo con el virus, de las cuales 4717 son mujeres. Sin embargo, se estima que en el país viven otras 20 mil personas que desconocen su situación serológica positiva.

Entre 2007 y 2012 se registró un aumento de notificaciones, debido al nuevo sistema en línea y el establecimiento de nuevos criterios de seguimiento a partir del sistema de auditoría médica creado en 2008 debido a la crisis de notificaciones ocurrida en Iquique, en el norte del país. Este se traduce en una nueva definición de persona asintomática y de aquella que, con un recuento linfocitario menor de 200, ya se considera en etapa de sida.

Similar situación se da en la notificación en etapa de VIH, la que con los nuevos protocolos tuvo un aumento en similar periodo, teniendo su peak en 2011 con una tasa de 9,6 por cada cien mil habitantes. El crecimiento de casos de la epidemia sigue siendo prioritariamente en hombres, aunque paulatinamente las mujeres heterosexuales han tenido una mayor prevalencia del virus, según las estadísticas de notificaciones oficiales.

Las cifras son mayores si se calcula la tasa la incidencia del VIH en el país a través de las tasas de confirmación, es decir, aquellas muestras que el ISP ratifica por ley de todas las tomadas en el país. Según los datos de este instituto, de las personas que se han realizado un examen, cerca del 94,7% conocen su condición serológica al VIH



Entre 2008 y 2012, 10519 personas tuvieron conocimiento de que viven con el virus, siendo el grupo de 30 a 49 años el que tuvo mayor cantidad de notificaciones. Sin embargo, desde el inicio de la epidemia ha aumentado progresivamente la notificación más temprana. Así en el mismo lustro el tramo de 20 a 29 años (130 por cada cien mil habitantes) por primera vez superó a del 30 a 39 y, en el tramo de 15 a 20 se pasó de 15,5 a 26.7 por cien mil habitantes. Quienes fueron notificados en etapa SIDA, fueron principalmente adultos jóvenes.

Un factor preocupante es que durante este periodo, el incremento de las notificaciones en el segmento de 15 a 19 años, en hombres ha aumentado en 94% con respecto al periodo anterior (2002-2007), consistente con un inicio sexual cada vez más temprano.

A nivel país, han existido variaciones significativas entre las tasas de notificación y las zonas geográficas en el país. Mientras en los primeros años de la epidemia, los casos se concentraban en las ciudades con mayor población, actualmente la frontera norte de la región de Arica y Parinacota cuenta con la mayor tasa de SIDA: 70 por cada cien mil habitantes. Asimismo en el último quinquenio pertinente para el estudio (2008 a 2012) las regiones de Atacama, Coquimbo, Araucanía, los ríos y los lagos, aumentaron en un 100% sus notificaciones en fase SIDA.

Las notificaciones asintomáticas se convirtieron en más numerosas junto al inicio de la década, periodo que coincide con la mayor accesibilidad del examen y la menor estigmatización de las personas que viven con el virus. Esto, distribuido según las regiones del país confirman la mayor presencia de casos en la zona norte, con 2.6 veces más que el promedio nacional. Por otro lado, si bien las regiones del sur demuestran menos casos, sí existe un incremento sostenido de la prevalencia según la cantidad de habitantes. Esto implica que más allá de las variaciones geográficas, el país enfrenta un crecimiento de la epidemia acompañada de una mayor complejidad en virtud de la reducción etaria del grupo principalmente afectado.

Por otra parte, en Chile la principal vía de adquisición del virus son las relaciones sexuales desprotegidas; sin embargo, existen cambios con respecto a lo que a la fecha se entiende como grupos vulnerables. Esto implica que si bien las personas homosexuales, bisexuales y transgénero son las más afectadas por la epidemia, existe una rápida expansión hacia personas que se declaran heterosexuales, principalmente mujeres.

Esta brecha de género se reproduce incluso al considerar las determinantes sociales dentro de la adquisición de virus. Frente a uso sistemático del condón, las mujeres menores de 25 años con vida sexual activa, solo un 37% declara haber usado el condón durante su

última relación, frente al 59 por ciento de los hombres. Asimismo, el uso del condón sigue estando asociado en este grupo como un mecanismo de prevención de embarazos no deseados, por sobre la adquisición del virus u otras infecciones de transmisión sexual.

#### *2.2.7.2 La política pública.*

A fines de los años 80 y frente al reconocimiento del surgimiento de la epidemia por parte de la dictadura militar, en el país se hicieron tempranos y múltiples esfuerzos por reducir la incidencia del virus. Una de las medidas que a largo plazo demostró su rápida efectividad fue la resolución del ministerio de salud del año 88 de testear obligatoriamente toda la sangre donada en el país, lo que hizo que para entrada la década siguiente, la transmisión sanguínea prácticamente no existiera. Esto se suma a que en el país, nunca existió masivamente el uso de drogas inyectables, lo cual limitó la expansión del virus por el uso de jeringas contaminadas.

Asimismo a contar de 1996 se establecieron protocolos estrictos del manejo de situaciones de riesgo específicas como lo es la transmisión vertical madre – hijo, durante la gestación, el parto y la lactancia. Así mientras al inicio de la epidemia el 30% de las mujeres que vivían con el virus lo transmitía a su hijo, hoy esto se redujo al 1,6% de los casos. (Ministerio de Salud, 2012, pág. 24)

Si bien el registro oficial de datos existe desde el caso cero en el país, a contar del año 2004 existe un nuevo protocolo de notificación, que obliga a los centros de salud públicos y privados diaria, que además incluye el cambio de los pacientes de fase VIH a fase sida. Esto ha permitido un nivel de vigilancia epidemiológica sistemático, que solo tuvo una falla cuando en Iquique, se reconocieron errores en la información al paciente pese a existir una comprobación del ISP de su estado serológico. Este hecho, ya en el 2008 implicó mejorar el sistema en línea de información, y se estableció una mayor supervisión local, a través de las seremis de salud, de los procesos en cada subterritorio nacional.

El grado de institucionalidad en el ministerio de salud, es otro reflejo de la preocupación sanitaria nacional por el tema. Desde inicios de los 90, existió la comisión nacional del SIDA (CONASIDA) entidad encargada de gestionar la política pública en la materia, en tres grandes: prevención, atención y no discriminación de las personas que viven con el virus (Dirección de Presupuestos -Ministerio de Hacienda, 2000). Con el pasar de los años y durante la reestructuración del área en el año 2008, en la actualidad es el departamento del programa nacional de prevención y control del VIH SIDA e Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Este cambio organizacional permitió organizar más la labor y explicitar la centralidad de la articulación de la prevención, con la promoción de la salud y educación sexual, en conjunto con otro tipo de enfermedades que socialmente habían sido desplazadas del interés público por el mismo VIH, como la sífilis, la gonorrea, entre otras.

Con ello este nuevo programa busca reducir la mortalidad y la morbilidad de las personas, observando los determinantes sociales de salud para la promoción de una vida sexual sana en toda la población del país. Esto, según declara el Ministerio implica un reconocimiento de derechos basado en la ética pública, la privacidad, la confidencialidad y al mismo tiempo, una exigencia al desarrollo de la política pública en términos de equidad, participación, inclusión y focalización en grupos vulnerables.

Esta definición se ampara en el marco jurídico vigente en el país. En 2001, se promulgó la ley 19779 que establece normas relativas al VIH y crea bonificación de enfermedades catastróficas. En ella se define el rol del estado en la materia, el lugar de la vigilancia epidemiológica, las condiciones para el cambio cultural y la integración social de las personas con el virus, como también la no discriminación laboral y el acceso oportuno a los medicamentos.

Este hito, junto al inicio de la distribución a progresiva mayor escala (desde 1996) del tratamiento antirretroviral, abrieron un camino de trabajo asociativo entre el estado y las agrupaciones de personas que viven con el virus y la sociedad organizada en torno al tema. Durante el gobierno del presidente Lagos esto implicó trabajar en conjunto con el Fondo Global de Lucha Contra el Sida, en la instalación de una política innovadora en la materia que por un lado, asegurase estrategias validadas desde la ciudadanía a nivel de prevención y por otro, una nueva perspectiva en la atención, con mayor presencia de la consejería pre y post test y garantías explícitas en el acceso a medicamentos.

Entre el 2003 y el 2007, el trabajo conjunto entre el estado, las organizaciones, la representación internacional y el sistema de las naciones unidas en la materia, logró dar un salto cualitativo en el tema del VIH. Para fines del periodo, se logró incorporar al VIH en la plan de garantías explícitas en salud, lo que permite que las personas más vulnerables cuenten con todo el tratamiento retroviral gratuito, y que el resto de las personas ya sean pacientes del sistema público o privado puedan contar con una atención estandarizada, con un máximo de copago en los medicamentos equivalente al 20% de su valor anual.

Asimismo, en estos años se gestó el reglamento de la ley que organizó operativamente los compromisos del estado con las personas que viven con el virus. Esto permitió fortalecer el rol de las seremis y su articulación con los servicios de salud regionales como también facilitó el que estado

comprometiese una acción nacional de comunicación preventiva anualmente.

Este esquema de trabajo se vio interrumpido cuando se denunciaron una serie de irregularidades en el manejo financiero de los recursos internacionales asignados a Chile para combatir el VIH. Esto, sumado con los problemas en la notificación oportuna de personas en el norte, hizo que con el cambio de gobierno de derecha, encabezado por Sebastián Piñera, se ejecutara la reorganización de la CONASIDA con un costo asociado: la ausencia de participación de la sociedad civil.

#### *2.2.7.3 Las campañas de prevención de VIH SIDA*

La primera campaña de prevención se realizó en el año 1991, a 7 años de iniciada la pandemia en Chile y a escasos dos años del retorno a la democracia. La iniciativa inició un ciclo escasamente interrumpido de acciones comunicacionales masivas que perdura hasta hoy, y donde se han plasmado distintas visiones sobre la relación de esta enfermedad con la sociedad chilena.

En periodo inicial, de 1991 a 1997, el foco de la estrategia estuvo en abrir una posibilidad de conversación, tanto privada como pública sobre el alcance del VIH en el Chile de la época. Esto implicaba reducir la incertidumbre con respecto a los mecanismos de transmisión y establecer

las primeras nociones de autocuidado. La primera de ellas, tuvo como mensaje principal “Yo estoy afectado (a) por el SIDA” y se centró en una fuerte intervención medial de un año, con 18 spots distribuidos en tres series: la primera con líderes de opinión, la segunda referida a la transmisión, prevención y convivencia con personas que viven con VIH y la tercera, que reforzaba el cuidado auto preventivo.

Las campañas realizadas entre 1992 y 1995, reforzaron los principios anteriores pero enfatizaron la relación existente entre cuidado personal y responsabilidad social frente el VIH SIDA. Bajo los slogans de “Todos por la vida” y “La red de la vida”, se promovió que la condición de afectado – presente en las intervenciones anteriores- se extendían al conjunto de la población y que la contención de la epidemia pasaba por un compromiso efectivo basado en el derribo de tabúes sexuales. (Tossi, 2007)

Según las evaluaciones de la época, durante hacia final del periodo se constató una mayor apertura desde la población general: solo un 10% considerada que el VIH era un tema solo de personas homosexuales o trabajadoras sexuales; sin embargo, aún existían reticencias para participar en organizaciones y quedaban algunos prejuicios sobre la responsabilidad de los hombres que tienen sexo con hombre en la propagación del epidemia.



Los avances en el nivel de conocimiento de la enfermedad, permitieron que en la campaña del periodo 1995-1996 se estableciera una promoción efectiva del condón como mecanismo preventivo, asumiendo el estado la lógica del ABC (Abstinencia, fidelidad, condón en castellano) reconocida por la OMS como estrategia válida de prevención.

Ya para el ciclo diciembre de 1996 a julio de 1997, la campaña se orientó a mostrar situaciones de riesgo a través de micro relatos protagonizados por distintos perfiles de sujetos, incluyendo personas homosexuales. Los objetivos planteados presuponían una mayor complejidad al momento de querer presentar gráficamente condiciones efectivas de adquisición del virus, sin eludir la práctica sexual cotidiana. La campaña además aumentó su complejidad al presentar el FONOSIDA, número de teléfono gratuito de orientación en salud sexual. (Comisión Nacional del SIDA, 2010)

En la evaluación de dicha iniciativa, además de observar una progresiva des estigmatización de las PVVIH, la evaluación del programa de asistencia remota fue altamente positivo y su uso posterior a la emisión a la campaña aumentó en un 300 %

Debido a las complejidades económicas que experimentó el ministerio, sumado a una creencia generalizada que el tema del VIH ya se

encontraba instalado en el país, solo en el 2001 se retomó la secuencia de una campaña anual. Para el año 2003 el ingreso del Fondo Global de Lucha contra el SIDA en el país estableció un carácter asociativo en la materia, lo que incorporó a la sociedad civil en el diseño, gestión y evaluación de las campañas. Asimismo, por primera vez se descentralizó este trabajo, al considerar 13 versiones regionales de la campaña, que aumentaron la pertinencia cultural de la prevención.

A partir de un diagnóstico que establecía que las personas conocían los mecanismos preventivos, pero que aún existían reticencias con la aceptación de la responsabilidad del autocuidado, la campaña creó el slogan “Si no me cuido yo, quien. Si no me cuido ahora, cuándo”, que buscan generar un proceso de introspección en la audiencia. Utilizando la figura del espejo y la conversación frente a él, el objetivo se centraba en la reflexión sistemática de la toma de decisión y uso consistente de alguno de los mecanismos preventivos.

Esta campaña fue la tuvo la mayor valoración pública, con un 85% de recordación positiva y un 75% de apoyo explícito al mensaje. (Comisión Nacional del SIDA, 2010)

La homologación del condón a las otras recomendaciones de autocuidado tuvo su mayor debate público en la campaña posterior, cuya principal

argumento de campaña fue; “frente al sexo yo elijo mi postura”. A través de un trabajo más gráfico y orientada principalmente a intervención urbana por sobre el uso *massmediático*, la campaña estableció un nuevo registro al apelar directamente a la decisión individual pero reconociendo la eficacia y eficiencia del preservativo. La campaña, además, recurrió a algunas personalidades y su liderazgo.

Debido al debate público y la mediatización de este, la recordación aumentó al 92%. Por su parte el apoyo se mantuvo en los indicadores del año anterior con un nivel de efectividad del plan de medios cercano al 85%. (Comisión Nacional del SIDA, 2010)

Al año siguiente, bajo la misma modalidad, la estrategia derivó en el slogan “Mi vida la cuido toda mi vida: Siempre condón”. Por primera vez la campaña se focaliza en los sectores medios y medios bajos según la evidencia epidemiológica, con el objetivo de instalar principalmente en los hombres jóvenes el uso correcto y sistemático del preservativo. Por primera vez, se evalúa la necesidad de contar con un soporte web de la campaña, la que será parte de la estrategia del año siguiente.

En efecto, ya para el 2007 se retoma el camino del relato audiovisual a partir de historias de personas jóvenes de sectores más vulnerables quienes argumentan la necesidad de establecer una opción consistente

con un mecanismo preventivo. Así, los diversos spots se sostenían desde la premisa “Yo decido”. Pese a que la estrategia fue considerada un retroceso debido a que volvía a subsumir el uso del condón a las otras medidas, la evaluación realizada indicó que en el tramo de 15 a 29 años la preocupación por el VIH estaba instalada (77% dijo estar de acuerdo con el mensaje) consiste además con la mayor disposición a la toma del examen. (Tossi, 2007)

Durante el año 2008 y 2009, la campaña tomó un curso diferente, más interesado en la promoción de los cambios de la política pública en la materia y en la visibilización de los nuevos derechos adquiridos a partir de la inserción del VIH en el programa de garantías explícitas en salud (AUGE) que garantizaba gratuidad del 80% a las personas trabajadoras y de un 100% a no trabajadores e indigentes. Así, mientras la primera se orientó a mostrar la importancia de la consejería pre test y el derecho a la información constante a través del sitio web del ministerio y FONOSIDA, la segunda abrió el tema hacia la toma del examen y la mayor sobrevida a partir del acceso a medicamentos. En el caso de esta última campaña, se enfatizó el concepto de la decisión (tú decides) ya sea para la prevención, la detección temprana del VIH y/o la mantención de la calidad de vida, luego del diagnóstico positivo.

Pese a que estas campañas contaban con un modelo asociativo y descentralizado, la recordación a nivel nacional cayó en 56% solo

aumentando cuando las piezas gráficas se asociaron directamente al condón (78%). Al igual que las estrategias anteriores, existe una mayor recordación de la emisión televisa (73%) por sobre la radio o la prensa escrita. (Comisión Nacional del SIDA, 2010)

El cambio de gobierno trabajo consigo un cambio sustantivo en la gestión de las campañas. La distancia ideológica con la sociedad civil, hizo que las estrategias realizadas, no fuese legitimadas por los actores relevantes en la materia, a lo que se sumó la crisis de dicho sector debido al menor financiamiento y la salida del Fondo Global del país. El debilitamiento de la tejido social y de la articulación público privada, permitieron que el desarrollo de las campañas del periodo 2010- 2012 estuviesen en mayor consonancia con el mundo de la publicidad.

En efecto, durante ese año, el sistema nacional de compras públicas licitó un convenio para el desarrollo de las diversas estrategias de comunicación pública gestionadas desde el gobierno. Por un monto de 200 millones de dólares como piso mínimo garantizado (un 20% del total de la inversión publicitaria del gobierno) las tres empresas seleccionadas tendrían prioridad en la contratación de los servicios comunicacionales. De 14 que se presentaron, las escogidas fueron cinco: Prolam Y & R, Lowe Porta, Dittborn y Unzueta, BBDO y McCann, las que se adjudicaron el derecho de generar la publicidad del estado durante 36 meses, es decir, prácticamente la totalidad del gobierno de la coalición por el cambio.

Con este escenario, la estrategia se orientó hacia la plataforma web, intentando minimizar los efectos de la discusión pública valórica sobre el uso del condón. Durante el primer año (2010), se creó el sitio [quientienesida.cl](http://quientienesida.cl), donde se presentaban una serie de video susceptibles de ser viralizados que apelaban a la transmisión del VIH, el riesgo a la muerte, etc. Debido a que esto fue subcontratado a diversas escuelas del área audiovisual del país, no hubo un tratamiento homogéneo ni tampoco con una línea estratégica coherente. El uso del humor como innovación en una campaña institucional, generó un debate sobre el riesgo a la estigmatización de las personas que viven con el virus o la asociación temática del VIH con una supuesta irresponsabilidad personal frente a la infidelidad, las parejas múltiples, entre otros.

Debido a esto, para el año 2011 el gobierno optó por retomar a una senda más convencional en la forma, pero con un nuevo foco: la toma de examen.

Esta orientación terminó con la lógica anterior del ABC y plantea la necesidad de optimizar como factor relevante la detección temprana del virus. Así, durante ese año se retomó como eje principal el desarrollo de la campaña a través de los medios tradicionales (principalmente radio y televisión), sin un anclaje territorial pero con una mayor presencia

temporal a través de un plan de medios extendido. A nivel de concepto general, se optó por una serie de frases – con el slogan transversal “hazte el examen”- donde diversas personalidades principalmente juveniles, hacían mención a los beneficios del test de Elisa, en un contexto de mayor acceso a los medicamentos. Incluso la estrategia gubernamental desechó la idea del miedo a la muerte –presente en el año anterior- para reforzar la idea que con un buen tratamiento y un diagnóstico precoz el VIH no era mortal.

Estas ambivalencias aumentaron la crítica de los especialistas y la sociedad civil, las que argumentaron el carácter secundario de la prevención a partir del examen al suponer un cambio en el comportamiento de manera lineal apenas la persona se enfrenta al resultado. Las críticas también apuntaron a la incapacidad del gobierno de promover el condón por motivos ideológicos y la irresponsabilidad al no asociar la campaña a la no estigmatización de las personas que viven con el virus y a la aceptación de la diversidad sexual. (Fundación Savia, 2010)

Para el año del presente estudio, el gobierno a través del Ministerio de Salud, potenció la promoción de la toma del examen como estrategia preventiva a través de un nuevo concepto transversal a todas las campañas: elige prevenir. Inaugurado en la estrategia de alimentación saludable, dependiente de la presidencia, el ministerio lo establece como

eje transversal de toda la gestión pública- comunicacional. Así, la campaña retoma un nivel individual y de autogestión que interpela al arco decisonal de una persona en un contexto donde la prevención del VIH es vista como un problema meramente conductual.

Por otro lado, mantiene el sitio web de acompañamiento del año anterior y refuerza el slogan “El VIH no mata, tu miedo sí”, con el objetivo de presentar a la población la meta del gobierno de impedir las muertes por SIDA al 2020, y la adquisición del virus en recién nacidos al 2015.

La campaña en estudio tuvo un financiamiento general de 600 millones de pesos y fue adjudicada a la agencia Porta.



## **Segunda Parte: Marco Teórico de la Comunicación.**



**Capítulo 3. La investigación sobre comunicación y la gestión de prestaciones sociales en salud.**



## **3.1 Campañas de Comunicación en Salud. Estado del Arte de la investigación**

### **3.1.1 Sobre la producción de conocimiento de las campañas desde su planeación**

Gran parte de las observaciones vinculadas al estudio de campañas de comunicación, en tanto estrategia de comunicación pública, están asociadas al desarrollo de la publicidad. Esta, vista desde su carácter estratégico y orientado al mercado, es consustancial al desarrollo de la prensa liberal del siglo XX. A partir de diversas operatorias, es posible relacionar directamente el desarrollo de este campo de consumo y comercial como una relación entre el mercado y las características informativas de la prensa, siendo parte garante de la viabilidad de la mayoría de proyectos periodísticos.

Sin embargo, la publicidad no solo como estrategia puede reenviar a esta relación *above the line*, sino también reenvía a un desarrollo de la gestión de comunicaciones por parte de la organizaciones. De esta manera, el principio general de la publicidad opera como un mecanismo de coordinación en términos del posicionamiento de los intereses particulares en un contexto social altamente mediatizado. Así, la publicidad más allá de los fines (ideológicos, valóricos o estrictamente de mercado) se establece como una posibilidad de comunicación pública de

carácter estratégico que deviene en actos orientativos hacia una audiencia.

Al abrir la significación del concepto publicidad a este nuevo rango, es posible hallar en él condiciones proclives para mirar la estrategia en condiciones sin fines de lucro. Una de las alternativas que vinculan la comercialización con el cambio social, es el marketing social

### **3.1.2 El marketing social como estrategia de diseño y evaluación de campañas. Una lectura crítica.**

La aparición del concepto de marketing social o mercado social a inicios de la década de los 80, generó un cambio paradigmático en la relación de las estrategias, fundamentalmente comunicacionales, para la promoción, prevención y cambio en salud. En efecto, el término acuñado por Alan Andreasen tomó como primer objeto de estudio este campo, donde más allá de poner en juego herramientas de la comercialización de productos sanitarios, lo vinculó directamente con las instalación análoga a las necesidades comerciales, de una mayor demanda de bienes que hoy llamaríamos público- sanitarios.

En este texto seminal Andreasen plantea que el desarrollo disciplinar del mercadeo permite extender su acción original basada en la comercialización de bienes y servicios a áreas de mayor complejidad,

donde la pregunta por el cambio puede ser modulada a través del despliegue de determinadas estrategias (Andreasen, 1995). Esta postura, implica desde este autor, centrar la pregunta por el producto desde el cambio de conducta; es decir, a diferencia de la comercialización tradicional, se presupone la inserción en el mercado de una promesa de cambio orientada directamente al vínculo audiencia – comprador-ciudadano.

Esto establece un cierto horizonte en lo que implica la focalización de la estrategia del marketing social. Si bien responde a procesos integrados, lo cierto es que la priorización está marcada por aquellos en los que será definido el producto. En este sentido, para el marketing social la comercialización está altamente determinada por lo se establece como “bien” y serán sus cualidades, propiedades o relevancia ético, social, cultural o tecnoeconómica sobre lo cual se informa la comunicación pública. Esta objetivación es un elemento clave al momento del análisis crítico, ya se presupone que la mediatización será posible solo en tanto se informe desde dichas características y, al mismo tiempo, que la mediación generada con las audiencias se establecerá desde la apropiación directa del objeto comercializado.

Kotler (Kotler & Roberto, 1992) caracterizó el marketing de servicios a partir del uso de las 7 P. De las cuatro tradicionales del marketing (precio, producto, plaza y promoción), incluyó proceso, personal y promoción,

acercando con ello la relación entre la gestión compleja comunicacional con la comercialización en contextos altamente segmentados.

Visto así, la mayoría de las investigaciones asociadas al desarrollo de campañas desde el marketing social, tenderán a analizar las interacciones en torno a bienes satisfactores. Las principales preguntas de investigación, serán, por tanto, aquellas que vinculan al producto comunicacional expresado en la campaña de tal manera que su apropiación responda a una necesidad específica. En este sentido, existe un acumulado de experiencia en torno al desarrollo de este marketing, su participación en el contexto mediático y una observación funcionalista del proceso comunicacional experimentado.

En este sentido una de los principales ámbitos de consolidación de esta tendencia ha sido el desarrollo de los mercadeos sociales en el campo de la salud sexual y reproductiva, con particular énfasis en el desarrollo de campañas de apropiación del condón en el marco de la prevención del VIH. Este tipo de estrategia, planteará que la estrategia centrada en la cosificación facilitará el desarrollo de otras iniciativas tanto mediáticas como interpersonales. (Van Rossem & Meekers, 2007)

Las características asignadas al marketing social en su aplicación a la salud, como ya es posible reconocer, se centran principalmente en su



característica interdisciplinar (Kline, 2003), que considera elementos de la investigación social para el logro de sus objetivos. Esto implica que la mayoría de las investigaciones se han centrado en las posibilidades efectivas que plantea el modelo para la planificación estratégica de la comunicación.

Kline reconocerá en ello una característica central de la disciplina que pone el acento en el conocimiento profundo de las comunidades y territorios a intervenir. El desarrollo de las campañas de marketing social reconoce abordajes propios de la ciencia social para establecer, desde ahí, las condiciones que permitirán el “uso de una orientación del consumidor junto a las técnicas de intervención mercantil “ (Lefebvre & Flora, 1988)

Esta orientación del marketing presupone que la institución establece un criterio de construcción del producto social desde una noción de viabilidad que va más allá de las formas tradicionales de comprender la difusión comercial. La capacidad de cambio en los sujetos pasará por las condiciones de apropiación específica en un marco de elección de posibilidad, análoga a las decisiones de consumo en el mercado.

Esto implica, por otra parte, que el conocimiento implicará establecer georreferencializadamente aquellos problemas sobre los cuales intervenir

desde el sujeto. Así, en el caso de la salud, la pregunta estará dada por la relación entre geoepidemiología, la planeación de políticas públicas, su ejecución, con el carácter coadyuvante del mercadeo en términos de establecimiento de una oferta innovadora que responda eficaz y eficientemente, agregando valor agregado a la gestión sanitaria. (Caballero-Urbe & Alonso, 2008)

Así, el producto del mercadeo reconoce la posibilidad de competencia en términos de las condiciones de satisfacción de las necesidades. Esta configuración de alternativas puede darse desde el criterio general que frente a lo existente, la campaña deberá permitir al sujeto tomar otra decisión pero también, en escenarios complejos, establecer dimensiones en la planificación que asuman la emergencia de otros productos sociales a distinguir

En el caso de las investigaciones de marketing en salud ha sido un ámbito recurrente la prevención del consumo de tabaco y las intervenciones sobre los empaques de cigarrillos. Asimismo, otros ámbitos coligados como el cuidado del medioambiente con la reducción de bolsas plásticas o el consumo de vegetales en cinco porciones al día, han recurrido a estos criterios para la planificación comunicacional estratégica.

Naghi plantea que estudios de este tipo permite establecer que detrás del marketing social se establece un intercambio de valores “donde la aptitud que tiene el objeto en términos de su valor de uso, se relaciona también con el carácter sustitutivo de éste: al incidir en una opción particular se generarían nuevas distinciones que facilitarían el cambio y la adaptación al nuevo contexto o promesa de sentido”. (Naghi, 1985, pág. 58)

### **3.1.1.1 El proceso comunicativo detrás de la premisa del marketing social**

El marketing social puede generar campañas cuyos fines sean “sociales”, pero su centro en la ganancia (comercial o simbólica) de la organización, se superpone a la perspectiva orientada a la transformación social más sistemática. Sin mediar una valoración negativa, es fácil distinguir el tipo de acciones de bien público que realizan empresas en el marco del ejercicio de su responsabilidad social: en su mayoría transformaciones acotadas (temática o localmente) con el fin de connotar un cambio efectivo fácilmente mensurable, o bien, cuyo valor radica en fortalecer algún principio que puede estar coligado a una determinada actividad: campañas de uso del cinturón de seguridad realizadas por compañías automovilísticas, de desayuno inteligente por transnacionales de alimentación o de reducción de daños por el alcohol, realizadas por empresas cerveceras, entre otras.

El enfoque del producto o la idea social que se despliega usando estrategias de comercialización, pese a poner en evidencia la demanda como un eje central de su enfoque, no da cuenta de las complejas relaciones sociales en las que participan los destinatarios. Esto hace que la aplicación de marketing social en campañas de bien público sea funcional a contextos organizacionales que buscan ocupar un nicho en la discusión sobre la reproducción o cambio social. Dicho de otro modo, su alcance es limitado y se orienta a la observación de las audiencias como consumidores por sobre ciudadanos.

El desafío de instalar una comunicación pública de corte ciudadanista, reenvía a la preocupación de ciertas demandas éticas que interpela la construcción de las campañas, por sobre el beneficio o asertividad propia de una estrategia de comercialización. Esto no pone en entredicho las acciones de bien público que puedan desarrollar el sector privado por sobre las del Estado o la sociedad civil, sino más bien define un objetivo de la comunicación pública centrado bajo características propias de la intervención, en vectores más cercanos a la planificación y proyectología social.

Esta perspectiva crítica a la lógica del marketing no niega los avances que este paradigma ha traído para el mejor despliegue de las campañas. El auge del modelo de comercialización permitió fortalecer el uso de herramientas científicas para la delimitación de las audiencias como

también posiciona a la observación constante del proceso comunicativo, como un criterio a seguir.

Ambos aspectos son relevantes para cualquier iniciativa de bien público, porque denotan la importancia de la investigación para la eficacia y eficiencia de la iniciativa. Así, el conocimiento de los públicos a través de modelos cuali-cuantitativos acompañados de información secundaria, permiten configurar no sólo las necesidades del público sino también las características específicas que debería tener el producto social a comunicar; es por ello que dicho conocimiento se liga directamente con el testeado de la campaña y las decisiones comunicacionales sobre los dispositivos, canales y plan de medios más adecuados. Ya desplegada la estrategia, el marketing social ha fortalecido la noción del ajuste sistemático con miras a reducir los posibles ruidos, retroalimentar el proceso y restablecer el equilibrio del sistema comunicacional desplegado.

Si bien el marketing social aplicado a las comunicaciones de salud se ha convertido en un modelo de desarrollo consolidado y que ha orientado la ejecución de múltiples campañas, esta conceptualización ha sido observada desde múltiples críticas.

La primera de ellas tiene relación con la observación de las audiencias como un consumidor que opera racionalmente en un marco de

posibilidades. Dicha elección, análoga del mercado, se presupone racional y por lo tanto, susceptible de ser modificada en virtud de las características de la promesa comunicativa presente en la campaña estratégica. Este principio desconoce las implicancias que tiene un determinado entorno de recepción y cómo este incide en las condiciones del comportamiento.

Esto permite derivar la segunda crítica al modelo del marketing en campañas de prevención de salud. Frente a la idea de comercialización, se reconoce su viabilidad en la medida que sea posible de organizar un foco puesto en la innovación, por sobre los procesos sociales a desencadenar más allá del rédito inmediato. Esto implica que las campañas de mercadeo suelen ser más actitudes en el tiempo y con poca injerencia en ámbitos coligados no comerciales como la educación no formal,

Otro aspecto significativo que adolece el modelo es la configuración del sujeto por sobre el desarrollo de las comunidades. El modelo del marketing permanece dentro de una relación causal – línea donde la satisfacción de necesidades conlleva una generación de demanda particular. Dicho de otro modo, se trata de un principio rector el que el individuo es el agente principal de este nuevo tipo de consumo, y donde la estrategia del marketing responderá a la satisfacción en la medida que pueda sostener beneficios a largo plazo.

Esta perspectiva, por tanto, obvia el lugar que tiene el desarrollo de las comunidades, las competencias en red y el trabajo asociativo. Con ello el enfoque se caracteriza desde un ámbito de la elección individual por sobre el establecimiento de capacidades en territorios específicos, lo que aleja la respuesta entregada a la prevención sanitaria a aquellas acciones que permiten observar la prevención y promoción de la salud como factores de desarrollo endógeno o de intervención exógena en determinadas comunidades o sociedades.

El acceso oportuno a la información sanitaria y a los mecanismos preventivos se establece desde aquellas coordinaciones psico-cognitivas entendidas como demandas del bien público. En esta lógica de satisfacción de necesidades, su anclaje en el producto y por último las apropiaciones simbólicas que permiten mediaciones ecológicas y normativas del sujeto con su entorno, derivan desde una organización tecnoeconómica particular que oculta las condiciones ético- normativas de un modo de organización societal. Esto implica, por tanto, que en la medida que el marketing se focaliza en el sujeto y sus cambios, se desplaza la pregunta por la relación entre el sujeto, el cambio y la sociedad a partir de su configuración como derecho sanitario.

Esto es de central relevancia para la diversificar el concepto de demanda de salud en determinados grupos. El marketing social, al focalizarse el logro de la comunicación y en la incidencia de la imagen de la organización en dicho proceso, obvia el carácter complejo que implica la evaluación de necesidades. Al superar este esquema, la información deja de ser considerada como “la posibilidad de conocimiento” sobre un fenómeno, para dar paso a una exigencia de derechos establecida en la observación de la audiencia como ciudadanos. En este sentido, la promesa preventiva de la comunicación, se considera como una construcción colectiva de una agenda de intereses, donde la pregunta por la salud o por la enfermedad pasa a ser observada en las dimensiones propias del grupo. Así, el carácter político de la demanda sanitaria, por lo tanto, se sostiene en la definición que cada comunidad establece en perspectiva de su propio bien común y en los límites que culturalmente así se definen.



### **3.2 Orientaciones generales de los estudios de campañas: Modelos de comunicación y salud para la planeación estratégica.**

Aunque las campañas cuenten con criterios específicos provenientes de dimensiones más vinculadas a la pregunta por el desarrollo o bien, desde el emergente criterio del marketing social, lo cierto es que en tanto estrategia ésta se ampara desde diferentes modelos de comunicación y salud. Dichos modelos, más que referencias teóricas para el análisis, pertenecen al campo de la sistematización del conocimiento empírico sobre los procesos de planeación comunicacional.

En este sentido los modelos de comunicación y salud responden a una síntesis de experiencias relevantes que permiten observar formas generales por las cuales la intervención sanitaria ha recurrido a la comunicación, siendo la dimensión mediática uno de los elementos estructurantes de su desarrollo.

Una de las líneas de investigación es conocida como *Health Promotion* (Promoción de la salud), y “se define como el proceso a través del cual se habilita a la población para mejorar y aumentar su control sobre su salud” (Glanz & Rimer, 2005). Esta rama concentra a los investigadores de comunicación que se refieren al desarrollo, a la puesta en práctica y a la evaluación de las campañas de comunicación persuasiva, que tienen

por objeto para prevenir riesgos y promover salud pública (Kreps, Bonaguro&Query 1998: 3).

A partir de lo anterior, las teorías que Glanz, Rimmer y Viswanath agrupan en el nivel individual se enfocan en factores intrapersonales, es decir, aquellos que ocurren al interior del individuo o en su mente. Para estas autoras, “los factores intrapersonales incluyen el conocimiento, actitudes, creencias, motivación, autoconcepto, la historia del desarrollo, la experiencia pasada, y habilidades” (Glanz & Rimer, 2005, pág. 12). En este nivel destacan los modelos de las creencias en salud, de las etapas de cambio, del comportamiento planificado y del Proceso de Adopción de Precauciones.

Sobre el primero, Mosquera lo define como un modelo que “supone que las creencias de las personas influyen de manera significativa en las decisiones que adoptan en relación con la salud, influyendo en su susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad de la misma, los beneficios y las dificultades que le supone”. En ese sentido la posibilidad de cambio es vista como la emergencia de un estímulo frente al cual se produce un potencial cambio en la medida que este es capaz de establecer una compensación frente a las condiciones específicas que actúan de barrera a la prevención.

Así esta teoría establece que frente a la visibilización y toma de conciencia de la creencia se debe dar paso al establecimiento del grado de susceptibilidad o vulneración de tal manera que se movilice desde allí una acción favorable del cambio. Dicho de otro modo, se trata que el sujeto individualmente pueda orientar sus decisiones apropiándose de las medidas preventivas de tal manera que sustituyan el actuar anterior.

Desde un análisis de las campañas, el modelo de creencias se ha utilizado reiteradamente en la indagación sobre el grado de eficacia y eficiencia en estrategias como la percepción de riesgo del hábito tabáquico, de hábitos nutricionales, entre otros.

Por su parte, las teorías que analizan el comportamiento en materia de Salud en el nivel interpersonal asumen que los individuos existen dentro de un ambiente social (compuesto por familiares, colegas, amigos y pares profesionales) que influyen sobre ellos y que también se verán afectados por la acción del individuo.

De estos cuerpos teóricos se destaca la Teoría del Aprendizaje Social. Orientada a la configuración del sujeto a partir de sus relaciones sociales, indaga procesos interpersonales y en grupos primarios, incluyendo la familia, amigos, y los pares, que proporcionan la identidad

social, el apoyo, y la definición de rol. La Teoría de Aprendizaje Social pone en evidencia la importancia que los programas de comunicación en Salud deben incorporar estrategias de promoción de estilos de vida saludable con dos focos: el individuo y su entorno (físico y social)

Finalmente, en el nivel comunitario será posible encontrar tres enfoques, que centran su interés en tres elementos distintos. El primero de ellos se concentra en los ciudadanos, por lo que el fomento de la participación en los procesos que los afectan tiene un lugar relevante. El segundo está enfocado en los flujos de informaciones “novedosas”, en el marco de la teoría de la difusión de innovaciones. Ello considerando que esta característica imprimiría mayor velocidad a su difusión dentro de la sociedad o de una sociedad a otra. Finalmente, se encuentran las teorías de estudio de la comunicación como un proceso y que tratan de dilucidar cómo este puede afectar (positiva o negativamente) el cambio en el comportamiento humano.

La coexistencia de distintos referentes teóricos no sólo apunta a mirar los fenómenos de salud desde enfoques diferentes, sino también en diversos niveles de intervención. Esto hace imperativo generar una perspectiva que conjugue las miradas y permita diseñar intervenciones armónicas y más integral, dando cuenta así mejor de las dimensiones del fenómeno.

La promoción de la salud en nuestros días involucra mucho más que simplemente educar a los individuos en torno a prácticas saludables. Ello incluye esfuerzos por cambiar el comportamiento organizacional, así como el ambiente físico y social de las comunidades. Trata también de desarrollar y promover políticas en apoyo a la salud, tales como incentivos económicos. (Glanz, Rimmer, & Viswanath, 2008)

Para llevar a cabo esta tarea es necesario pensar la intervención en un espacio multinivel que conjugue la preocupación por sujeto, sus grupos primarios y las redes sociales. Por lo mismo, los estudiosos de la Comunicación para la Salud proponen que las campañas de promoción se diseñen considerando una perspectiva ecológica (*ecological perspective*). Esta aproximación al objeto de estudio que combina componentes conductuales y del entorno, suele ser más eficaz frente a un área como la salud, cuyas problemáticas tienen orígenes dispersos y repercusiones en distintas instancias de desarrollo de la vida. (McLeroy, Bibeau, A, & K., 1988)

Junto al ya citado modelo del marketing social, se han definido otros modos de construcción de campañas.

Uno de los más significativos es el modelo de PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005). Sus autores lo califican como un marco de referencia, no una teoría, esto porque “no predice ni explica los factores vinculados a los resultados de interés de los planificadores, pero ofrece un marco para identificar las estrategias de intervención que aludan a estos factores“. Estos factores son la predisposición, la habilitación y el refuerzo. La planificación de la campaña dependerá de la evaluación de estos tres factores considerando tanto el nivel individual como comunitario.

El enfoque de este modelo estará determinado por el desarrollo de estrategias de carácter educativas, con un fuerte énfasis en la planificación y entrenamiento de los profesionales facilitadores. Asimismo ahonda en la necesidad de la continuidad de procesos, reconociendo en ellos una serie de pasos que van desde la identificación de los problemas de salud hasta su evaluación a corto mediano y largo plazo. Tal como lo plantea Blank, reconociendo el carácter interconectado del modelo, se definen nueve fases: evaluación social, evaluación epidemiológica, evaluación del entorno y del comportamiento, evaluación educacional, evaluación administrativa y de políticas, implementación, evaluación de proceso, evaluación de impacto y evaluación de resultados (Blank, 2005). En estos dos últimos es pertinente el análisis de agenda y la mediatización cuando las campañas han sido diseñadas considerando la propuesta de Green

Así es posible considerar como un marco contextual que admite un abordaje de las actividades en educación para la salud desde una perspectiva de aprendizaje (Polaino-Lorente, 1987), un punto de vista culturalista, que aboga por la inclusión y el respeto de las variables culturales (Juárez y Encinas, 2003), y un enfoque radical (Tones, 2002), que defiende la inclusión de acciones transformadoras en los niveles individual, social y cultural.

Como es posible advertir en este modelo el desarrollo de la promoción de la salud se vincula directamente a las estrategias socioeducativas, desde donde es posible plantear la relación con la comunicación. En este sentido, el modelo apela hacia una construcción colectiva de significado, en la cual el planificador interviene desde las condiciones detectadas participativamente con la comunidad.

Otra alternativa de diseño es el denominado “modelo P”. Esta es una herramienta que guía paso a paso para el diseño, implementación y evaluación de los programas de Salud que contempla 5 etapas: (1) Análisis, (2) Diseño estratégico, (3) Desarrollo y Pretesteo, (4) Implementación y Monitoreo y (5) Evaluación y Replanificación. La particularidad de este proceso es que no es circular, sino que la última etapa “regresa” al punto donde se encuentran el primer y segundo paso.

Ello implica que los resultados obtenidos servirán para reformular el diseño estratégico o como insumos para el análisis de un nuevo plan.

Por último está el modelo COMBI, acrónimo del inglés *Communication for Behavioural Impact* (Comunicación para el Impacto Conductual). Los teóricos de COMBI identifican tres fases programáticas: (1) Planificación, (2) Ejecución y (3) Vigilancia y evaluación. Estas tres etapas mantienen la lógica de los modelos presentados anteriormente, aunque con ciertas diferencias en los factores que consideran determinantes para abordar el problema de salud. En el caso de COMBI, el énfasis está puesto en la movilización social.

La revisión bibliográfica que aquí es un breve resumen de algunas teorías o diseños de campañas que en modo alguno pretende ser exhaustivo. El fin es subrayar la importancia de desarrollar campañas de comunicación para la salud que no sólo se centren en la entrega de la información, sino en la creación de una conciencia (*awareness*) individual y social respecto al mejoramiento de la salud de la población y su consecuente impacto en su calidad de vida. Esto, según Szreter y Woolcock (2004: 663), no se logra a través de la inyección de recursos o inversión en tecnologías (que son necesarios, pero no resuelven *per se* el problema), sino por el reforzamiento de las redes sociales que potencien el eco del mensaje,



ayuden a su comprensión y lo refuercen y adapten a la realidad de cada comunidad. (Szreter & Woolcock, 2004)

### **3.3 Media advocay o la preocupación del contexto medial para el desarrollo de la comunicación pública sanitaria.**

Independientemente de las orientaciones teóricas y epistemológicas que se reconozcan, lo cierto es que no existe estudios sobre campañas de salud que no considere como un factor relevante el lugar que ocupa el periodismo y la cobertura que éste realiza de la comunicación pública preventiva. A este proceso recurrente Laurence Wallack denomina “Media Advocacy”, es decir, la capacidad con la que los gestores de campañas son capaces de impulsar un interés mediático sustantivo frente a un determinado tema de interés público (Wallack L. , 1994). A juicio de este autor, no existe posibilidad que existe una “cobertura responsable de los medios, sin que exista un media advocacy que oriente el trabajo periodístico”.

En este sentido, la aplicación del media advocacy tiene lugar como una estrategia que tiene una “fuerza significativa para influir en el debate público y que pone presión en los hacedores de políticas públicas, para incrementar la voz de las políticas de salud; en este sentido, incrementar la visibilidad de valores, personas y temas detrás de esa voz” ( Wallack, Dorfman, Jernigan, & Themba, 1993, pág. 2)

Lo anterior presupone que detrás de este proceso, se prefigura una configuración nueva tanto de las agendas de los medios como de los encuadres. Así, tanto a nivel experimental como desde el análisis posterior, la comunicación pública reconoce a través de este proceso una afectación intencional.

*“Es el uso estratégico de las noticias medios para avanzar en una iniciativa de política pública, a menudo en la cara de esa oposición. La promoción mediática busca desarrollar y formar (frames) de noticias e historias que construyen apoyo público políticas y en última instancia, influir en aquellos que tienen el poder de cambiar o conservar leyes, promulgar las políticas y las intervenciones que pueden influir en poblaciones enteras” (Chapman, 2001)*

Este tipo de enfoques de gestión y, por cierto, de evaluación, permiten despejar la relación entre la campaña como publicidad y la campaña como ámbito estratégico, que ve en otros agentes una capacidad de resonar en un contexto mayor y más proclive a las instrucciones preventivas propuestas.

Según Wallack y Dorfman, esto implica reconocer la multiplicidad de fuerzas que participan en la salud y que inciden en la decisión personal. Incluso, plantean que las estrategias centradas en solo los dispositivos

mediáticos cuentan con menos posibilidades efectivas, a mediano plazo, de lograr sus objetivos de cambio social.

El enfoque del media advocacy no desconoce que históricamente la gestión pública haya recurrido a los medios como coadyuvantes de su labor; más bien, este modelo observa a los medios como agentes decisivos capaces de generar entornos más proclives para el cuidado sanitario. Así, se cambia el foco de la brecha del conocimiento a la “brecha del poder”, donde el mejoramiento de la salud implica un mayor poder del entorno político más que adquirir un mayor conocimiento acerca de los comportamientos sanitarios” (Wallack, 421:1994)

A nivel de campañas, lo anterior permite considerar un ámbito emergente de investigaciones. Esto porque las campañas de salud que han incorporado una gestión de media advocacy, son relativamente recientes. Su auge radica en la presuposición que las campañas tradicionales no han podido sostener su eficacia y eficiencia en el tiempo, en virtud de una característica estrictamente autónoma, muy poco conectada con la práctica informativa legitimadora de realidad.

Wallack y Dorfmann plantean tres áreas críticas de las campañas de salud tradicionales. La primera, tiene relación con la focalización con el cambio personal. Para estos autores al estar centrada en el

comportamiento las campañas se ubican prioritariamente en las condiciones de riesgo que experimentan los sujetos, sin considerar el carácter multifactorial de éstas.

Este aspecto se relaciona con la necesidad de establecer un eje centrado en las capacidades de las comunidades, las que para estos autores reenvían a la posibilidad efectiva de cambio social. Finalmente, se establece que la política pública deberá hacerse cargo de las condiciones efectivas para desplegarse y tener algún tipo de incidencia en la vida cotidiana de las personas; así mientras los medios pueden generar dicho entorno, lo cierto es que “motivar a las personas para que consuman fruta o vegetales frescos donde no son disponibles, incluso si es exitosa (la campaña) en lograr la atención de la gente y motivarlos al cambio, no será posible mejorarles sus oportunidades de vida” (Wallack L. , 1994, pág. 392)

En este sentido, el media advocacy permite que estas tres dimensiones puedan orientar la gestión comunicacional poniendo un primer énfasis en la coordinación con el ejercicio periodístico por sobre el trabajo de la publicidad pagada. Esto, aunque no excluyente implica una dimensión más integral y favorecedora para la estrategia de prevención sanitaria. Para estos autores, el diseño de un trabajo con los medios informativos estará dado en múltiples, siendo los tres más relevantes el nivel de agenda setting, a través del cual se “provee legitimidad y credibilidad a

un tema a un grupo específico”; el modelamiento del debate público, en un contexto donde la labor de la comunicación pública sanitaria se establece para el desarrollo de nuevos discursos sobre la salud preventiva, enfatizando entre otros ámbitos los problemas generales como un mecanismo de relación con la política pública, definiendo nuevas aristas de la respuesta sanitaria, entre otras.

Finalmente, una posibilidad del media advocacy tiene relación con la gestión de la política y la anticipación de esta dentro del espacio mediático, con el objetivo de transformar el desarrollo de las acciones sanitarias preventivas como un tema permanente de agenda más allá del momento de campaña; con ello la gestión periodística le da una base recurrente de acción a las iniciativas futuras dentro de un programa comunicacional orientado a la prevención.

Esto sería, a juicio de Wallak y Dorfmann uno de los antecedentes exitosos de la reducción del consumo del tabaco en países industrializados durante los últimos 30 años. Citando las investigaciones de Hartmann y Johnsson en Estados Unidos, el media advocacy ha cumplido un rol sustantivo en el cambio cultural asociado al hábito tabáquico, así también en otras adicciones de drogas e incluso el consumo de alimentos altos en grasas o la reducción del daño por la tenencia de armas. En Nueva Zelanda similares aportes se han observado

en la legitimación de las políticas públicas anti alcohol de mediados de los 90.

En efecto la mayoría de las investigaciones de incidencia del media advocacy está asociada a logros tanto en la generación de capital social preventivo en comunidades específicas como en la generación de agenda mediática. Así en la medida que surge como estrategia de relación medial, se configura nuevas posibilidades de resonancia, siendo este el factor de incidencia en los entornos públicos y, por extensión, en la generación de bienes públicos sanitarios (Schooler, S, & Flora, 1996), siendo particularmente exitoso en la consolidación de la preocupación ciudadana sobre la política públicas, la gestión social y el rol del liderazgos público y comunitario en la promoción y prevención de salud.

La importancia de establecer modelos de comunicación pública no radica en cuál esquema es el que prima, sino en la forma como la comunicación se convierte en un eje estratégico de la corporación pública en temas como la interacción hacia la comunidad, canales eficientes de información dentro de y con públicos externos, normas de calidad, la rendición de cuentas y la transparencia administrativa, elementos todos que reivindican el papel de la comunicación como un bien al servicio de lo público y del interés general.

Sin embargo, este acercamiento no da cuenta de las preocupaciones fundamentales que tuvieron las investigaciones clásicas en comunicación: esto es, la exposición de las personas a los mensajes transmitidos por los medios de comunicación masivos. La frecuencia e intensidad con que los medios de comunicación masivos reproducen los mensajes es capital a la hora de dilucidar en qué nivel los sujetos integran estos mensajes, influyendo en sus creencias y comportamientos.

Por ello, la reiteración de información no debe ser confundida con la capacidad de generar una comunicación que tenga efectos concretos en la población. Por ejemplo, para Zaller (1992), los mensajes tendrán menor efecto en las personas con mayor conciencia sobre el tema a tratar y con opiniones más formadas (Gwaisda 2001: 465). Este autor estudia el impacto de la publicidad vinculada a campañas políticas, que tienen un marcado enfoque a la persuasión del individuo para inducirlo a cierto comportamiento (votar por un candidato y no otro). Parks & Lloyd (2004: 4) enfatizan que el público más informado y las campañas publicitarias mejor planificadas no cumplirán con su objetivo si están más centradas en la información que en el cambio de conducta.

Los estudios concluyen que muchos programas o campañas aún centran su atención principalmente en la entrega de información, suponiendo que la cantidad de conocimiento es inmediatamente un aumento en la

conciencia de la gente y que esta modificará su conducta. Pero unas mayores informaciones, los afiches elaborados, las camisetas coloridas, los folletos lustrosos y las cuñas publicitarias llamativas en la televisión rara vez conducen, por sí mismos, a respuestas conductuales si no están orientados, justamente, hacia la conducta y el entorno social en que esta es escenifica.

Glanz y Rimer (2005: 30) sostienen que existen varias maneras por las cuales los mensajes de las comunicaciones sobre temas de salud pueden tener efectos sobre las creencias o las conductas de las personas. Así, establecen una clasificación según los tipos de audiencia y su grado de incorporación del mensaje. Así también distinguen entre tipo de aprendizaje (inmediato, posterior y generalizado) y tiempo de difusión de los mensajes (social o institucional). La diferencia entre los aprendizajes inmediatos y posteriores es, justamente, el espacio temporal de su realización. En cambio, el aprendizaje generalizado guarda relación con la operatividad que tienen los conceptos relacionados al mensaje. Los tipos de difusión difieren específicamente en el receptor objetivo: la difusión social apunta a gatillar una interacción entre los grupos sociales, en cambio la institucional busca generar respuestas en las instituciones públicas.

Las primeras dos categorías tienen lugar en el individuo, mientras que las tres últimas en los grupos o colectivos. Es en estas últimas tres, o sea



en el universo de lo colectivo o público, es que la construcción de agenda noticiosa reviste una importancia significativa al momento de relevar o no el objeto de las campañas, cualquiera sea las formas que esta visibilización adopte (crítica, pesquisa, profundización, etc.). Gwiasda (2001: 465) sostiene que “la cobertura mediática de una publicidad y su contenido pueden influir sobre el público durante una campaña. Será más factible que esto ocurra cuando la publicidad en sí misma es vista como un evento nuevo y dramático, lo que le reportará la atención del público tanto directamente por ver el anuncio como indirectamente, a través de la atención mediática adicional que recibe.”

### **3.4 Medios y campañas: tendencias generales en los estudios de cobertura periodística.**

El análisis de la cobertura periodística se ha configurado como una dimensión relevante del estudio de la salud en lo público, no solo por una exigencia ética, sino en términos de una adecuación directa entre la función social de la prensa y los mecanismos desarrollados entorno a la configuración de lo público- sanitario. Como se apreciará en los apartados posteriores, este eje establece una de las condiciones dinámicas de lo que podemos observar como mediatización de los objetos asociados a las campañas y, a su vez, de su incidencia como agente de las posibilidades de articulación entre el Estado, la ciudadanía y el mercado en la pregunta por el bien público en salud.

Visto así, la comunicación pública sobre la salud ha adquirido progresiva relevancia en el Mundo y América Latina. Amparado por los nuevos sentidos del bienestar y el buen vivir, no han sido pocas las investigaciones que han asociado el posicionamiento de estos temas, en el marco de la especialización periodística en los temas de salud. De esta manera, una de las condiciones contextuales relevantes y que permite situar el problema de la relación medios y tematización, está asociado directamente a las condiciones específicas de un mercado emergente de informaciones sobre tópicos sanitarios, más transversales y sistemáticos cuando estos tienen una incidencia en lo que es posible de agrupar como tendencias de calidad de vida.

Esto, que tiene como principal referencia aquellos estudios asociados al posicionamiento temático de determinados procesos, enfermedades, condiciones sanitarias o determinantes de salud, tiende a registrar cuantitativamente la preminencia del objeto de estudios en la pauta. El ejemplo más sistemático de este tipo de investigaciones se encuentra en los informes Quiral de la fundación Vila Casas (Fundación Vila-Casas, 2000 - 2015)

La apertura de los estudios de medios y las coberturas de salud también tienen una fuerte presencia en términos más procesuales asociados directamente a las construcciones de agenda. Acá el objeto pasa a ser las decisiones editoriales y cómo se establecen las posibilidades de

tematización, consistentes con el desarrollo histórico de la teoría de setting y building. Este tipo de investigaciones, cuyo corte tradicional es de carácter cuantitativo, han permitido establecer las condiciones sobre las cuales se establecen órdenes de importancia relativa al interior del espacio mediático, su relación con la opinión pública y la construcción política de la comunicación pública. (Viswanath K, 2008); (Ugarte, Menéndez, & U, 2009); (Aiestaran, Camacho, & Ronco, 2014)

A ellas se les vinculan los estudios de framing y de rutinas periodísticas donde el abordaje de la pregunta de la salud tiene relación con el actuar de los gatekeepers y la selección de los marcos, tanto personales, institucionales y culturales que participan en la selección, codificación e interpretación de la cobertura.

Las críticas principales a los estudios de agenda setting y building apuntan a que los análisis basados en estos cuerpos teóricos suelen considerar los procesos al interior de los medios y no las afectaciones existentes, aislando el estudio del contenido de la producción estratégica de la campaña. Dicha ausencia es parte del aporte que la presente investigación pretende hacerse cargo.

La demanda por la observación de las coberturas mediáticas hacia ámbitos más complejos como los relacionales de agendas, también

permitieron establecer orientaciones sobre la incidencia de los actores de la comunicación, en tanto gatekeepers. Con ello, la pregunta por el especialista, sus rutinas y modos de selección u organización, se previeron como variables sustantivas en el estudio de la comunicación pública. Los estudios de frames reforzaron este registro al momento de vincular la relación desde el sujeto que observa, describe e informa, su anclaje en un dominio profesional – laboral particular, y las posibilidades de sentido desde las condiciones de recepciones de la audiencia.

Otra tendencia recurrente del trabajo de medios y cobertura de temas de salud, tiene que ver con las representaciones sobre los conceptos y sus extensiones de salud y enfermedad. Amparándose en el desarrollo de ideas ancladas en la psicología social, este tipo de investigaciones abordan como principio rector una noción constructivista sobre el lugar del newsmaking en términos que a través de los dispositivos periodísticos se establecen posibilidades de sentido fijadas desde las condiciones específicas del lenguaje, sea este escrito o visual.

Por ello, existe una tendencia a asociar directamente a las campañas tanto con un análisis estructural, a partir de las correlaciones que existen a nivel de la composición narrativa, como desde el estudio semiótico particularmente a nivel de la imagen publicitaria. Los estudios que se aproximan a estas líneas ahondan en las definiciones simbólicas como

propuestas de sentido en algunos casos manifiestas, en otros latentes, sobre el mensaje

A su vez, cuando se apela a la recepción como lo es la publicitaria y sus condiciones culturales específicas, se recupera la relación con los procesos perceptivos y cómo, desde allí, es posible generar un conocimiento sobre el cambio de creencias y los modos de aprendizaje, particularmente desde un principio cognitivo.

Este tipo de investigaciones se basan en perspectivas críticas del discurso, donde la salud y la enfermedad son indagadas desde los enclaves de la reproducción del poder, ya sea a través de estereotipos, asociaciones temáticas, entre otros. En este sentido las investigaciones se enfocan hacia las dimensiones ideológicas y políticas que sostienen determinada presencia en el espacio mediático. Las principales influencias en este tipo de estudios están dadas por la aplicación del modelo de ACD de Van Dijk, las aproximaciones sobre biopolítica foucaultiana y los estudios culturales.

En América Latina las campañas y su relación con los medios tienen también una herencia a partir de las iniciativas de intervención social y el carácter socialcomunitario de la educación no formal. Tal como lo plantea Waissbor y Petracci, ha sido esta tradición uno de los ejes más

explorados y desarrollados, donde los medios tienden a ser observados como plataformas específicas para el desarrollo de iniciativas particulares, siendo por tanto experiencias de reappropriación del componente mediático por sobre la incidencia de un agente por sobre otro.

Esto ha podido ser analizado, por ejemplo, en experiencias de prevención sanitaria en comunidades a partir del uso de la radio o la televisión locales. También incluyen iniciativas particulares a través de modelos de redes e incluso en experiencias innovadoras de carácter periodístico, donde se contemplan los proyectos de periodismo cívico o ciudadano realizadas en Perú o en Colombia.

En este último tipo de intervenciones, la cobertura se fusiona con la campaña siendo una estrategia informativa directa el desarrollo de acciones comunicacionales que incidan en el entorno. Con ello el objeto de análisis, es decir, el actuar de los medios a partir de la comunicación de salud, pasa a ser una variable de toda la estrategia sanitaria y a través de ella, es decir, directamente desde el tipo de cobertura y tratamiento, se relaciona las condiciones de efectividad y eficacia de la propuesta de prevención y/o promoción.

### **3.5 Cobertura medial y Campañas: principales hallazgos en la investigación aplicada.**

El análisis de las campañas y sus coberturas en los medios, en tanto objeto doble de estudio, han ido a la par en su desarrollo, en la medida que la mediatización contemporánea ha ocupado gran parte de la vida cotidiana, y, por otro lado, en mismo espacio mediático se configuró un lugar de la comunicación pública de manera más profesional y sistemática.

Este escenario, además, se ve determinado por las condiciones en las cuales surge la pregunta por la salud en los medios, existiendo una tendencia a la medicalización de la cobertura de la ciencia tras la segunda guerra mundial (Bauer, 1998). En efecto Investigaciones del Pew Center establecen que Estados Unidos 8 noticias estuvieron dentro de los 80 principales temas de agenda en todas las plataformas, durante 2007.

Dentro de una noción antropológica, el paradigma biomédico responde a una noción de biosocialidad, es decir, una condición temporal donde la explicación de lo contemporáneo está marcada por aquello que ocurre en la investigación médica y sus avances, configurando desde allí jerarquías de valores en lo social y en las concepciones de la humanidad y lo humano (Fishman, Mamo, Shim, Clarke, & Fosket, 2003).

Las investigaciones de características propias de los estudios culturales, así como las de la sociología del cuerpo y la antropología de la salud, según Briggs, establecen criterios donde se observa a la comunicación periodística sobre la salud como un espacio en disputa. En este sentido, las investigaciones de estas corrientes tienen a observar como supuesto de investigación, una distorsión entre aquello que emerge del lenguaje científico o epidemiológico, en vez de una mediatización de este, es decir, una conceptualización autónoma dentro de nuevos criterios propios de lo periodístico.

Hallin y Briggs establecen que si asumimos que la comprensión general de la salud tiene sus propias lógicas y significado, entonces el papel del periodista de mediar entre médicos, el discurso científico, la política sanitaria, y la audiencia, pueden ser conceptualizados de una manera menos desdeñosa. Al respecto afirman:

"(existiría) un sesgo de despersonalización; nuestra investigación sugiere que los periodistas suelen aceptar los mismos puntos de vista lineales del flujo de información de salud, que hemos esbozado aquí, y que las aparentes 'distorsiones' pueden ser resultado de privilegiar perspectivas administrativas a expensas de buscar en serio en la experiencia y la comprensión general"

(Hallin & Briggs, 2015)



Los autores plantean que las narraciones periodísticas, al ser observadas solo de su potencial desviación de los conceptos y lenguajes propios de la ciencia, la política o la epidemiología, desconocen el rol actual de los medios en la producción de conocimiento y la cultura; como tampoco su potencial contribución a la movilización y educación popular.

Para Hallin y Briggs, entonces, una perspectiva de análisis sobre los medios es cómo es posible confrontar una comunicación científica en un campo -dentro de una concepción bourdeana del término- propio de lo público. Es decir, la concepción de campo, establece el grado de complejidad presente en estos principios. Esto implica no solo la observación de cómo el campo periodístico se organiza en torno a esta complejidad, sino en su relación dinámica con el espacio de lo biomédico.

En este sentido, las campañas al emerger dentro del espacio público altamente mediatizado, permiten generar críticamente una observación incluso de sus mismas condiciones de incidencia. Es decir, más allá de los efectos directos de la exposición de las audiencias a las campañas, su mediatización permite considerar un efecto indirecto en la cobertura de los medios y, particularmente de las informaciones asociadas temporalmente a ellas ( (Fan, 2002)); (Hornik, 2002); (M., Flay, M., & Giovino, 2003)

En investigaciones asociadas a la prevención del tabaco se ha comprobado que la cobertura periodística de las campañas favorece la conversación interpersonal sobre las condiciones del cuidado e indirectamente, lo cual presenta indicios de haber favorecido la reducción de inicio temprano de dicha adicción. Esto es consistente con las condiciones relativas de incidencia de los medios y las campañas políticas tradicionalmente configuradas desde Lazarsfeld por la academia norteamericana. (McCombs & Shaw, 1972, 1993; Wakefield et al., 2003),

Asimismo, los efectos en poblaciones específicas, en estudios sobre exposición mediática han comprobado el efecto de la mediatización para el cambio social preventivo en social. Existiría entonces una correlación entre cobertura y posibilidades efectivas de la población para su cuidado sanitario. En dicho eje, entonces, encontramos el carácter constructivo de la prensa en la generación de bienes públicos en salud. (Niederdeppe, Farrelly, Thomas, Wenter, & Weitzenkamp, 2007)

Por otra parte, la mayoría de investigaciones reconocen que, de manera directa, existe un escaso nivel de consumo de la campaña. A partir de presupuestos limitados, espacios de circulación comunicacional focalizados y tiempos predefinidos – incluso sin cuestionar la pertinencia de dichas decisiones – lo cierto es que las campañas no promoverían una motivación previa por el mensaje preventivo; solo a través de la

mediatización, se considera posible una discusión pública sobre la prevención y promoción sanitaria.

En similar línea O' Keefe, Boyd y Brown establecerían que ya a fines de la década de los 90, para el público consumidor habitual de contenidos preventivos en salud, decían responder que la prensa impresa era la principal fuente en términos de valoraciones positivas por sobre la televisión o los encuentros interpersonales (O'keefe, H.H, & Brown, 1998) . En un contexto de crecimiento de internet, si bien el acceso de información ha aumentado y es unas prácticas habituales de búsqueda, el periodismo escrito mantiene un alto grado de confianza en términos de la verosimilitud de la información preventiva publicada.

A partir de diversas investigaciones, que incluyen campañas políticas, Leighley establece que en general las coberturas no permiten establecer una relación directa con los temas preventivos. En este sentido, existirían temas de campañas derivados, los cuales “son solo creados en el contexto de la campaña, no porque tengan algún inherente relevancia en política pública”.

Esto para Ridout y Smith está sobre la base de un tipo de estrategia periodística delimitada por la noción de controversia, lo cual no solo se traduce en la cuestionada *Horse Racing* –tipo de cobertura asociada al

golpe informativo y el seguimiento masivo a una fuente -, sino también en procesos informativos de baja intensidad. La razón para dicha tendencia estaría dada a partir de un criterio de atracción inmediato el cual permitiría ampliar las audiencias por edición rentabilizando así las condiciones del mercado informativo para la captación de avisaje (Kaniis, 1991)

A su vez, Signorelli (1993) estableció que en las coberturas de los temas sanitarios existe una sobredimensión de las fuentes estrictamente políticas dentro del espectro sanitario, quienes actuarían como una elite informativa desde donde se construye el sentido informativo de los temas sanitarios. (Signorelli, 1993)

Esto se extendería incluso en aquellos temas de cobertura de mayor resonancia contemporánea, como el cáncer de mamas o las enfermedades emergentes, donde la falta de contexto, las perspectivas políticas ni la educación ciudadana, están presentes en aquellas coberturas que orientadas a las decisiones de salud personal o a la participación de manera significativa en el debate público sobre el cáncer.

Estos elementos generales de la cobertura mediática se extenderían a escenarios diversos incluso en situaciones de riesgo o crisis sanitarias. En ellos, el carácter episódico del ciclo informativo se mantendría pese a la emergencia del tema y ante todo, favorecería una coordinación entre

las diversas agendas de los distintos medios, en un tiempo dado. (Dudo, Dahlstrom, & Brossard, 2007))

Una de los hallazgos relevantes de las investigaciones en cobertura tiene que ver con el ámbito de resonancia que establece la mediatización de la comunicación pública, incluso en contextos adversos. En este sentido, la publicación de controversias no necesariamente implicaría una construcción de encuadres negativos sobre los objetos sanitarios. Esto, analizado desde el campo político, es para Burden un ejemplo de la necesidad de establecer una discusión sustantiva sobre el lugar de las malas noticias o la mala prensa. Para este autor, la gestación de un clima de opinión basado en la contraposición de ideas – como ocurre en temas valóricos – puede incidir en el aumento de atención sobre el tema en agenda.



## **Capítulo 4. Marco teórico –epistemológico.**





## **4.1 La producción social de lo público desde la comunicación**

### **4.1.1 Implicancias históricas de la construcción de lo público – mediático**

La configuración de la prensa en términos institucionales mediadores, reconoce una condición dinámica entorno a los grados o posibles niveles de análisis sobre su propio proceso de diferenciación. Desde la emergencia de la imprenta donde las voces particulares podrían ser divulgadas, se establecieron mecanismos de control sobre aquella emergencia de un nuevo sentido del lugar del sujeto en la configuración política de la modernidad.

Esta relación entre la configuración epocal y una racionalidad basada en la gestación de una publicidad burguesa, es según Habermas, los dos ejes estructurantes del surgimiento de lo que denominará esfera pública. (Habermas, Historia y crítica de la opinión pública. La transformación estructural de la vida., 1981)

Como tal implica un desplazamiento de las formas habituales de experimentar lo político en la medida que la ciudad –entendida como el nuevo modo de vivir la cotidianidad en las sociedades complejas–,

permitía no solo la observación de las expresiones del soberano sino la interacción efectiva de los sujetos frente al control gubernamental.

Esta expansión, según Habermas se planteó desde la nueva configuración de lo privado. La delimitación permitió que dentro de la primera modernidad se reconfigurasen las extensiones del uso del espacio, configurando no solo una posibilidad de uso con respecto al territorio sino generar una racionalidad donde lo público emergía como la posibilidad del debate, disenso y posteriormente deliberación dentro de un orden societal.

Con el proceso de autonomización de los diferentes campos del conocer se establece un desplazamiento de las condiciones propias de aquello que implica la legitimación del poder. Así, la racionalidad expresada en el dominio de lo científico y la figura autoral propia del campo del arte, establecieron una posibilidad de aumentar las condiciones decisionales sobre el mundo a partir de una nueva comprensión de la experiencia humana.

De esta manera, lo público será visto como un lugar donde la nueva publicidad burguesa establece un régimen de poder – saber sobre el cual los diversos especialistas convergerán en un espacio común de interrelación social, que orienta no solo la reproducción específica de

sus esferas sino no también ordena y controla a la misma sociedad. En él, la vida cotidiana se despliega.

“Por espacio público entendemos un ámbito de nuestra vida social en el que se puede construir la opinión pública”. (Boladeras Cucurella, 2001, pág. 53)

Con ello la facticidad de lo político queda de manifiesto en el acto mismo de la convergencia de actores. Esta construcción dialógica de lo público, a partir de una racionalidad delimitada por el encuentro y la generación de un sentido en común (el consenso habermasiano) establece la dimensión constitutiva del eje público / político.

No existirá, en Habermas una opinión pública si esta no se vuelca en un espacio de observación racional de lo común. Este resultado, por tanto, es la clave del régimen democrático de modernidad post ilustración y, ante todo, el carácter de sujeción que el público (en lo público) puede realizar frente al Estado.

Con ello, la racionalidad comunicativa establece dicha garantía democrática al situar, dentro de un carácter político, la relación que pueda subyacer desde la praxis con objetos orientados desde la intencionalidad y condición estratégica del actuar del estado. Dicho de

otro modo, la configuración política de lo público recaerá en la instancia legitimadora de la experiencia de la vida de los sujetos, de aquel dominio intersubjetivo donde su opinión emerge como anclaje de cotidiano del actuar del poder.

*“Cuando el ejercicio del dominio político se subordina efectivamente a la demanda pública democrática, logra el espacio público político una influencia institucional en el gobierno por la vía del cuerpo legislativo. El título opinión pública tiene que ver con tareas de crítica y de control, que el público de los ciudadanos de un estado ejercen de manera informal (y también de manera formal en las elecciones periódicas) frente al dominio estatalmente organizado”* (Habermas, Facticidad y Validez: Sobre el derecho y el estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso, 1998)

La constante pregunta habermasiana por la racionalidad puesta en la acción, es una pregunta articuladora con respecto a la trayectoria moderna y su institucionalización. Tal como se explicó en los apartados anteriores, la prensa ha sido constitutiva en la consolidación moderna y postindustrial de este devenir.

Más allá de las condiciones de operación posibles, el mero hecho de establecer una tecnología como parte de una condición epocal, es posible

advertir cómo el periodismo y su ocupación mediática ha estado en la base del desarrollo del pensamiento sobre lo público en Occidente.

Retomando las lecciones de quien fuese el mayor y reconocido expositor de un paradigma determinista tecnológico, Marshall McLuhan, es posible analizar las relaciones entre la participación de un medio y las condiciones específicas por las cuales la sociedad ha encontrado una ruta para explicar su devenir. (McLuhan, 1996)

Si para Habermas la emergencia de la publicidad fue un eje gravitante en la explicación del estado y la configuración de lo público como espacio de ejercicio de la soberanía, releendo a McLuhann esto sólo podría ocupar un lugar de lo posible por la extensión de la imprenta en el proyecto iluminista.

Esto implicará reconocer que la extensión sensorial propuesta por el autor canadiense, es a su vez un mecanismo a través del cual se configura una posibilidad de percepción del mundo. Dicha perspectiva, a su vez, abre las alternativas para que el desarrollo de una racionalidad común que vaya más allá del contenido explícito expuesto en el medio, sino explicativo desde la extensión que este tiene en la configuración de lo social.

Así, la lectura favoreció el desarrollo de una acumulación de conocimiento en la medida que la relación ojo – papel, desplazó el uso sensorial de la vista – oído. Este acto reforzó además el lugar de un acto reflexivo individual que exponía al sujeto como un lugar artífice del proceso de conocer, sin un alter mediador.

El desarrollo burgués de esta tecnología estableció la posibilidad que las burocracias estatales crecieran y que el lugar del conocimiento quedase instaurado como un patrimonio instrumental para las sociedades occidentales. Al estar disponible, la palabra impresa favoreció que la selección de aquello que podía superar la distancia temporal creciera exponencialmente y, con ello, favoreciese la emergencia de un lugar de lo público altamente determinado por el uso de lo simbólico en la vida cotidiana.

La preminencia de la tecnología extendió rápidamente la posibilidad de la ocupación de la palabra por múltiples actores. Frente un mayor número de personas lectoras, el conocimiento permitió que este comenzase un proceso de desconcentración, entendido en ese momento como la posibilidad de fijar y portar el libro, de tal manera que su uso y consumo se de manera privada y que, a su vez, abre la alternativa de conservar intergeneracionalmente un mayor número y formas de saberes.

Con ello, la imprenta y el surgimiento de la racionalidad moderna solo son posibles en la medida que ambas establecen el nuevo orden de las sociedades complejas industriales. Este proceso que se inicia a contar del siglo XVI en Europa, en América Latina y en particular en Chile, a contar del siglo XIX.

La autonomización de las esferas que plantea Habermas se dan en este continente solo en la medida que la organización política configura la posibilidad republicana. La prensa ocupa un rol fundacional de los gobiernos independientes de tal manera configuran el lugar de lo público a partir de la disputa nacional del proyecto ilustrado.

La inserción de la prensa como parte de este campo cultural emergente está directamente vinculada a la institucionalización del régimen republicano. El primer periódico de pretensiones nacionales (si bien no en su cobertura, pero sí en términos de su lugar político) fue La Aurora de Chile, editada por el sacerdote Camilo Henríquez. Y el Diario el Mercurio, el más antiguo de América en circulación, se inaugura en 1827 en la ciudad de Valparaíso. Con él se funda, además, la prensa mercantil en Chile.

Subercaseaux plantea que en 1840 aumenta progresivamente la industria editorial ligada a la aplicación de los públicos. Con ello se

establece tres niveles de ejercicio periodístico, el comercial, el estatal o para estatal, y el eclesiástico. Hacia 1880 ya existían 36 periódicos, un aumento sostenido a partir también de la ampliación de su consumo vinculado al aumento de las clases medias y el acceso a la lectura por parte de la población. En efecto, ya para 1875 en el país uno de cada cuatro chilenos sabía leer y escribir y al cambio de siglo, dicha cantidad se aproxima al 40%. (Subercaseaux, 2000)

La centuria siguiente mantuvo este predominio de la prensa no solo en el volumen de medios impresos disponibles, sino también en la diversificación temática. La literatura periodística de nicho se consolida, el periodismo ilustrado logra una preponderancia y comienza a surgir un ethos profesional autónomo. Sociedades de linotipistas, periodistas, fotógrafos, entre otros, conforman dicho espacio de desarrollo del campo, que se consolida con el reconocimiento del estatus universitario de la formación profesional, con la creación de la carrera de periodismo en las universidades tradicionales chilenas y su inserción en la ley superior de enseñanza como estudio de nivel terciario.

El lugar del periodismo se transforma en el elemento central de esta nueva configuración del especialista. Pensando en un contexto histórico, la especialización y la configuración de lo periodístico recorren en paralelo a la emergencia de los medios industrializados. La diferenciación de la publicidad burguesa y la consolidación de los principios liberales,



establecieron mayores grados de autonomía de las imprentas a contar del siglo XIX.

Con ello, la circulación de informaciones se estableció como un bien particular, que participaba del mercado más allá de la antigua adscripción de los ciudadanos a la prensa por motivos ideológicos, culturales o religiosos. La prensa industrializada, altamente diferenciada de los anteriores modos de producción, adquirió las condiciones específicas como un agente particular que incidiera en las condiciones propias que surgieran en lo público.

La configuración mediática del siglo XIX y XX, estableció que las posibilidades de interdependencia se organizaran entorno a una tríada de afectaciones, que generan posibilidades dinámicas de desplazamiento, jerarquía o relevancia según el contexto de producción que sea analizado.

En primer término, la consolidación de un eje marcado por la aceleración capitalista marcada por el aumento de los bienes de consumo y la ampliación de los mercados hacia los sectores proletarios. Dicha situación derivó en la emergencia de la publicidad cuya extensión debía estar sujeta a la amplitud de las audiencias, particularmente de la prensa.

Esta posibilidad del mercado, estableció no solo una nueva institucionalización de la prensa sino nuevas formas de organización que continúan durante todo el siglo XX y XXI. Un espacio de lo impreso marcado por la información periodística, de alta circulación, de venta individual o suscripción y con presencia de espacios publicitarios distinguidos de la producción profesional autónoma.

Por otra parte, esta triada fijó las condiciones de participación con el poder y particularmente con lo político. Mientras la prensa de la primera modernidad estaba altamente tutelada por la adscripción partidista, gubernamental o religiosa, la expansión industrial –al modificar la dependencia de mercado al eje ciudadanos –mercado- situó una posibilidad de relación diferente con las instituciones propias del poder político.

Esto, en opinión de Álvarez Teijeiro tuvo consecuencias relevantes para comprender el carácter ético deontológico de la próxima consolidación del sujeto periodista. Asimismo implicó una observación de la prensa como un agente que, si bien podría depender sus propias distinciones al actuar, generó nuevas condiciones de borde frente a ese “lugar otro” asignado en esta nueva organización societal. Dicho de otra manera, el surgimiento del periodismo profesional fue una respuesta a los mecanismos de relación que se establecieron con el nuevo régimen

constitucional, garantista de derechos, con distribución de los poderes públicos y con ampliación del régimen democrático universal.

## **4.2 Operatorias que configuran la función social del periodismo.**

La capacidad de observación de los medios a través de su propio operar, generó una relación con su propio tercer vértice: la ciudadanía. Tal como lo planteaba tempranamente Lippmann, el periodismo industrializado deberá re-conocer a una audiencia ya sea como consumidor o bien como ciudadano. En la ampliación de los públicos, primer esfuerzo liberal para consolidar la institucionalización mediática, el repertorio periodístico se centró en el desarrollo de la divulgación de informaciones, donde la construcción de otros relatos quedaba circunscrito a lo que hoy se plantea como publicación de nicho.

Así el periodismo recurre a una operatoria basal con la cual debe definir constantemente la selección de acontecimientos. En sentido los criterios de noticiabilidad, la preminencia de la fuente, el rol de vigilancia o la denuncia se fueron conformando en mecanismos de definición donde no solo se configuran aquello que se entenderá por el contenido periodístico, sino ante todo, establecerá un reporte sobre cómo situar el lugar del ciudadano en dicha capacidad de observación.

En este sentido, el debate entre Lippmann y Dewey (Alvarez Teijeiro, 1999) dará pistas sobre cómo será el devenir del desarrollo periodístico durante la centuria. El eje de Lippmann establecerá que frente al mundo de las impresiones y sentido común del ciudadano, el desarrollo periodístico debería orientarse a la formación de un especialista que insumirá, con el mayor distanciamiento posible, a los tomadores de decisiones. Con ello, el periodismo ocuparía un rol técnico y modulador de informaciones tanto para un público general como al mismo tiempo para una elite.

El modelo Lippmaniano permitió el rápido desarrollo de la prensa centrada en la información y estableció los criterios de imparcialidad y pretensión de objetividad que, hasta el día de hoy, los cuerpos deontológicos del periodismo reconocen como ejes rectores de la libertad de prensa.

Por oposición, el pensamiento Dewey establecía un contrapunto liberal progresista. Si bien los principios de autonomía le son reconocidos en tanto respuesta a la mayor complejidad social, Dewey planteaba una función que fuese más allá de la intermediación operativa que establece Lippmann. La democracia, que también apelaba a la ampliación de la ciudadanía, requería que la deliberación pública se concretase a través

de las emergentes instituciones mediáticas. Así, con independencia de la estructura propietaria, Dewey plantea que la prensa tiene un imperativo de reconocer su lugar de incidencia a partir de una deontología profesional. (Dewey, 1927)

Para ello, coincidente con la perspectiva de los efectos limitados Dewey reconocerá una función mediadora a partir de una exigencia pública: el fortalecimiento de la democracia a través de la circulación libre de informaciones bajo un criterio de polifonía de voces, distanciamiento pero compromiso con la participación ciudadana en los procesos de discusión y debate públicos.

Estos principios, más allá de su carácter ético normativo, establecen una posibilidad de rutinas y prácticas periodísticas que orientan a la observación constante por parte de la prensa, de aquel público que configura.

En efecto, la relación de lo público y lo publicable, aquella distinción efectiva de los medios frente a la posibilidad de autonomía ya reseñada desde el pensamiento de Habermas y de los autores liberales americanos, es reconocida en el concierto de la configuración de la noción de campo bourdieano.

Desde allí el lugar de la ética será vista como la configuración de la operatoria de los medios. Así el sentido de lo ético permitirá delimitar el relato posible que moviliza los capitales puestos en juego dentro de este campo, en términos de una lucha de poder que establece las condiciones para ser y parecer al interior de lo propiamente periodístico.

El carácter censor de lo ético, se desplaza entonces a un habitus periodístico que consolida y, por cierto, legitima las condiciones específicas de registro frente aquello que objeto de observación en el marco de los aconteceres externos. Para Bourdieu, por tanto el ligar de los criterios periodísticos establecerán la relación de apertura con respecto a aquellas instancias que participan de la posible “censura externa” o relaciones propias de los otros agentes -provenientes muchos ellos de campos- con los cuales interlocuta el periodismo. Visto de esta manera, el desarrollo del pensamiento bourdiano, establecerá en los modos de ser y hacer del periodismo la condición de relación sobre aquello que define lo público, en la medida que el rango de observación se sitúe en el interés de una ciudadanía. (Bourdieu, 1995)

La rol de la ética, por tanto, estará dado no solo para sostener los criterios de lo publicable en función de las necesidades de información y comunicación de una audiencia determinada, sino ante todo para la configuración y legitimación social de este subcampo periodístico. La preocupación deontológica de la prensa a su vez, permitirá limitar las

condiciones de borde de este campo frente a la emergencia de polos heterónomos, es decir, posibilidades de mayor o menor relación posible con otras operatorias más propias del campo del entretenimiento o susceptibles de reconfiguración desde el movimiento de otros capitales, como la televisión.

Para Bourdieu el desarrollo de las condiciones operatorias del periodismo, generará entonces un dominio particular societal, donde se estructurarán las condiciones específicas de aquello que será parte de lo massmediático. Con ello entonces gran parte de la sociedad contemporánea accederá a una alternativa de sentido de realidad, dentro de un campo estructurado y cuya relación con las audiencias legitimará o no el actuar de quienes incidan en dicha construcción de lo público.

Esta observación de las operatorias del periodismo, tanto en su dimensión ética pero también como procedimientos de reproducción del periodismo en las sociedades contemporáneas, será una pregunta constante dentro de los estudios de la prensa, tal como se constató en los capítulos precedentes.

Dicha relación, a su vez, estará delimitada por la expectativa de generar bienes comunes para la sociedad que acoge a los medios. La acción pública periodística imprimirá, desde esta posibilidad dinámica, una

perspectiva donde el consumidor es ante todo un ciudadano y como tal, demandante de unas instituciones que incidirán en las posibilidades de acceder a un dominio de derechos y deberes, es decir, de una alternativa democrática del vivir.



### **4.3 Orden, Medios de comunicación y organización de lo social desde el paradigma de los efectos limitados de la comunicación.**

La industrialización de los medios, a partir del siglo XIX trajo consigo el desarrollo la emergencia de una nueva relación entre la construcción de ciudadanía y la articulación de aquello que Habermas planteó como la esfera de lo público.

Esta respuesta, marcada por la pregunta por un orden societal, interpela las condiciones específicas de la conformación de la vida cotidiana en sociedades altamente diferenciadas. Dicho aumento de complejidad permitió una comprensión de los medios como instituciones, cuya orientación estaba dada por la satisfacción de necesidades organizadas.

Así los media emergen, desde la tradición de la mass communication research como un agente posible de expansión y configuración de la vida cotidiana, de tal manera que lugar en lo social implicaba no sólo una modulación posible sobre el carácter de la información sino ante todo, como una posibilidad explicativa del dominio de realidad en un contexto de menor intensidad de los contactos cara a cara.

Esta posibilidad funcional y estructural de los medios (Lazarsfeld & Merton, Comunicación de masas, gusto popular y acción social organizada, 1977) implica un temprano concepto de intermediación entre los sujetos y la sociedad a través este constructo. Así dentro de sus funciones manifiestas se explica la de integración, información, y educación.

Dicho de otra manera, la propuesta inicial del funcionalismo americano en el estudio de la prensa establecerá de manera pionera, el enclaje societal de la nueva industria mediática presuponiendo además una característica mediatizada en la producción social de un conocimiento puesto en común.

Lazarsfeld ya proponía, como respuesta las primeras aproximaciones de Lewin sobre los efectos, que la incidencia relativa de las instituciones mediáticas estaba determinada por las condiciones de recepción, es decir, por el contexto que organiza y controla las construcciones de sentido en una población dada. A través de sus hallazgos, que dieron paso a su divulgada teoría de los dos pasos, se pudo establecer de qué manera el comportamiento de voto no se establece de manera directa y unilinealmente desde la exposición al mensaje persuasivo, como tampoco a partir de la exposición a la cobertura y tratamiento de la campaña

realice el sistema de medios. (Lazarsfeld, Berelson, & Gaudet, *The People's Choice*, 1948)

Siguiendo a Lazarsfeld y Merton, es posible relacionar la emergencia de este nuevo espacio público con la institucionalización de los medios como agentes satisfactorios. Pese a que autores como Giddens planteará que es imposible relevar hoy al funcionalismo estructural (Giddens, 1995) cuestionando así el carácter ontológico del desplazamiento orgánico, sí es factible reconocer en este modelo una capacidad de articular un horizonte epistemológico dentro del emergente estudio científico de la comunicación.

Tal como plantea Otero (1991), el trabajo de Katz, Lazarsfeld y Berelson sentó las bases de una corriente teórico – epistemológica que operaría como un programa de investigación científica dentro de las ciencias de la comunicación. Recurriendo al falsacionismo sofisticado de Lakatos, Otero propone que los efectos limitados de los media establecen un núcleo desde el cual la serie de teorías derivadas de su cinturón protector constantemente son puestas a prueba.

Este régimen de observación ha demostrado su potencial heurístico y generativo a lo largo de todo el siglo XX y XXI, convirtiéndose una de las principales opciones para comprender el lugar de los medios y su lugar

en la sociedad contemporánea. Su organización como programa permitió desarrollar derivaciones donde la función de la prensa emerge como una pregunta posible, y estableció un registro sistemático de tres dimensiones de análisis: configuración, mediación, incidencia de y en lo público.

Esto, a su vez, tuvo una implicancia directa en la posibilidad de ubicar el lugar de los medios en las sociedades complejas. Así, mientras autores como Merton situaron la condición mediática apelando a las funciones y, por oposición, una serie de disfunciones, la derivación estructuralista del análisis medial relativizó su condición satisfactora centrándose principalmente en procesos dinámicos de su desarrollo.

En este sentido, los medios emergerán como un potencial estructurante de la sociedad contemporánea, pero cuyas definiciones estarán ancladas en las posibilidades activas de interrelación con otros agentes.

El estudio del impacto e influencia de los mensajes comunicacionales ha evolucionado en su concepción sobre el nivel e intensidad de esta interacción. Desde las *teorías de la aguja hipodérmica o de la bala*, que “presentaban a los medios inoculando mensajes a una audiencia que así quedaba inmunizada a la propaganda enemiga o narcotizada” (Sampedro 2000: 95), hasta modelos donde son los propios ciudadanos los que construyen el sentido de lo que observan en los medios, los estudios en

Comunicación han ido complejizando el proceso de interacción comunicativa y la circulación de los mensajes. En esta evolución se ha llegado a concluir que «las comunicaciones no median directamente el comportamiento explícito; más bien *tienden a influenciar la forma con la que el destinatario organiza su propia imagen del ambiente*» (Wolf 1987)

En el programa de investigación de los efectos limitados de los medios, aquello sobre lo que se incide estará determinado por variables intervinientes tanto a nivel de la recepción como de la producción de aquello que es distinguido e informado por los media. Factores como la memoria y biografía, ideología, sistemas de creencias o anclajes políticos, estarán a la base de este escenario de intermediación propuesto por el funcionalismo americano.

“El segundo programa (de los efectos limitados) está asociado a las investigaciones de Paul Lazarsfeld, Elihú Katz y Joseph Klapper, entre otros. En lo sustantivo, sostienen la operación de factores intermediadores entre los medios de comunicación y sus audiencias... Entre las hipótesis auxiliares el programa estaría la idea de selectividad exposición selectiva, percepción selectiva y atención selectiva. Otras serían la influencia del grupo primario, la función de los líderes intermediarios y las relaciones interpersonales” (Otero, 1991)

A este se le sumará, como parte de su cinturón protector, el desarrollo del trabajo de Katz en el modelo de usos y gratificaciones. Así, frente al programa de efectos limitados, la noción que los medios generan condiciones de satisfacción basada en el poder de agencia, estará como teoría auxiliar que acompaña la defensa de los principales elementos ya enunciados de aquel influjo parcial.

En este sentido las perspectivas de un proceso dinámico, permitirán establecer una derivación del estudio hacia un nuevo modelo paradigmático. Este responderá desde la misma pregunta de los efectos limitados a las dinámicas propias de interrelación, no solo con la audiencia, sino también con la complejidad social.

Esto para Nonik ha permitido que el desarrollo de la pregunta por los efectos pueda relacionarse progresiva y emergentemente hacia un modelo de coafectaciones. Dicho giro epistemológico implica asumir un carácter procesual y no solo análogo a la noción de causa efecto que tiene como impronta las primeras investigaciones de la mass communication research.

“Este programa sostiene la necesidad de comprender la influencia de los medios en una relación de mutua interdependencia con el sistemas social y la audiencia. En lo específico, los autores afirman que los medios

cumplen funciones de transmisión de información y que hay condiciones sociales en que en esa función se vuelve crucial, porque se incrementa la necesidad de información de las personas estas condiciones peculiares coincidirían con épocas de crisis social. En tales casos, se produciría un aumento del índice de dependencia de las personas respecto de los medios en tanto generadores de información. Como hipótesis auxiliares pueden identificarse las ideas de efectos cognitivos, cambios afectivos, activación y desactivación”. (Otero, 1991, pág. 38)

Sin embargo, la discusión planteada por Otero y Nosnik obvia el hecho que la pregunta por los efectos no solo reenvía a la relación de los medios con los públicos, sino con toda la complejidad social. En este sentido, la progresiva institucionalización de los medios de comunicación conllevará –a lo menos- la articulación de su propio operar con la de otras organizaciones e instituciones en un espacio, campo, o esfera. Y esto será visto como una dimensión pública.

A su vez, dentro del paradigma de los medios industrializados, emerge la distinción específica del potencial de observación que tienen del actuar de los otros agentes institucionales. Así, desde las primeras nociones del gatekeeper, lo cierto es que los medios de comunicación fueron configurando una serie de especialistas altamente adiestrados en la selección sobre el entorno.

Lo anterior implica ubicar a los medios – en la figura de Pintos (1998) – como observadores de primer orden: frente a la selección de hechos posibles de ser articulados como información, la prensa adquiere una función social altamente especializada para distinguir lo publicable a partir de categorías que devienen operativas. En dicha posibilidad de observación se genera, por oposición, una opacidad que caracteriza a aquello que no fue distinguido o bien, desde la configuración de lo que el llamará un imaginario.



## **4.4 Posicionamiento temático, encuadre y construcción de agenda mediática.**

### **4.4.1 Agenda setting.**

Desde fines de los 60, la preocupación por los efectos de los medios se orientó a identificar en qué condiciones y cuál es el alcance de dicho influjo. La masificación de la televisión y el creciente interés por la publicidad política, hizo que múltiples investigaciones retomasen la tradición de los estudios de campañas de Lazarsfeld y en análisis de contenido cuantitativo de medios. En este contexto surgió la agenda setting, de McCombs y Shaw (McCombs & Shaw, *The agenda setting. Function of mass media*, 1972).

El primer supuesto que establece este cuerpo teórico es el creciente poder de agencia que tienen los ciudadanos al momento de orientar su consumo de contenidos mediáticos. A diferencia de los modelos anteriores de los efectos limitados, los hallazgos realizados por las investigaciones de estos dos autores permitieron establecer una de las premisas fundamentales del estudio de agenda: El medio no decide por el público qué es lo que éste tiene que pensar u opinar sobre un hecho, aunque sí decida cuáles son las cuestiones que van a estar en el candelero o en la opinión pública. (Rodríguez, 2005)

Derivada de esta conclusión la teoría de la agenda setting planteará otros supuestos que se coligan al desarrollo del paradigma de los efectos limitados. Basándose al igual que Lazarsfeld de las ideas de la existencia de intereses mediados, la teoría de la agenda setting establecerá la existencia de múltiples gatekeepers encargados de la selección y al mismo tiempo de la porosidad que tengan las fronteras de decisión de los distintos medios u organizaciones que participen de la comunicación pública. Análoga a la figura del especialista, para McCombs, las decisiones de este agente estarán ancladas en las operatorias de las distintas agendas, y, por lo tanto, su lugar es subsidiario a las dinámicas de reproducción de éstas.

Por eso, para efectos de esta investigación es relevante la propuesta de la agenda setting al plantear la distinción entre agenda de los medios y la agenda política. Si bien sus resultados fueron situados desde el campo de las campañas políticas, el desarrollo de los estudios en el área permite aseverar que tiene un lugar en la comprensión e interpretación de los fenómenos asociados a la comunicación pública y su incidencia mediática.

En este sentido, la teoría de la agenda setting plantea la pregunta por la función y relación de los medios en un contexto social determinado. Desde una perspectiva dinámica, establecerán que los medios son capaces de distinguir temáticamente aquellos se observa desde la

campana. Dicho de otro modo, los primeros estudios de setting establecieron la importancia del contenido informativo como el resultado de un proceso de priorización de cobertura, donde aquello que se establece al interior de la información periódica es una jerarquización temática.

Esto, a su vez, permite establecer el carácter del influjo mediático sobre la potencial audiencia. Al igual que en los estudios de Lazarsfeld realizados dos décadas antes, los de McCombs permitirán decir que la audiencia establece priorizaciones frente a la campana, mediatizada por su mayor presencia e intensidad en los medios de comunicación. Con ello, la teoría de la agenda setting establece un nuevo repertorio de posibilidades ya no de la incidencia en el comportamiento de voto si no ante todo en las orientaciones referenciales sobre el mismo proceso de campana y por ende, de discusión pública.

La opinión pública, por tanto, surgirá desde un dominio de las posibilidades de poner en común ámbitos de conversación pública. Esto para McCombs permite señalar que pese a las opiniones divergentes frente a los diversos temas, en condiciones análogas de exposición y consumo de medios, los ciudadanos podían establecer escalas de interés, valoración y necesidad de estos, jerarquizándolos de similar manera.

Con ello, la teoría de la agenda setting, resituó el programa de los efectos en un eje relativo, donde la primera observación radica en la capacidad de los medios para re-organizar la información de tal manera que toda publicación periodística se traduce en una posibilidad interpretativa de un fenómeno que solo refiere en alguna dimensión al acontecer descrito. La mediatización, por tanto, es el esquema central por el cual la experiencia percibida por el público estaría delimitada por las condiciones propias de la priorización que realizan los medios y por extensión, a las audiencias.

Esta correspondencia en la jerarquía temática, apelará por tanto a que aquello que está en campo de lo publicado es parte de un doble valor. El primero, a partir de la selección desde la operatoria periodística y un segundo, a partir de un criterio de verosimilitud dado por los públicos, asignada desde la función de observación a los medios.

McCombs sitúa el lugar institucional de los medios, en tanto agentes mediadores gestados por la sociedad para tal fin. Por ello, en esta línea del funcionalismo estructural también dará paso a las construcciones homogeneizadoras al interior de este esquema de competencia entre las diversas organizaciones periodísticas. En este sentido serán estas rutinas las que permitirán que frente a las diversas orientaciones en el contenido mediático, finalmente se prioricen determinados temas en tanto agenda y sean ellos lo que efectivamente organicen las distinciones periodísticas.

La propuesta inicial de McCombs considera tres tipos de agendas las que se relacionan en el proceso de la comunicación pública.

La primera de ellas y quizás la más estudiada es la agenda setting de los medios. Comprende el análisis autónomo de las instituciones de la prensa, sus modos de organización, selección y priorización informativa, poniendo principal énfasis en aquellos temas que se consideran prioritarios. Este análisis, que recupera los estudios cuantitativos del contenido instalados por Berelson, permitirá el análisis de las publicaciones periodísticas dentro de un todo donde la variable dependiente es la mayor o menor apertura de los medios al interés de las otras agendas.

La segunda agenda que plantea McCombs está relacionada directamente con la construcción del público y la gestación de su noción de opinión pública. A través del análisis de esta agenda, se propone reconocer la incidencia efectiva de la mediatización, como también reconocer tematizaciones de interés propias de los distintos grupos de ciudadanos. En este sentido, el análisis de la agenda del público reconocerá la relación entre la comunicación pública con la dimensión intersubjetiva de la comunicación cara a cara. El trabajo metodológico prioritario de

estas investigaciones de agenda estará dado por las encuestas y sondeos de opinión, en su mayoría georreferencializados.

"La agenda pública es el grado o jerarquía de importancia que da el público a determinados aspectos noticiosos durante un periodo de tiempo. Dos tipos de estudios de agenda-setting han conducido a conocer la agenda pública: a) estudios de jerarquización centrados en los temas más cruciales que a juicio de la audiencia forman la agenda pública, y b) estudios longitudinales en donde las investigaciones de la agenda-setting han medido las subidas y bajadas de un tema o varios a lo largo de un periodo largo de tiempo" (Dearing y Rogers, 1996, p. 41 – 42")

Por último, los supuestos basales de la teoría de la agenda setting reconocen la existencia de una agenda política, entendida como la agenda de los agentes de la comunicación pública. En ella, los diversos intereses de las múltiples instituciones que participan de la sociedad establecen mecanismos a través de los cuales, junto a definir sus propiedades decisionales, también podrán influir en las otras agendas.

“Mide el tipo de acciones que adoptan los gobiernos, parlamentos y las diferentes instituciones sociales que más tarde formarán parte desencadenante de debates, además de incluirse como temas destacados

en la agenda de los medios y en la agenda pública” (Rodríguez, 2005, págs. 21-22)

Esto implica que una de las características centrales de la mediatización propuesta por el modelo de la agenda setting es la condición generativa de esta última agenda. Al tratarse de un agentes cuyos intereses solo pueden ser re-conocidos por los ciudadanos a través de su posicionamiento en las decisiones periodísticas, estratégicamente será parte de su operatoria institucional la inserción temática en las agendas mediales y, a través de ellas, a las públicas.

Con ello la relación entre los reporteros y los políticos o aquellos otros encargados de hacer políticas públicas (policymakers) llega a ser simbiótica en el sentido de ser necesarios los unos para los otros. Los periodistas necesitan información para publicar al igual que el acceso a las fuentes de noticias; en el otro sentido, los representantes de las instituciones necesitan difundir y proponer sus programas a los ciudadanos, destinatarios, votantes y en este caso, audiencia. A este respecto, Linsky (1986) matiza que los medios de comunicación en la sociedad actual llegan a ser "omnipresentes" y centrales en el mundo del hacer político.

Un modelo de estudio de la agenda-setting política y pública podría ser el que presentaron Derksen y Gartrell (1993) cuando buscaban

demostrar la influencia que ejercía el contexto social en la formación de una actitud más o menos favorable hacia el reciclado y la preservación del medio ambiente en Canadá. Las personas que habían sido informadas sobre las medidas adoptadas de reciclado y que, además, de tener una tendencia favorable hacia la conservación de su entorno, se comprometían con este tipo de actitud política. Por otra parte estaban las personas que no habían sufrido ninguna "presión institucional o de campaña que fomentara el reciclado" y que, pese a tener una actitud positiva hacia el reciclaje, tendían a no seguirla.

El desarrollo de la agenda setting ha involucrado también los procesos de desarrollo o de construcción de agenda. Tal como McCombs y Valenzuela han planteado, uno de las características centrales de la discusión de los estudios de agenda es la pregunta por lo publicable y, con ello, aquello puesto en manifiesto para la observación de las audiencias desde los medios (McCombs & Valenzuela, *The agenda setting Theory*, 2007). En el caso de la salud y con especial énfasis de las campañas lo anterior se traduce en la preminencia del contenido manifiesto dentro de un esquema de competencia editorial, donde los temas sanitarios logran o no componer un principio de relevancia orientando hacia el interés público.

Así en esta condición es posible acceder a los procedimientos, variables y contextos que inciden que una esfera logre configurar su propia agenda. Como lo plantea Perloff, la agenda building no es más que la suma de



investigaciones donde se analiza una serie de factores sociales además de la influencia mediática influyen en la construcción de las agendas institucionales. (Perloff, 1998) Esto, es consistente con el planteamiento de Dader: "Los mass media quedan en un segundo plano o, todo lo más, en factor causal coadyuvante de la cuestión central. La pregunta planteada aquí es: ¿Cómo un tema de preocupación pública (public issue) alcanza el rango de prioridad institucional (policy agenda)?" (Dader, 1990)

#### **4.4.2 La emergencia de la Teoría del encuadre.**

Una de las principales dificultades que planteó el desarrollo de la agenda setting, fue un punto ciego con respecto a la relación existente entre el fenómeno distinguido -como acontecer relevante a los medios-, con el producto periodístico resultante. Si bien esta teoría fue relevante al momento de plantear que los medios no reflejan la realidad, sino que generan operaciones sobre las cuales esta se reconstruye, no se indicaba los procedimientos y factores que inciden en dicha posibilidad de relato.

Gaye Tuchman (1978), utilizó el trabajo etnográfico en las salas de prensa para sostener que la selección informativa del gatekeeper estaba mediada por operaciones no conscientes, recurrentes y coherentes con las líneas editoriales de los medios. De esta manera los protocolos de observación aparecían altamente orientadas por el ajuste existente entre el sujeto,

desde su posibilidad cognoscente y su vínculo con la organización en la participa.

Este ajuste sistemático permitirá a Tuchman decir que todo lugar de observación periodístico responde a un modo posible de acceder al fenómeno y que este solo emerge desde una alternativa particular de registro, determinada siempre por las condiciones particulares del observador y su contexto.

Con ello recupera una tradición interaccionista dentro del marco de este programa de los efectos, escasamente profundizada en tanto giro epistemológico. Una tradición que marcó los estudios de la comunicación interpersonal se situaba ahora como un referente para comprender una visión relativista de la construcción de la comunicación pública.

El trabajo de Tuchman retoma las ideas del interaccionismo simbólico y permite establecer el valor epistemológico para los estudios de la prensa. Con ello, será posible reconocer dos corrientes fundadoras íntimamente ligadas entre sí: la dimensión mental propuesta por Gregory Bateson y su articulación social con Erving Goffman. (Tuchman, 1983)

Al respecto, es posible observar que el análisis del framing establece una posibilidad interpretativa relacionada con la percepción del sujeto frente

al mundo objetual. Con ello la idea del frame o marco, emerge como una analogía a la idea de lo destacado en términos de la atención posible frente a lo distinguido.

Cuando Goffman sitúa dicha posibilidad en el análisis sociológico, considerará su estatus como una reconstrucción de lo observado, cuyas referencias son eminentemente simbólicas. En esta posibilidad, Goffman establece un criterio de selección particular, donde el sujeto no solo distingue sino que interpreta en un proceso contingente y que lo vincula a un repertorio posible de acción. (Goffman, 1986)

Así, dicho proceso está determinado por las posibilidades culturales del conocer, siendo esta quien delimita qué observar y qué no. En este sentido, cada acción posible reenvía a dicha huella perceptiva que a su vez organiza aquello que distingue.

Con ello, el desplazamiento que propone Tuchan ubica a los frames como una unidad analítica que participa tanto de los procesos de construcción de lo publicable, la selección efectiva que realizan los especialistas, las decisiones editoriales que configuran un medio, y también aquellos propios de la circulación y el consumo, como son los encuadres interpretativos de una audiencia.

Desde estas características, los frames permitirán reconocer aquellas vehiculizaciones de sentido y formas de interpretar a partir de dos ejes principales. La observación de estos encuadres desde sus características ideológicas y los frames en tanto factor sociológico.

En el primer orden, la observación de los encuadres estará dada por diversos elementos que son parte de la construcción del sujeto observador. Variables como la edad, la educación, su orientación sexual o compromiso político, estarán detrás de las posibilidades de observación.

En el segundo nivel, se hará referencia a las rutinas y prácticas altamente institucionalizadas, que delimitan la acción de los gatekeepers. En este espacio sería entonces donde se acoplarán los encuadres del sujeto periodista con los de la línea editorial de la organización que lo configura como un especialista. Para Tuchman, es en esta conjunción donde se observa el frame de la noticia.

Frente a los múltiples elementos que pueden incidir en la promesa interpretativa de los marcos, Tuchman planteará que la observación de los procesos de cobertura serán determinantes al momento de reconocer dichas construcciones. En este sentido, ocupa la analogía de una ventana, donde el frame es una abertura al mundo exterior pero cuyo margen permite circunscribir un lugar, desde una posición determinada.

Por otro lado, también relevará el lugar del tratamiento, reconociendo en él dicha relación entre el nivel organizacional y la descripción periodística. Formas y procedimientos, serán las vías por las cuales acceder a los frames y re conocer en ellos las condiciones particulares de su viabilidad analítica.

Esto explica que una de las corrientes principales del framing ha sido el análisis de los contenidos mediáticos, a partir del supuesto que a través de la construcción o relato periodístico es posible acceder a un universo mayor tanto con respecto a los acontecimientos relevados como de sus mecanismos de creación de una alternativa de realidad verosímil. Tankard dirá que esto implica un supuesto basal: tras todo mensaje se halla una idea organizadora, generativa y contextual que selecciona pero al mismo tiempo excluye, que elabora pero reduce complejidad.

“Una idea organizadora del contenido de las noticias, una idea que provee un contexto y sugiere de qué se trata el tema en cuestión a través de la selección, el análisis, la exclusión y la elaboración de algunos de sus aspectos concretos” (Tankard, 1991, pág. 5)

El estudio del mensaje sirve como punto de partida para poder inducir la existencia de los distintos frames que inciden en la noticia, desde que se produce un acontecimiento hasta que éste es emitido. Esto permitirá a Shoemaker y Reese (1991) establecer un criterio de círculos concéntricos

de superposición, jerarquía e incidencia de los frames. En la parte interior del círculo se sitúan las influencias del propio medio y quienes trabajan en él; en la parte más alejada del centro encontramos el contexto ideológico y social en el que los medios se desenvuelven.

“El encuadre rompe así con las pretensiones de los objetivistas argumentando que el profesional, debido a sus experiencias personales, orientación ideológica, política o religiosa e incluso sus gustos o afinidades, interpreta la realidad enmarcándola y definiéndola dentro de unos parámetros que son subjetivos”. (Gimenez Armentia, 2002)

Al centrar una dimensión de la discusión en la pregunta por la selección de aquello que se informe, la construcción periodística será también una construcción de la realidad. Es en este punto donde la teoría del framing se conecta con la tradición de la agenda setting y las nociones de gatekeeping.

En este aspecto, para McCombs, la teoría del framing será una continuación del trabajo de la agenda setting al prolongar la investigación a dos ejes relevantes: aquello que los medios seleccionan (y por extensión, aquello que deja de observar); y la apertura a los tratamientos de la cobertura. Así, más allá de enfatizar en los temas sobre los cuales las audiencias pueden generar condiciones de opinión pública, en el paradigma de los efectos, la tematización escogida, el tratamiento y la

cobertura serán procesos constitutivos de la descripción mediática y la promesa de significado hacia la audiencia.

La conexión con la agenda setting también es posible de ser reconocida con la pregunta por las relaciones entre el emisor y el receptor. La organización de los frames permitirá que las audiencias también sean reconocidas como un agente activo en los procesos de selección.

Glanz&Rimer (2005: 31) sintetizan lo anterior afirmando que “los medios masivos pueden no decirnos qué pensar, pero son sorprendentemente efectivos en decirnos sobre qué debemos pensar”. Recogen positivamente el hecho de que los medios masivos de comunicación pueden iluminar y enfocar la atención del público en ciertos temas, ayudando a generar conciencia pública y condiciones para propiciar el cambio (Glanz&Rimer 2005: 30).





## **4.5 Epistemología sistémica para la observación de los sistemas políticos y mediáticos**

El desarrollo del pensamiento sistémico en los estudios de la comunicación se relaciona con las primeras nociones de proceso –por sobre las perspectivas causales lineales- y las concepciones de reciprocidad de los agentes comunicantes.

Aunque ya la noción de sistema es posible de ser rastreada con las ideas de intercambio con Levi Strauss a partir de su análisis estructural de la cultura, o en el primer funcionalismo organicista de Malinowski, fue ante todo la irrupción del concepto de retroalimentación el que aseguró un nuevo lugar de observación frente al paradigma de los efectos.

Frente a un escenario donde la comunicación fue subsidiaria de las ideas de la reproducción social y por consiguiente, del cambio; el surgimiento de la idea retroalimentada, puso la pregunta por el control. En este sentido, al situar los sistemas desde su estructura y su organización, será aquello sobre lo cual es informada lo que permitirá autoajustar su comportamiento frente a repertorios determinados.

Con esta noción es posible plantear el escenario de coafectaciones como una revisión del paradigma de los efectos. La retroalimentación implica asumir condiciones de relaciones del sistema con el entorno, siendo este siempre una posibilidad de información que desde la estructura, puede organizar el devenir del sistema.

Tanto Schramm, Wiener y los primeros cibernéticos asumieron que la base de los sistemas retroalimentados estaba en las leyes de la termodinámica. Al considerar la entropía como una tendencia a la desorganización permitieron vincular la necesidad del feedback para sostener las interacciones, en un equilibrio dinámico. Con ello se estableció una clausura al momento de comprender la comunicación desde lo sistémico: el horizonte de coafectaciones entre agentes comunicantes tiene un carácter sistémico en la condición generativa del encuentro – más allá de las condiciones particulares de quienes participan\_ y la necesidad de indicación en términos de preservar el sistema en un tiempo dado.

La comunicación, en esta primera cibernética, será vista como un proceso de retroacción. Es decir, la idea de un re ingreso de la información al sistema permitirá generar nuevas operaciones desde su condición estructurada y organizada, lo cual establecerá la idea de una causalidad circular, en donde el origen y final de la operación estará delimitada por

las serie de influencias mutuas entre los sistemas que operan como entorno del sistema observado.

Con ello, esta noción situará el desarrollo de la condición regulada y basada en patrones de vincula esta forma de comprender a la comunicación, de manera análoga a los principios de configuración sistémica del funcionalismo estructural.

Estas nociones de la cibernética de primer orden, centradas en el desarrollo de la retroalimentación basada en la homeostasis, tendrán un segundo momento en su desarrollo cuando Maruyama plantea la existencia de un feedback positivo, es decir, una posibilidad entrópica basada en la incorporación de información desde un entorno. Se trata, por tanto, de una dialéctica estabilidad – cambio de la cual participan.

Esto implicará reconocer que el proceso de adaptación no tiende necesariamente al equilibrio sino a la necesidad constante de un proceso de ajuste de aumento y reducción de complejidad, a partir de la operatoria particular del sistema que está siendo observado. Con ello la dinámica de las afectaciones sistema – entorno estarán determinadas por este proceso, en un dominio constante de diferenciación funcional del sistema con dicho entorno.

Este aspecto cumple un papel relevante en la convergencia epistemológica propuesta desde el pensamiento sistémico con el paradigma de los efectos limitados, a partir de la noción de coafectaciones. La herencia del pensamiento funcionalista, es posible detectarla en el análisis sistémico desde Parsons, pero principalmente en el legado del pensamiento luhmanniano.

Junto a la retroalimentación positiva, la cibernética de segundo orden establecerá una pregunta sobre el lugar del observador, en un giro epistémico sustantivo para el desarrollo del análisis medial posterior (Von Foerster, 1979). Así como en la teoría de frames la pregunta por la construcción de la realidad está transversalmente presente en la operatoria de análisis periodística, el principio de emergencia sistémica puesto en quien lo distingue, establece una nueva relación sobre las condiciones propias de lo observado y su estatus con respecto a la configuración que este tenga en lo social.

Si bien es cierto que el constructivismo puede ser rastreado desde los sofistas y Protágoras, y que como ya se advirtió ha tenido un lugar preponderante en la formulación de las ciencias sociales desde mediados del siglo XX, la radicalidad del pensamiento constructivista estará marcada por el desarrollo de una nueva biología del conocer, planteada por Humberto Maturana y Francisco Varela.

En ella, la operatoria de la percepción enunciada por Von Glasserfeld, será retomada como una posibilidad de organización mayor de los seres. La percepción genera las condiciones explicativas del entorno, haciendo surgir desde ella la posibilidad de acceder – desde un multiverso – aquel mundo físico que bordea la existencia humana. (Maturana & Varela, 2004)

Dicha condición será una definición autoprodutiva del mismo sistema. Desde un determinismo estructural, derivado de la propia evolución del sistema biológico, sus condiciones particulares de existencia le permitirán acceder al mundo desde las operatorias que le son permitidas. La generación por tanto de aquel dominio de realidad estará anclado en la condición autopoética, es decir, desde la red de operaciones que configuran la producción sistémica desde aquellos elementos que le componen y solo desde aquella posibilidad.

Así la autopoiesis de Maturana y Varela, establece que toda aquella información proveniente del entorno será re-producida al interior del sistema, desde las estructuras específicas de este y por lo tanto, desde aquello que es posible de distinguir. Será esta red de operaciones internas que la permitirá caracterizar al sistema desde una identidad particular y que plantea su propio límite y diferenciación con respecto a su entorno.

Recuperando elementos ya planteados por el interaccionismo simbólico, Maturana y Varela establecerán que el ámbito de distinción de lo humano es un proceso radicado en la configuración del lenguaje y la capacidad de habitar en él, el lenguajear. Al ser así la comunicación humana retoma una senda en la que emoción y razón son procesos contingentes en un devenir de constante acoplamiento con un entorno y con el cual experimentamos una red de coordinaciones conductuales consensuales que dan la posibilidad de habitar en el mundo con otros.

El desarrollo de la nueva cibernética de Maturana, hizo que la sociología pueda reencontrar en la biología un punto de convergencia, tal como lo enfrentó en los primeros funcionalismos organicistas. Estas nociones vinculadas a la autopoiesis y la observación, permitirá que el análisis sistémico desarrollado por Parsons tenga un carácter teórico – generativo a través de su inserción la teoría de los sistemas sociales de Niklas Luhmann y, desde allí, una proyección en la cual el análisis medial deja de considerar a la comunicación como un lugar propio de los agentes (como lo fueron las tesis de las necesidades del anterior funcionalismo) para dar paso a la discusión mayor sobre su lugar como elemento coordinador de lo social.

#### **4.5.1 La teoría sistémica de Luhmann y su aplicación al análisis de la prensa y la comunicación pública.**

El desarrollo del concepto de diferenciación funcional que Luhmann establece, asume una herencia a través de la cual el aumento de complejidad de la sociedad implica ante todo una mayor especialización. Este supuesto, ya presente en la sociología alemana con Tönnies, en la perspectiva luhmaniana permite establecer la condición basal sobre la cual la sociedad moderna ha logrado una viabilidad marcada por dicha condición-

La observación de la sociedad como un sistema, implica para Luhmann asumir dos premisas fundamentales; la primera que tiene que ver con su clausura operativa y, por lo tanto, con su condición autopoietica, y la segunda, la incapacidad de producir y reproducir en lo social fuera del sistema social, siendo por lo tanto un constante proceso de aumento y reducción de complejidad, donde la teoría es la máxima reducción explicativa posible.

La ruptura epistemológica que plantea el autor alemán reenvía al lugar de la comunicación como posibilidad coordinadora de lo social. Alejándose de cualquier otra tradición, incluso del dominio estructural funcionalista que hereda, este nuevo pensamiento sistémico dejará de

situar a la comunicación como un proceso cognitivo o referido solo a las posibilidades interpretativas- simbólicas de los sujetos.

Es en este contexto donde surge la preocupación de Luhmann con respecto a la comunicación. Si la organización humana, que no compone a la sociedad está mediada por el lenguaje, la sociedad requerirá de un medio que permita configurar su posibilidad y límite. La comunicación, será el proceso por el cual la sociedad puede producirse y reproducirse y solo a través de ella se generará una posibilidad explicativa de su alcance.

La comunicación, entonces, tiene un carácter central en un doble sentido. Primero en la generación de medios simbólicamente generalizados que permiten la diferenciación de los sistemas pero previo a esto se configura desde un principio de improbabilidad: Luhmann postula que la comunicación es una síntesis de tres selecciones: selección de información, conducta comunicativa y comprensión. Sólo se realiza la comunicación si se comprende la selectividad de un mensaje (esto “no incluye la aceptación de su contenido”<sup>i</sup>), es decir, si se está en posición de hacer uso de ella al seleccionar los propios estados del sistema. Esto implica que en el proceso de comunicación hay un alter que selecciona una información, y luego elige una conducta comunicativa; y hay un ego que comprende (hay comunicación) o no comprende la selectividad del mensaje (no hay comunicación). (Luhmann, La sociedad de la sociedad, 2007)



Es por ello que la expresión sistema social hace referencia, en este caso, a la sociedad en su conjunto en la medida en que reproduce la comunicación por la comunicación. Según Luhmann, la sociología siempre ha concedido demasiada importancia a las diferencias culturales, nacionales y regionales. Solo es cuestión de diferenciaciones internas, que son secundarias a la hora de comprender la manera según la cual la sociedad actúa, se transforma y produce acontecimientos. El principio de diferenciación que estructura verdaderamente la sociedad moderna es, por lo tanto, funcional.

En esta tradición, Luhmann establece una crítica a los modos habituales de comprender el análisis social. Al funcionalmente estructurado, la explicación no podrá realizarse desde solo aquel código que diferencia a un sistema social parcial de otro, sino también a partir de las dinámicas de relaciones que los codefinen.

La sociedad, al entenderse desde una totalidad de la cual no se es posible eludir, requiere que esta sea capaz de generar una capacidad explicativa de sí misma. Para Luhmann, esa necesidad de reducir complejidad desde la explicación de la sociedad, es la base de la teoría social que propone y, en último término, del devenir de la sociología. (Luhmann, La sociedad de la sociedad, 2007)

Esto presupone que la sociedad moderna permitió un nivel de especialización que va más allá de la promesa institucional de los primeros funcionalistas. Para Luhmann la sociedad no podrá escapar de la condición sistémica que la define y, solo a partir de dicha condición podrá ser observada sincrónica y diacrónicamente.

Sobre el primer aspecto, para el autor alemán no existiría una historia social y una pregunta por el cambio sino no se considera la premisa anterior, en un proceso evolutivo marcado por la diferenciación. Así, en la medida que la sociedad adquiere una mayor complejidad requerirá reducirla de tal manera de lograr un lugar de equilibrio frente a un entorno cuya propia operatoria involucra mayor complejidad al sistema social observado. Es por esto que Luhmann planteará que los medios son una respuesta altamente especializada a la necesidad de descripción de la sociedad en su conjunto, que permitiese por lo tanto, generar un código centrado en la pregunta de la información que define el alcance del sistema.

Esta característica de los medios de comunicación dentro de la perspectiva luhmanniana no le asigna un estatus jerárquico. Más bien, su emergencia participa de la complejidad que ha permitido en el mundo contemporáneo otros sistemas sociales, tales como la economía, la política, el arte, la salud, la educación, la religión y lo jurídico. Cada uno de ellos podrá observar el acontecer de su propio entorno desde las

posibilidades de su propia clausura operativa, que se diferencia de los demás sistemas por el código basal que organiza su propia autopoiesis. Así, mientras en la política es la pregunta por el poder, y en la salud es la pregunta por la enfermedad, en el caso de los medios de comunicación este se definirá por la operatoria del informar / no informar.

El principio dinámico de la relación intersistémica que está presente en Luhmann, retoma la observación como el principal lugar del análisis. De esta manera, cada sistema solo puede operar desde las condiciones de su clausura y, por lo tanto, hace imposible una observación con los códigos del otro sistema. Al estar determinado, aquella comunicación que provenga del entorno será ante todo un aumento de complejidad que gatilla modificaciones al sistema desde donde se observa, a partir de sus propios límites y condiciones de operación.

Esta característica es fundamental para comprender cómo los medios surgen en este marco de coafectaciones. Para Luhmann la sociedad entrega parte del sentido y de las posibilidades de acoplamiento con los sujetos, a partir de la autorreferencialidad que establecen los medios. En este sentido, la centralidad mediática de la sociedad contemporánea es parte de la posibilidad de configurar un sentido común, a partir de la observación de segunda orden, propia del sistema mediático.

Esta observación de observadores, permite diferenciar el lugar del sistema de medios y su configuración dentro de la generación de la figura del especialista. Así, para el pensamiento luhmanniano, esto responde al nivel de especialización del mismo sistema y, por lo tanto, una condición de membresía para la gestión de lo publicable en el contexto de las organizaciones mediáticas que funcionan como sistemas decisionales.

Frente a lo observado por la prensa, es posible reconocer una opacidad que queda fuera de la distinción que realizan los medios. Esto, que pinto establece como aquel lado inverso de la selección que participa también de lo observado, correspondería al sentido de lo no publicable y, por ello, fuera de la comunicación estrictamente mediática.

Siguiendo con esta línea, la coordinación de agenda que observa McCombs, es posible reconocer una capacidad de consistencia frente, por un lado a la distinción del entorno que define la posibilidad de que un acontecimiento sea seleccionado y traducido en información, y, al mismo tiempo, cómo las organizaciones mediáticas logran articular similares pautas y construcciones de agenda, con especial énfasis en aquello que es definido como lo periodístico.

En este sentido, una lectura sistémica al ejercicio periodístico propondrá que la configuración de criterios de noticiabilidad será, ente todo, un

procedimiento operativo del sistema para caracterizar las condiciones en que una perturbación podrá ser trasladada como una distinción periodística. Esos criterios orientadores, a veces configurados como normas, son parte del código basal de operación y por lo tanto configuradores de la identidad del periodismo en el espectro de los medios. (Luhmann, La realidad de los medios de masas, 2000)

La coordinación de las agendas particulares para dar paso a las agendas mediales, también puede observarse desde el principio sistémico propuesto por Luhmann. Lo que puede ser observado como hegemonía de las condiciones de selección, no son más que posibilidades de establecer una operatoria común dentro del sistema de medios. Allí se sitúan comunicaciones que solo pueden reconocidas, como una comunicación posible del actuar total de lo público, con especial énfasis del estado, para el acoplamiento y desde ahí, la percepción de participación, de las audiencias. Este factor, como se verá en el desarrollo de la presente investigación, tiene implicancias sustantivas para reconocer la centralidad medial en la sociedad contemporánea y sus implicancias para la construcción de sentidos de participación, derechos y deberes en las audiencias sobre el actuar público- político del estado.

La revisión de las afectaciones que plantea la relectura sistémica luhmanniana considera a la clausura como la posibilidad de relación dinámica entre sistemas autorreferidos. Por lo tanto, si la sociedad logra

un nivel de producción y reproducción solo es posible en tanto su condición de doble contingencia, como proceso de aumento y reducción de complejidad. Esta dinámica sistémica, si bien reconoce el rol del entorno, da el peso del cambio a partir de las distinciones y diferencias que el mismo sistema genera, siendo por lo tanto su devenir, un proceso determinado estructuralmente.

Sin embargo la clausura operativa y la noción de autopoiesis aplicada a lo social, que ha sido el principal aporte de la teoría luhmanniana, ha sido parte del cuestionamiento central de la nueva generación de investigadores sistémicos. Para autores como Mascareño, Willke y otros (Mascareño, 2010), la autoobservación puede darse en condiciones de clausura no totales.

Esto implicaría que los sistemas sociales pueden reconocerse desde estadios intermedios. Para ello, la nueva teoría sistémica constructivista postluhmanniana recurrirá a la fuzzy logic del matemático Lotfi Zadeh (1965) que está detrás de su teoría de los conjuntos y posibilidades. En términos sencillos, se basa en lo relativo de lo observado como posición diferencial. Este tipo de lógica toma dos valores aleatorios, pero contextualizados y referidos entre sí. Así, por ejemplo, una persona que mida dos metros es claramente una persona alta, si previamente se ha tomado el valor de persona baja y se ha establecido en un metro. Ambos

valores están contextualizados a personas y referidos a una medida métrica lineal.

Esta condición más aproximada que exacta, permitió distinguir la posibilidad que la continencia perfecta del sistema se relativizara. Según Zulueta este modo de pensamiento abstracto posibilita una aproximación más efectiva para entender y describir el comportamiento de sistemas que son: o muy complejos o muy poco definidos como para admitir precisiones matemáticas.

Teubner (1992) señala que los sistemas atraviesan por distintos niveles de auto-referencialidad, a través de los cuales pasan de ser sistemas socialmente difusos, a adoptar mayores niveles de autonomía, hasta alcanzar su autopoiesis. El primer nivel es aquel donde aparecen las Diferencias Basales, donde se comienzan a realizar las primeras distinciones que involucran la lógica del sistema, reflejo de una mayor auto-observación. Un segundo nivel, es el Desarrollo de Infraestructura, donde el sistema alcanza mayores niveles de auto-organización. Un tercer nivel dice relación con el desarrollo de Temas y Programas propios del sistema, que le permiten alcanzar mayores grados de auto-producción de componentes. Por último, el cuarto nivel es el de la Clausura Operativa, en la cual se alcanza la autopoiesis del sistema.

La característica escalar de Teubner abre entonces la discusión de las nuevas condiciones intersistémicas y las posibilidades efectivas que tiene en su relación con el entorno en términos de su clausura. Así, la desdiferenciación sería parte del desarrollo histórico del sistema y las condiciones de autonomía evolutiva lograda.

En el análisis mediático propuesto en la presente tesis, implicaría hacerse cargo de la pregunta sobre las condiciones de coafectación en un contexto dinámico de autonomía periodística. Así las condiciones de dependencia, por ejemplo de la comunicación pública y política del estado como son las campañas, se valida como pregunta de investigación en término del lugar sobre el cual se pone en juego la definición de temas y programas de la prensa, convirtiendo este punto como un elemento análogo a la observación de agenda, pero en la perspectiva del lugar de configuración de lo periodístico en el sistema de medios nacional.



### **3.5.2 Otras perspectivas sistémicas: la mediación social como posibilidad analítica de las campañas y las agendas.**

Desde el surgimiento de la teoría de las mediaciones formulada por Manuel Martín Serrano, se abrió una perspectiva sistémica basada el principio heredado de la cibernética del control. Así, toda mediación es una forma particular de control social gestado desde la información.

La definición conceptual instalada por Manuel Martín Serrano implica, por tanto, establecer una relación entre las condiciones efectivas que las sociedades contemporáneas pueden efectivamente comprender en su propio desarrollo, y las constricciones particulares que implica el desarrollo normado de ésta. Al regular surge la mediación.

Para Martín Serrano esta condición sistémica puede darse en múltiples niveles. Desde el sujeto, las condiciones cognitivas deberán resolver dicha contradicción; a nivel social esto se explicitará en el código lógico que se dispone desde la tecnología para comunicación pública. (Martín Serrano, 2004)

“La comunicación pública es una forma social de comunicación en la cual la información se produce y distribuye por un recurso a un sistema de comunicación, especializado en el manejo de la información que concierne a la comunidad como un conjunto”

El desarrollo conceptual de Martín Serrano, desarrolló un fructífero campo que problematizó las posiciones críticas asumiendo criterios derivados de condiciones estructurales, lingüísticas y matemáticas. Esta integración epistemológica tiene una solución de continuidad con el pensamiento de Piñuel y establecimiento del modelo de mediaciones dialécticas. (Piñuel, Ensayo general de la Comunicación, 2006)

En él, se retoma la discusión sobre el carácter constantemente informado de la comunicación, situando desde allí las posibilidades de comprender al fenómeno comunicativo desde las variables que participan de dicho proceso. Así Piñuel distingue cuatro constantes entendidas como situaciones de interacción y que se disponen desde la observación de los tres sistemas que participan de la construcción socio humana de la vida: el sistema comunicación, el sistema ecológico – cognitivo y el sistema social. Las cuatro situaciones serían los ejecutantes (quien participa de la interacción), las herramientas, en términos de una tecnología aplicada, las producciones como materialidades involucradas, particularmente en la transmisión de información, y los órdenes en términos las condiciones regladas de cada sistema.

En este sentido, las variables estarán dadas por las condiciones efectivas por las cuales dichas situaciones de interacción son observadas al

interior de cada sistema. Así mientras los actores de la comunicación son vistos como emisores y receptores, al interior del sistema social, estos serán productores, consumidores o distribuidores en tanto agentes; a nivel eco-cognitivo serán parte de la observación del sujeto en tanto definición de identidad: a partir de las nociones de igualdad y diferencias, en este sistema son reconocidos como ego y alter.

Las cuatro constantes, con sus respectivas distinciones en cada sistema, no son solo descripciones potenciales de dimensiones analíticas del operar sistémico. Piñuel reconoce en ellas una condición estructural y en tanto su propia variabilidad se establece el devenir sistémico desde su propia complejidad. Así, aquello que caracteriza e identifica al sistema comunicación (actores que pueden ser emisores o receptores, que generan instrumentos capaces de producir, transmitir o recepcionar señales, que a su vez recurren a materias o configuraciones expresivas usando pautas y códigos de significación) es la propiedad emergente que organiza las posibilidades de coordinación con los otros sistemas.

Un elemento interesante que incorpora Piñuel a la discusión sistémica contemporánea es la condición escalar de su análisis propuesto a partir de la noción de umwelt, o la diferencia sistema / entorno. Lo anterior implica estas condiciones reseñadas pueden darse en cualquier lugar de observación, sea este en condiciones grupales, organizacionales e

institucionales o en extensiones no determinadas cartográficamente como las perspectivas de globalización o transnacionalismo.

Este potencial heurístico se complementa con dos elementos relevantes para el análisis sistémico. La característica de la relación intersistémica como un proceso ineludible de la observación de lo social y, por otro lado, la configuración de un esquema evolutivo a partir de dichas coafectaciones, reconociendo por tanto un vector temporal y espacial en dicho modelamiento.

En el primer punto encontramos la condición basal de las mediaciones. La afectación dada entre cada uno de los sistemas generará un tipo de ajuste basado en las condiciones efectivas de cada uno de ellos. Así el ajuste entre la interacción social y el intercambio comunicativo, será denominado como preceptiva, “pues todo precepto es un ordenamiento normativo social que se expresa en enunciados comunicativos”.

La inteligibilidad, por su parte, será la relación entre el sistema comunicativo y las posibilidades cognitivas. Por último la coafectación entre el sistema social y el sistema ecológico – cognitivo la denominará “ergonomía”, en términos de la adecuación de los procesos de producción de la sociedad con los “condicionamientos psicobiológicos derivados de las capacidades y destrezas humanas”.

Por otro lado, el modelo de Piñuel establece con una condición dinámica e histórica de dichas relaciones intersistémicas. Para el autor, esto permitirá generar la evolución –en una perspectiva de cambio constante– del mismo sistema, observado en tanto tal, pero también en las propiedades emergentes dentro del Umwelt a partir de la coafectación.

Con ello Piñuel establece que los sistemas no solo participan de un todo espacial de interacción, sino que este al ser dinámico configura la condición epocal y el lugar de la comunicación en ella. En este sentido, si bien la pregunta de Piñuel es justamente distinguir la comunicación de otros procesos originados en los sistemas sociales, mantiene una centralidad de esta en la producción, reproducción y cambio social. Esto, pese a la diferencia con Luhmann y los post luhmanianos, implica un punto de observación sobre la apertura de los sistemas una complejidad cuya resolución no solo se define a partir de la autopoiesis sino desde la plasticidad de las decisiones que orientan hacia el cambio. Con ello cada aumento de complejidad en el entorno de un sistema, implicará una respuesta adaptativa, la que solo podrá explicarse desde las configuración códiga del sistema observado.



## **Tercera Parte. Marco Metodológico.**





## **Capítulo 5: Planteamiento metodológico.**



## **5.1 Objetivo general:**

Describir y analizar las relaciones entre la agenda política sanitaria y la agenda mediática en la prensa escrita, a partir de la cobertura y tratamiento las campañas de comunicación realizadas por el Ministerio de Salud de la República de Chile durante el año 2012, entendidas como estrategias de desarrollo para la generación de bienes públicos sanitarios.

## **5.2 Objetivos específicos:**

- Analizar las campañas de bien público realizadas por el Ministerio de Salud de Chile durante el 2012 como estrategias de comunicación pública orientadas al desarrollo, cuya gestión comunicacional incide en la construcción de agenda de los medios.
- Distinguir los procesos de selección, tratamiento, y cobertura que realiza la prensa escrita y on line chilena sobre las campañas y su relación con la generación de un espacio mediático orientado a la promoción y prevención de la salud.
- Distinguir y analizar desde una perspectiva sistémica, las coafectaciones entre la agenda sanitaria y la agenda mediática, a partir de las campañas emitidas por el Ministerio de Salud Chileno en el año 2012.

### **5.3 Preguntas de investigación.**

¿Los medios reconocen a las campañas como un tema de interés público?

¿Los medios analizados generan condiciones de prevención y promoción sanitaria para sus audiencias, acorde a la mediatización de los mensajes sanitarios de la autoridad pública de salud?

¿Los medios de comunicación consideran a las campañas como un posibilidad de articulación de agendas con lo político, lo ciudadano y lo estrictamente medial?

¿Autoobservan los medios una función social a través de la cobertura de temas sanitarios como los propuestos por las campañas analizadas?

### **5.4 Hipótesis.**

Las campañas de salud responden a diversas estrategias de intervención comunicacional con resultados disímiles en la eficacia medial, entendida esta en términos de la posibilidad de tematizar recurrentemente sobre la prevención y la promoción de la salud en la agenda mediática.

El alcance de esta incidencia dependerá de las características de las campañas en términos de su recurrencia y gestión pero también de las condiciones de las selecciones sobre lo publicable que efectúen los medios. Entre otros factores se consideran aquellos de carácter

contextual como la georreferencialidad, mortalidad y morbilidad y/o crisis que genere problema sanitario, objeto de referencia de la campaña.

En este sentido las campañas al situarse como una comunicación pública orientada al desarrollo, buscan situar un lugar en la jerarquía y preminencia de la agenda de los medios, como parte de un proceso de mediatización del tema en la sociedad chilena. Esta posibilidad y los alcances en su desarrollo es lo que plantea la siguiente memoria de tesis doctoral.



## **Capítulo 6. Diseño de la Investigación.**





## **6.1 Muestreo cuantitativo.**

La investigación trabajó con el universo de publicaciones de los medios que fueron intervenidos en la campaña. A partir de la información pública sobre el diseño de las campañas, se estableció un proceso multietápico de construcción de la muestra. En primer término se consideró un aspecto georreferencial de dicha estrategia.

A nivel local, se seleccionaron las regiones en virtud del alcance de las campañas de bien público estudiadas. Basándonos en los planes de medios específicos como información teórica, se intencionó el análisis en determinadas zonas del país. Las razones de su elección, responderán a los criterios socio epidemiológicos que fundamentan las campañas seleccionadas, suponiendo por tanto que los medios regionales tenderán a recoger de manera más sistemática dicha preocupación local.

En este sentido, en las regiones escogidas se correlacionarán los resultados obtenidos entre una símil del diario nacional con un diario de orientación ciudadana. Esta distinción se justifica desde el carácter ético normativo que explica las autodefiniciones editoriales.

Se trabajó con las versiones impresas de los medios nacionales y regionales de carácter industrializados. Las publicaciones de medios ciudadanos, por su parte, fueron a partir de las versiones on line.

Al mismo tiempo, esta selección medial se encuadró desde una definición operativa con respecto a la irrupción de la campaña. De esta manera se consideraron las fechas límites de inicio y fin de la estrategia gubernamental, como periodo de análisis, en cada uno de los casos analizados. De esta manera, es posible considerar configurar la ruptura del acontecer como un factor relevante de la construcción de agenda.

En una última etapa, la construcción metodológica consideró un último nivel de muestreo, que configuró el corpus definitivo de análisis. Para ello se contrató una empresa de clipping digital la que a partir de la búsqueda de la palabra principal de la campaña (como concepto rector) compiló las publicaciones.

En este sentido, a nivel de los medios escogidos y los periodos analizados se puede hablar de un censo de los textos periodísticos que abordaron las campañas estudiadas. Se considera que esta decisión metodológica no solo permite garantizar la calidad de los resultados sobre la cobertura de la campaña y la diversidad de tipo de medios, siendo estrictamente representativa de la totalidad de informaciones publicadas en los medios físicos de cobertura nacional y regional, y los medios on line autodefinidos como ciudadanos que fueron intervenidos por las campañas de bien público en salud.

A nivel de selección de publicaciones específicas en los medios escogidos, la muestra incorporará todas aquellas publicaciones que cumplan con los siguientes criterios teóricos:

- a. Se hayan publicado entre los días de emisión de la campaña, incluyendo el inicio y final de esta, según su plan de medios.
- b. Tengan como principal tema de cobertura la campaña o alguna dimensión de esta, incluyendo fuentes gubernamentales, actores relevantes, conflictos, crisis u otros factores específicos. Se reconoce entonces, como criterio mínimo el que contextualmente se mencione a la campaña y su ámbito de acción específico.
- c. Sean de carácter investigativo, informativo o interpretativo. En el caso de la opinión solo serán consideradas las editoriales y columnas.
- d. Publireportajes o publicidad asociada a la campaña no fueron considerados en la muestra.

Tabla 1: Estructura de las campañas.

<b>Campaña</b>	<b>Agencia a Cargo</b>	<b>Características de la campaña</b>
Vacunación Influenza	BBD0	Spot de televisión , frase de radio, impresos, servicio de despacho, plan de medios
Prevención Invierno	Porta	Spot de televisión, frase de radio, impresos, plan de medios servicio de despacho.
Lactancia Materna	BBDO Publicidad	Spot de televisión, frase de radio, impresos, plan de medios
Campaña Sida	Mccan Erickson S.A. Publicidad	Spot de televisión, frase de radio, impresos, plan de medios
Campaña Bioequivalencia de medicamentos	Mccan Erickson S.A. Publicidad	Spot de televisión, frase de radio, impresos, plan de medios
Campaña Lactancia Materna - Temporeras	BBDO	Plan de medios regionales
Campaña Vacunación y Prevención W 135	Porta S.A.	Spot de televisión, frase de radio, impresos, plan de medios
Prevención Síndrome Pulmonar por Hantavirus, Enfermedades Entéricas y Síndrome por Vibrio Parahemolitico.	N/D	frase de radio, impresos, servicio de despacho, Plan de medios

<b>Campaña</b>	<b>Fecha inicio</b>	<b>Fecha de Término</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Medios Escogido nacionales</b>	<b>Medios regionales escogidos</b>
Vacunación Influenza	26/03/2012	07/05/2012	Nacional.	El Mercurio La Tercera Las Ultimas Noticias	La Estrella de Arica El Morrocotudo. El Mercurio de Valparaíso El Martutino El sur de Concepción El Concecuente El austral de Temuco La Opinión La prensa austral El Magallanews
Prevención Invierno	17-5-2012	15-7-2012	Nacional	El Mercurio La Tercera Las Ultimas Noticias	La Estrella de Arica El Morrocotudo. El Mercurio de Valparaíso El Martutino El sur de Concepción El Concecuente El austral de Temuco La Opinión La prensa austral El Magallanews
Lactancia Materna	9-7-2012	5-8-2012	Nacional	El Mercurio La Tercera Las Ultimas Noticias	La Estrella de Arica El Morrocotudo. El Mercurio de Valparaíso El Martutino

					<p>El sur de Concepción</p> <p>El Concecuente</p> <p>El austral de Temuco</p> <p>La Opiñón</p> <p>La prensa austral</p> <p>El Magallanews</p>
Campaña VIH Sida	28-11-2012	31-12-2012	Nacional	<p>El Mercurio</p> <p>La Tercera</p> <p>Las Ultimas Noticias</p>	<p>La Estrella de Arica</p> <p>El Morrocotudo.</p> <p>El Mercurio de Valparaíso</p> <p>El Martutino</p> <p>El sur de Concepción</p> <p>El Concecuente</p> <p>El austral de Temuco</p> <p>La opiñòn</p> <p>La prensa austral</p> <p>El Magallanews</p>
Campaña Bioequivalencia de medicamentos	20-12-2012	19-1-2013	Nacional	<p>El Mercurio</p> <p>La Tercera</p> <p>Las Ultimas Noticias</p>	<p>La Estrella de Arica</p> <p>El Morrocotudo.</p> <p>El Mercurio de Valparaíso</p> <p>El Martutino</p> <p>El sur de Concepción</p> <p>El Concecuente</p> <p>El austral de Temuco</p> <p>La Opiñón</p> <p>La prensa austral</p> <p>El Magallanews</p>

Campaña Vacunación y Prevención W 135	22-10-2012	20-12-2012	Nacional	El Mercurio La Tercera Las Ultimas Noticias	La Estrella de Arica El Morrocotudo. El Mercurio de Valparaíso El Martutino El sur de Concepción El Concecuente El austral de Temuco La opiñón La prensa austral El Magallanews
Prevención Síndrome Pulmonar por Hantavirus, Enfermedades Entéricas y Síndrome por Vibrio Parahemolítico.	21/11/2012	1/04/2013	Cobertura nacional, con énfasis regional	El Mercurio La Tercera Las Ultimas Noticias	El Mercurio de Valparaíso El Martutino El sur de Concepción El Concecuente El austral de Temuco La Opiñón El austral de Valdivia

## 6.2 Instrumento de recogida de datos

Con el propósito de observar las relaciones entre la agenda del gobierno y las agendas de los medios escritos, tanto regionales como nacionales,

es que se tomaron decisiones metodológicas en orden a construir un instrumento cuantitativo que pudiera medir esta interrelación.

Para lograr dicho propósito se recogieron todas las menciones realizadas en medios escritos tanto regionales como nacionales (se incluyen exclusivamente los tres medios nacionales con mayor tiraje), por lo que en este caso se trabajó con el universo de los elementos y no con una muestra. Una vez realizada esta tarea, se generó una ficha o grilla con tres principales dimensiones a medir, de manera de dar cuenta de la complejidad del fenómeno estudiado. Esta representa el principal método de recogida de datos, cuyo procesamiento posterior permitirá el análisis de contenido.

De esta forma, se produjo la información en torno a cuatro dimensiones principales:

- Información estructural: Consta de una batería de variables que apuntan a describir el medio que está siendo fichado, así como la campaña a la que corresponde. Incluye también referencias a la extensión, género periodístico, autoría y presencia de imágenes, ubicación espacial dentro del medio, entre otros.



- Información de agenda: Apunta a generar información relativa a la construcción de agenda del medio escrito, enfatizando principalmente el uso de fuentes de salud, oficiales y extraoficiales. El objetivo principal de estas variables es dar cuenta cómo el medio entrega la información respecto a la campaña en particular.

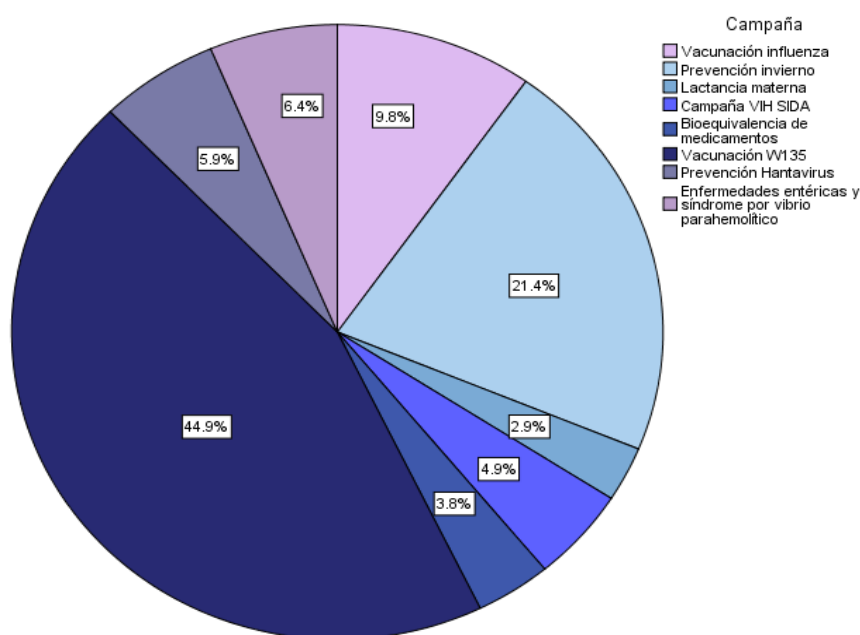
- Imaginarios: Busca describir dos elementos principales: la percepción principal sobre la salud/enfermedad y la referencia a la red de salud, evidenciando si existe una construcción de una imagen positiva, negativa o neutral respecto de las campañas en general, y de cada enfermedad en particular.

- Correspondencia con los briefs: A excepción de las campañas de bioequivalencia y meningitis que no tenían briefs (ya que respondían a episodios coyunturales), todas las campañas venían acompañadas por una pauta emitida por el Ministerio de Salud en donde se mencionaban los puntos a enfatizar. Lo que se busca analizar con estas variables es si existe correspondencia entre el objetivo del Ministerio de Salud y lo que publican los medios, para lo cual se presenta una cuantificación de palabras claves y las referencias al público objetivo de las campañas.

Así, la ficha construida en el marco de esta investigación consta con un total de 26 ítems generales, es decir, para todas las campañas, y con

una serie de variables que dan cuenta del cumplimiento de objetivos de cada campaña en particular, cuya cantidad varía para cada caso. Se logró entonces generar una base de datos que analiza un universo total de 692 noticias.

Gráfico 1: Universo de noticias.



Como se observa en el gráfico precedente, la campaña de lactancia materna es la con menor presencia dentro de los medios. Frente a la escasa frecuencia de las campañas de lactancia materna y lactancia rural, se decidieron analizar en conjunto, es decir como una gran campaña que abarca los temas de amamantamiento. De todas formas, esta convergencia sólo logró dar cuenta del 2,9% de las noticias.

Cabe destacar que el proceso de investigación consideró un test de confiabilidad cuando se pre aplicó el instrumento durante su fase de validación. Luego de sus resultados, se establecieron correcciones en libro de códigos que garantizaron la comprensión de los ítems en casos disímiles de la recogida de datos. Lo anterior se registró en una base de datos en Excel y construida para tal fin, la que luego se exportó al software estadístico SPSS.

### **6.3 Proceso de investigación y análisis cuantitativo.**

La primera decisión metodológica fue la realización de un estudio de agenda principalmente cuantitativo, ejecutando un análisis de contenido. Para la realización de un análisis que diera cuenta de los objetivos de investigación, se utilizaron frecuencias simples, gráficos y tablas de contingencia, que son cruces entre dos o más variables, dando cuenta del porcentaje de cada una de las combinaciones de variables. Sin embargo, se apuntó a una segunda novedad metodológica: la superación de los datos simplemente porcentuales, por lo que se recurrió a análisis estadísticos más complejos como chi cuadrado, anova o R de Pearsons.

Estos estadísticos miden la asociación o correlación entre dos variables, ya sea de carácter nominal, ordinal o intervalar, y dependiendo de la combinación de variables de la cual se busque dar cuenta es el estadístico que se decide utilizar. Con ello se logra evidenciar que ciertas variables

tienen un comportamiento conjunto y relacionado, por ende existirían relaciones de dependencia y de correlación entre distintas dimensiones.

Por ello se analizaron los datos contruidos de una manera más profunda, recurriendo a estadísticos univariados y bivariados, pero también multivariados, herramientas estadísticas poco utilizadas en las investigaciones de este tipo. Para este último caso, se realizaron distintas pruebas de regresión lineal con los índices que a continuación se describen, y si bien muchas de ellas resultaron con una capacidad explicativa menor al 10%, y por ende fueron descartados, permitieron entregar antecedentes para el análisis, en tanto podemos afirmar o rechazar que una serie de variables independientes influyan sobre el comportamiento de una variable de carácter ordinal o intervalar. Dichas pruebas se realizaron con el método “introducir”, para que el modelo no descartara ninguna variable, revisando la significación de cada una de ellas.

Para lograr un avance sustantivo en esta investigación, se construyeron índices que fueran más allá de la medición de variables. Estos índices son un aporte tanto en su construcción propiamente tal como en la información que entregan: en su construcción, puesto que superan la simple suma de elementos, y se utiliza la estandarización (puntaje Z) para poder sumar variables que utilicen diversas unidades de medida; y en la

información que revelan, ya que permiten realizar análisis en los distintos niveles de profundidad especificados anteriormente.

Conforme a lo anterior, se logran construir tres índices:

**Índice de agenda:** Para generar una variable que diera cuenta de la importancia que tenía cada noticia dentro del medio, es que se pensó en un índice de la construcción de agenda del medio, en relación a las campañas de salud. En este contexto, las variables que se evaluaron para componer el índice fueron extensión (en párrafos), tamaño (en cm<sup>2</sup>), valor publicitario (en pesos chilenos) y aparición en portada de la noticia. Debido a que dichas variables presentaban unidades de medidas tan diversas, se optó por estandarizarlas con puntaje Z, y luego construir el índice respectivo. Se realizaron distintas pruebas y combinaciones de variables para evaluar la mejor construcción posible del indicador. Con ello, se obtuvo que el índice de agenda se compondría por las variables extensión en párrafos y tamaño en centímetros cuadrados.

Lo que se observa es que la campaña de prevención invierno es la de mayor prevalencia en este sentido, mientras que la menos cubierta en cuanto a su densidad es la campaña de prevención del hantavirus. Esto respondería a la mayor complejidad y relevancia mediática de una iniciativa que involucra una respuesta nacional, mientras que la segunda

es altamente localizada, regional y distante de los centros informativos principales. Con esta información, se realiza una prueba de ANOVA de manera de determinar la asociación entre el índice creado y las campañas de salud pública, obteniendo una significación de 0,037, lo que indica que las variables en efecto se encuentran relacionadas, en tanto la extensión con que es tratada una noticia y la campaña que cubre, se encontrarían relacionadas.

**Índices de correspondencia con el brief:** Se construyó un índice de correspondencia con el brief para todas las campañas que contaban con esta pauta. Se consideraron todas las preguntas que apuntaban tanto a la presencia de palabras claves (presencia/ausencia de términos) y la referencia a los públicos objetivos de cada una de las campañas (presencia/ausencia del público objetivo en la noticia). Con esto, se sumaron las variables y se dividieron por la cantidad de ítemes sumados, generando un índice cuyo intervalo va de 0 a 1, por lo que puede leerse en términos proporcionales.

**Índice de densidad periodística:** Para dar cuenta de la profundidad del tratamiento de las noticias, se construyó este índice considerando 3 variables: extensión en párrafos, número total de fuentes (sumatoria simple) y género periodístico principal. Para las dos primeras, debido a su carácter cuantitativo, sólo fue necesario estandarizarlas, ya que sus unidades de medida eran diversas. Para el caso del género periodístico

principal, se reagruparon los tipos de género en 3 niveles, donde el valor 1 representa el menor tiempo invertido por parte del periodista para generar la publicación, mientras el número 3 indica el mayor tiempo ocupado. De esta forma, el valor 3 equivale a la crónica o reportaje, el valor 2 equivale a entrevista, editorial y columna de opinión, mientras que el valor 1 corresponde al resto de los géneros (nota, artículo, fotonoticia, comunicado, infografía, cartas al director). Construida esta nueva variable, se realizó la estandarización de la misma, para luego aplicar la sumatoria de todas las variables y la división por 3

Además de lo anterior, se realizó una reagrupación de las fuentes cuantificadas en la investigación, logrando de esta forma dar cuenta de la relevancia que tienen para los medios de comunicación, determinados tipos de fuentes. En este contexto, se formaron 3 sub-categorías de fuentes:

- Autoridad política: reagrupa las autoridades sanitarias y las autoridades políticas, ya sean de carácter local o nacional.
- Autoridad técnica: reúne todas las fuentes cuya experticia las hace ser citadas, como es el caso de autoridades técnicas, ONGs y expertos en el tema.
- Sociedad civil: incluye a todos los miembros no organizados de la sociedad civil, es decir beneficiarios, afectados, y otros integrantes de la sociedad civil, como opiniones de terceros.

#### **6.4 Diseño metodológico cualitativo.**

Para el desarrollo de la presente investigación, se decidió complementar la investigación cuantitativa con un diseño cualitativo que permitiese – a nivel de informantes claves- producir información relevante sobre los niveles estratégicos de la campaña, su gestión y recepción medial. Para poder aprehender este proceso, que es posible de denominar como la construcción desde lo público aquello que puede ser susceptible de ser públicamente, se relevó la generación de un corpus significativo de dos niveles de informantes: gestores comunicacionales del nivel ministerial incluyendo la perspectiva regional y periodista y editores de medios que cubrieron la campaña durante el periodo estudiado.

Para ello se decidió construir un instrumento de entrevista semi estructurada. Se considera, que dentro de este tipo de investigación y su carácter descriptivo, la técnica de la entrevista es una herramienta pertinente- sino prioritaria- para el diseño de investigación cualitativo. Esto, porque responde proceso interactivo normal entre quien participa de un contexto nuevo y se enfrenta a la necesidad del conocer, cuando esa relación está altamente mediada por otros sujetos. El encuentro dialógico que se establece es parte del proceso humano de vínculo y, por lo tanto, una capacidad comunicativa ineludible: el acto de preguntar ajusta, modifica, releva o representa entre muchas otras funciones la posición de los sujetos con respecto a la relación contingente vivida y, al



mismo tiempo, del entorno del cual es parte. En este caso las operatorias y procesos decisionales vinculados a la comunicación pública.

Esta naturalidad de la conversación en el conocer-se, que es el sustrato de la técnica citada, logra diferenciarse de una interacción cotidiana debido a que la entrevista en profundidad es ante todo una interacción artificial, en una situación planificada y extraña para el entrevistado. En este proceso participan activamente el entrevistador como el entrevistado, generando en el diálogo una producción de sentido que solo puede relevarse en función de dicha interacción. Es decir, los datos emergen como consecuencia del diálogo siendo entonces lo que gatilla el entrevistador y sus competencias uno de los ejes centrales del éxito de la técnica, reconociendo además los factores biológicos culturales, sociales y conductuales que inciden tanto del entrevistado como del entrevistador.

“La entrevista en profundidad reposa exclusivamente en la experiencia vicaria transmitida al investigador a través de la conversación con otro actor social” (Ruiz Olabuénaga;2003)

Ibañez la define como:

“...Un proceso comunicativo por el cual el investigador extrae una información de una persona contenida en la biografía de ese interlocutor, entendiendo como biografía al conjunto de representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado. En este proceso el yo de la comunicación no es un yo lingüístico, sino un yo especular o

directamente social que aparece en un proceso en el cual el individuo se experimenta en función del otro generalizado, es decir, desde el punto de vista generalizado del grupo social al que pertenece”. (En Alonso;1993:225-226)

La entrevista en profundidad permitió que un sujeto integrante de una muestra recree su experiencia en torno a una situación; una “reinmersión” del entrevistado apoyada por el entrevistador quien ejerce el control de la situación dialógica. El espacio íntimo que se genera hace que lo dicho sea un constante descubrimiento de lo pasado (no así con la observación, que es sobre todo, un constante presente), dando por resultado un relato cuya mayor o menor densidad estará dada por el papel facilitador del entrevistador.

Tal como lo plantean Taylor y Bogdan, la entrevista en profundidad se caracteriza por la serie de encuentros que se orientan hacia la comprensión de perspectivas que tienen los informantes sobre sus vivencias, recuerdos, situaciones y sucesos, donde el investigador lejos de ser un mero recolector es el instrumento del proceso de mayor o menor medida guiado por una pauta de preguntas.

Este punto establece una primera diferencia en torno a los *tipos de entrevistas*. El grado de preparación y capacidad de estructura dado por el diseño hará que la técnica se oriente de manera *directiva o no directiva*.

En este sentido hay que tener en claro que no se trata de una jerarquización “valórica” o de “calidad”, sino de las necesidades propia del estudio específico a desarrollar, que en este caso se planteó desde la condición semiestructurada.

La entrevista semi estructurada se caracteriza por la prefiguración del investigador de la situación de interacción, altamente planificada y donde la pauta de preguntas opera como un factor mediador. Con ello la técnica está orientada a producir un relato, una narración particular donde el investigador al mismo tiempo que cumple con la función indagatoria, reconoce el lugar de intérprete de lo transcrito. (Arfuch, 2013)

En este sentido, la pauta fue estándar para todos los sujetos entrevistados y se reconoce como el mínimo guion a través del cual se recogen las dimensiones planteadas en los objetivos. Asimismo, a diferencia la interacción de una entrevista abierta, la entrevista estructurada y semi estructurada opera sin espacio para interrupciones de terceros y se aísla la relación en un eje que va desde la familiaridad hasta la impersonalidad propia de la posición del entrevistador como investigador.

Asimismo, al tratarse de un proceso mediado por la pauta, el investigador debe ocupar una posición de oyente interesado, manteniendo una

neutralidad y solo desviándose en la medida que requiere ciertas especificidades en el marco de la conversación.

La entrevista semi estructurada opera también como una entrevista semi abierta, que da paso a que el entrevistado se pueda explayar o bien, para que el entrevistador pueda ahondar en los aspectos que le parezcan pertinentes. La elaboración de una pauta coherente con la problematización enunciada, es imprescindible para el despliegue de esta técnica.

#### *6.4.1 Diseño del instrumento.*

La pauta de entrevista fue construida para satisfacer la recolección de información significativa sobre el proceso de producción, gestión y publicación de comunicación pública relacionada con las campañas de prevención en salud, ya sea desde la gestión gubernamental como a partir de decisores periodísticos.

El desarrollo de este instrumento (ver anexo) consideró las principales descripciones del estudio. La pauta, por tanto se construyó a partir de los siguientes campos temáticos: experiencia y trayectoria profesional en el campo de lo sanitario, rutinas y prácticas periodísticas, percepciones y valoraciones del sistema sanitario y la gestión de campañas;

percepciones y valoraciones del sistema mediático como agente de comunicación; y construcciones de sentido sobre la demanda de información sanitaria en las audiencias.

Para efectos del plan de análisis se utilizó un modelo de reducción basado en diseño de análisis de contenido propuesto por Cartwright. Este implicó trabajar con el corpus de entrevistas realizadas y establecer una matriz de reducción que reconociese dimensiones, categorías, variables y unidades de sentido mínimas, a partir del contenido transcrito. Debido al escaso volumen de entrevistas, este proceso se realizó de manera manual.

La dimensión cualitativa se planteó como una herramienta complementaria, por lo tanto, la recodificación fue asociada los distintos niveles de decisión editorial y no desde las percepciones o valoraciones vinculadas campaña a campaña. En este sentido, este componente permitió problematizar los hallazgos cuantitativos, del cual es subsidiario, en una función de informantes clave.

#### *6.4.2 Muestreo cualitativo*

El muestro, tal como es concebido en las formas tradicionales de abordaje de un diseño de investigación, implica la selección sistemática

y organizada de casos que participan del universo posible del objeto de estudio. Así, en tanto delimitación, todo muestreo puede articularse en dos grandes matrices: el primero, desde un criterio de representación, o bien, de manera segunda, a través de una composición significativa. Este último, al configurarse a través del propio diseño de investigación, en un carácter teórico- deviene en más relevante para al estudio propuesto y es afín a su carácter cualitativo ya descrito.

En este sentido, se entenderá el muestro teórico, lo que Ruiz plantea: es aquel que se utiliza para generar investigaciones en donde el analista revisa sistemáticamente todo un acumulado de informaciones y decide -producto de este conocimiento- qué datos coleccionar en adelante y dónde encontrarlos. Esto permite seleccionar a los sujetos o elementos más pertinentes o relevantes para el concepto o sustento teórico presentado en su potencial estudio. El muestreo teórico, por lo tanto, es juzgado por la validez de su teoría alcanzada.

Por otra parte, es común que este tipo de investigación cualitativa el muestro teórico se logre a través de cuotas, dadas a partir de los criterios de inclusión en la muestra (variables de selección de casos). Para el presente diseño, debido a la dificultad de acceso al universo se optó, en este nivel, usar un criterio opinático que permitió construir la muestra final del estudio a partir de los casos disponibles que cumplían los criterios teóricos.

Así la muestra quedó conformada con tres personas gestoras de la comunicación pública de salud y 10 entrevistas a periodistas a editores de medios, que cubrieron la diversidad de medios analizados.

Para la identificación de los *frames* derivados de las prácticas y rutinas periodística complementario al análisis cuantitativo, el estudio consideró como criterios de inclusión en la muestra a los profesionales o decisores comunicacionales que cumpliesen con los siguientes criterios:

- a. Periodista o Editor con dos años de trabajo en uno de los medios seleccionados para el análisis de contenido a noticias.
- b. Que haya realizado cobertura a temas de salud durante el año 2012.
- c. No tenga vínculos familiares o contractuales con organismos públicos o privados vinculados a agencias de publicidad o servicios de salud.





## **Cuarta Parte. Resultados y Discusión.**



**Capítulo 7. Análisis por campañas y primeras aproximaciones analíticas.**

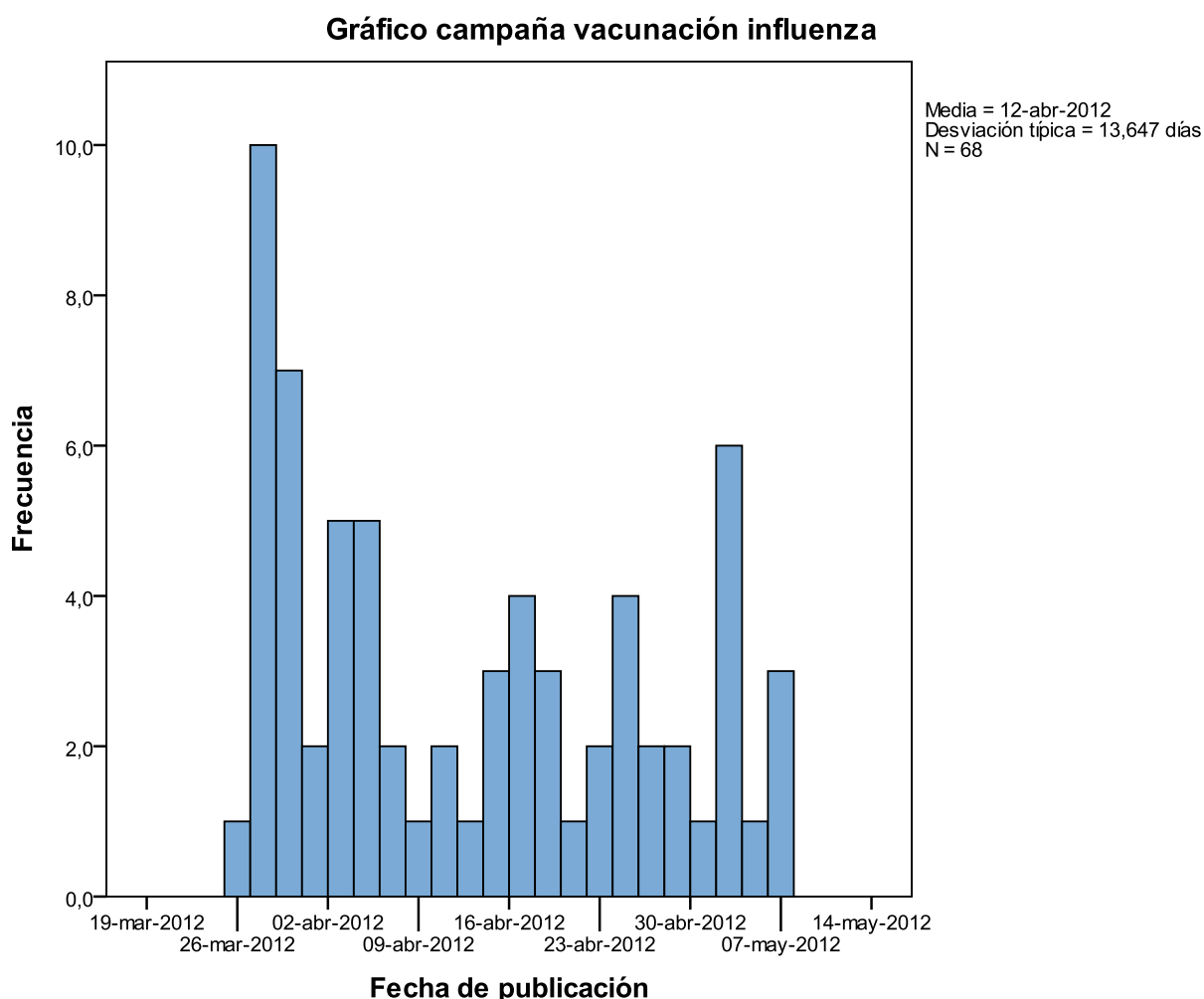


## **7.1 Cobertura y tratamiento de la campaña de prevención de la influenza**

La campaña de vacunación contra la influenza presenta una cobertura desde el día 26 de marzo del 2012 al 7 de mayo de 2012, dentro del cual se encuentran 66 noticias, siendo su peak el día del lanzamiento. Existe una cobertura permanente durante el periodo de duración de la campaña, donde no se observa un hecho noticioso que eleve significativamente la cobertura. En relación a esto, los temas principales de la cobertura son la vacunación propiamente tal y el cumplimiento de metas.

Esta campaña es parte de todos los medios, excepto por el Rancagüino y el aMaule, por lo que se desprende que es un tema de interés nacional.

Gráfico 2: Ciclo informativo



La mayor proporción de publicaciones se concentra en medios de alcance local por sobre los de cobertura nacional. Así, el 48,5% de ellas se concentran en diarios físicos locales, seguido por un 39,7% en medios de cobertura nacional y solo un 11,8% en medios locales on line autodefinidos como ciudadanos. En casi una de cada cuatro publicaciones aparece la firma del autor, lo cual es consistente con la relativa baja extensión de las publicaciones, pero su mayor número que otras de las campañas analizadas y que se presentarán en el informe

general. En este sentido, la media de extensión de los textos analizados se acerca a 5,9 párrafos, con un valor equivalente superior a los dos millones de pesos chilenos por publicación. Esto tiene relación con una mayor presencia relativa en medios de cobertura nacional, de mayor costo publicitario.

Pese a su recurrencia anual, la campaña sigue generando condiciones para competir medialmente, particularmente por los espacios de portada. Así logra aparecer en primera plana en el 13,2% de los casos, a través de una modalidad de tratamiento estrictamente informativo. Al revisar su composición a partir de los géneros periodísticos, en un 57,4% responden a notas, seguidas de un 10,3% de un trabajo más extenso en modalidad de crónica informativa. Cabe destacar que esta campaña contó, según su plan de medios, de presencia de publicidad pagada en los medios escritos.

La característica visual de los medios escritos, nuevamente se refleja en el tratamiento fotográfico asociado a las publicaciones. En un 88,2% de los casos, el texto iba acompañado de alguna ilustración, de las cuales el 65% ilustra directamente el hecho noticioso, según los peaks informativos, o bien alguna arista secundaria temática (26,7%), siendo prioritario el uso de infografías en estos casos.

La vocería de la campaña, vista de las fuentes gubernamentales citadas, aparece el Ministro con 4,4% de apariciones, el subsecretario de salud pública, con un 7,4% y un 27,9% el SEREMI.

Con respecto al lugar de referencia de las publicaciones, estas se centran en las realidades locales. Un 48,5% están centradas en información estrictamente regional, lo que se incrementa a un 55,9% al incorporar las informaciones ocurridas en la región metropolitana. La cobertura de la campaña, vista desde su dimensión nacional llega al 42,8%. A diferencia de algunas campañas, en la estrategia de vacunación contra la influenza sí predomina el uso de información contextual en un 69,1% de las notas, las que reenvían temáticamente a la campaña de invierno y/o al riesgo de una condición epidémica como lo fue el brote de H1N1.

En esta campaña es interesante la mayor dispersión temática asociada. Aunque como se dijo, predomina el hito de lanzamiento de campaña – situación que es recogida tanto por los medios de cobertura nacional como los locales- con un 57,4% de las publicaciones, es interesante que la segunda categoría sea con un 13,2% aquellos temas científicos – tecnológicos con respecto al objeto de la campaña. Si a este número se le suma que un 8,8% de las publicaciones abordaron temáticamente de manera principal la descripción del objeto de la campaña, es decir, la influenza, es posible argumentar que el interés medial estuvo dado por la relación de la gripe y la vacunación con sus características de eventual pandemia, así como los avances en la seguridad de la vacuna frente a la presencia de timerosal y trazas de mercurio.



Asimismo, la asociación del riesgo de contraer la enfermedad con la saturación potencial de la red es una hipótesis convincente al observar la reagrupación de las categorías. “red de salud pública” y “contagio / alerta sanitaria” al considerar en un periodo normal el 10, 3% de las publicaciones como tema principal. Solo a modo de referencia, es decir, a nivel de presencia en las notas de la red pública, en un 41,1 % se hizo mención a hospitales, centros médicos y clínica. De los que mencionaron a la red pública, en un 36,4% fue una referencia explícitamente positiva mientras que en aquellas que mencionaron la red privada, esta valoración aumenta al 53,8%. En ambos casos, la valoración negativa fue marginal lo cual es consistente con la ausencia de una crisis hospitalaria y al adecuado alcance de la vacunación en el país.

Tal como se presentará más adelante en detalle, la campaña logró instalar de manera implícita o explícita la dirección del mensaje preventivo, asociado a los grupos de riesgo o convocados a la vacunación, en un 60% de las publicaciones.

Tabla 2: Presencia de palabras claves Campaña de Invierno

	A) Palabra clave: prevención	A) Palabra clave: invierno	A) Palabra clave: salud responde	A) Palabra clave: vacunación
Media	,13	,38	,03	,84
N	68	68	68	68
Desv. típ.	,486	,864	,170	1,241
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	3	4	1	7

La utilización de las palabras claves en el caso de la campaña prevención influenza es mínima, no alcanzando siquiera el promedio de una palabra clave por producto periodístico. Como evidencia la tabla precedente, la palabra más utilizada es 'vacunación' con una media de 0,84 de aparición por publicación con una ausencia en el 51,5% de las notas, mientras que la menos usada es 'salud responde' con 0,03 donde sólo el 2,9% de las noticias presenta esta palabra. Esto se entiende puesto que esta palabra clave es un servicio paralelo de Ministerio de Salud, con su propia campaña de medios.

Dentro de las notas, existe referencia a los padres de niños de 6 a 23 meses tanto explícita (45,6%) como implícita (11,8%), mientras que en el 42,6% de los casos no se observa referencia a dicho público objetivo.

Gráfico 3: Referencia a padres de infantes en la campaña de invierno

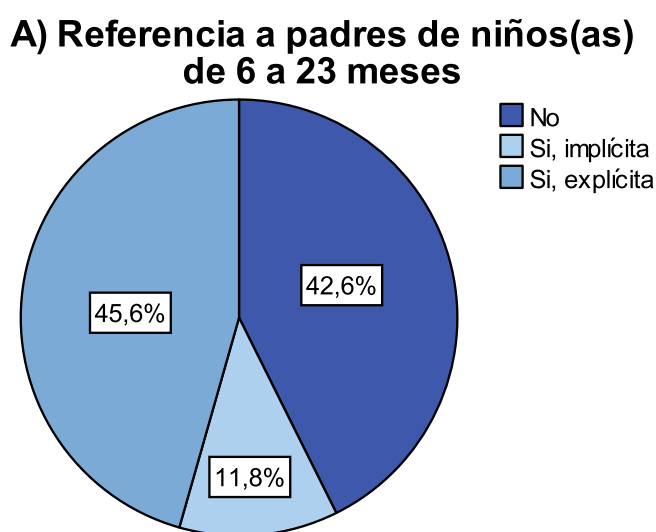


Tabla 3: Frecuencia y porcentajes de presencia de padres de infantes, campaña de invierno

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	37	94,9	94,9
	Positiva	2	5,1	100,0
	Total	39	100,0	

Considerando los 39 casos en los cuales existe algún tipo de referencia, es pertinente presentar la valoración asociada a estos públicos. Para el caso de padres de menores de 2 años, un 5,1% de los medios acompañan la presencia de dicho público con una valoración positiva, mientras que el 94,9% presenta una valoración neutral.

En segundo lugar, se observa que la referencia a las mujeres "embarazadas desde el segundo trimestre" es similar al caso anterior. Un 41,2% de las notas no presenta dicho público, y la referencia es principalmente explícita, con presencia en el 48,5% de los casos, superando en cantidad a la ausencia de referencia al público objetivo.

### A) Referencia a embarazadas desde el segundo trimestre

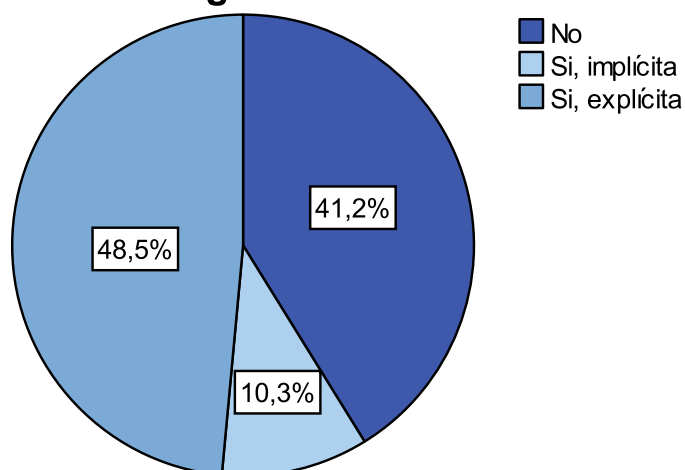


Tabla 4: Frecuencias y porcentajes de la presencia de mujeres embarazadas en la campaña de invierno

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	38	95,0	95,0
	Positiva	1	2,5	97,5
	Negativa	1	2,5	100,0
	Total	40	100,0	

La referencia que se realiza a embarazadas desde su segundo trimestre es principalmente neutra, opción que alcanza un 95%. Como muestra la tabla anterior, sólo existe un caso por cada una de las referencias (positiva o negativa), ambas alcanzando un 2,5%.

En tercer lugar, existe dentro del plan comunicacional la referencia a adultos mayores como público objetivo de la campaña de vacunación, el cual se encuentra presente en el 65,9% de las notas periodísticas

seleccionadas, con referencias principalmente explícitas, como se observa en el gráfico siguiente.

Gráfico 5: Referencia de adultos mayores

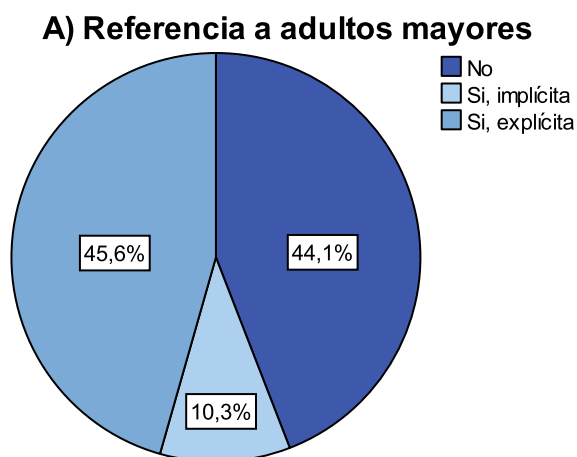


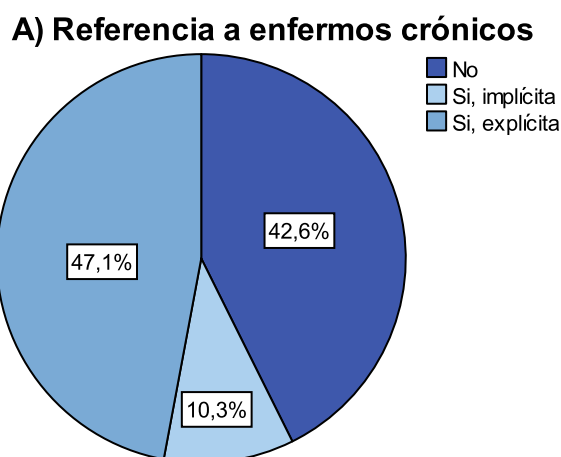
Tabla 5: Porcentajes de frecuencias y valoraciones de la presencia de adultos mayores

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	38	100,0	100,0

Como se observa en el cuadro anterior, el total de referencias a adultos mayores en las noticias seleccionadas presenta una valoración neutral, por lo que la mención de este público objetivo comprende un carácter descriptivo o de mención principalmente, lo que se condice con la mayoría de referencias explícitas de adultos mayores dentro de las noticias.

En cuanto a la referencia a enfermos crónicos, público objetivo de la campaña de vacunación influenza, se observa que se mantiene la tendencia

Gráfico 6: Referencia a enfermos crónicos



evidenciada en los casos anteriores, donde cerca del 40% de las noticias no realizan referencia a cada uno de los públicos objetivos en particular. Por su parte, del total de notas se tiene que un 47,1% de las noticias realiza una mención explícita a los enfermos crónicos.

Tabla 6: Porcentajes de frecuencias y valoraciones de la presencia de enfermos crónicos

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	38	97,4	97,4
	Negativa	1	2,6	100,0
	Total	39	100,0	

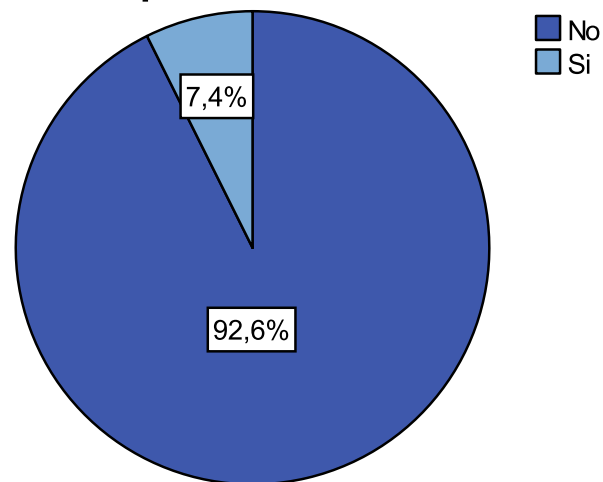
Del total de notas que realizan referencia al público objetivo delimitado, se observa que sólo un caso, equivalente al 2,6%, presenta una valoración específica, mientras que el 97,4% restante es de tono neutral.

Finalmente, se observa que sólo el 7,4% de las noticias del periodo estudiado presentan una referencia a la campaña de prevención de

invierno, campaña que se superpone a la de vacunación, como fue visto de manera precedente en este informe.

Gráfico 7: Relación con la campaña de invierno

**A) ¿Existe referencia a la campaña prevención invierno?**







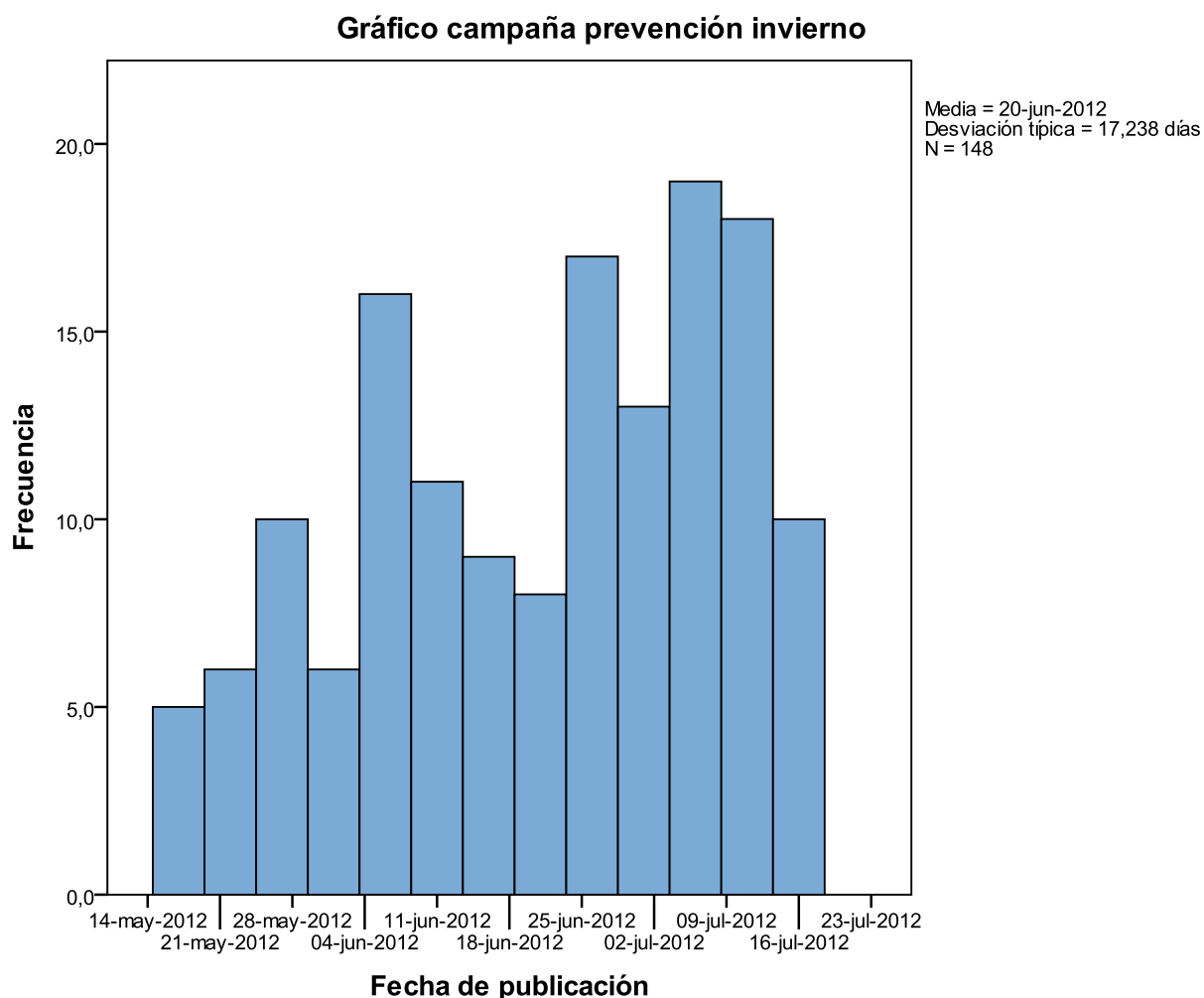
## **7.2 Análisis de la Campaña de Prevención de Invierno.**

La campaña de invierno se encuentra focalizada en la planificación administrativa, el buen uso de la red pública y la prevención tanto para evitar el contagio y el diagnóstico precoz de los síntomas para reducir las tasas de agravamiento de las enfermedades respiratorias prevalentes en esta estación del año.

La cobertura de la campaña comienza el día 14 de mayo, hito que coincide con el cierre de las campañas de vacunación de la influenza. Esta continuidad de ambas estrategias implica que los medios observan ambas irrupciones en lo público como una sola iniciativa, debido a que ambas logran centrarse en similar foco sanitario. Esto es consistente con la opinión de los periodistas que cubren el área de salud ya que relevan la convergencia de su ejercicio periodístico en este campo como un todo.

La campaña de invierno tiene un mayor número de noticias analizadas, las que se concentran al final del periodo, coincidiendo con las semanas más intensas del invierno en términos climáticos. Si bien existen momentos específicos de cobertura, la tendencia es al aumento del total de noticias relativas a la campaña, en la medida que esta transcurre.

Gráfico 8: Ciclo informativo de la campaña de invierno.



La campaña presenta una tendencia a distribuir homogéneamente la cobertura, según el alcance del medio. Así un 52,7% son publicaciones de medios locales, mientras que el 47,3% de medios nacionales; considerando la distribución de diarios que componen la muestra, este indicador permite aseverar que el actuar periodístico reconoce este tema como una comunicación susceptible de ser tematiza al interior del sistema de medios. En efecto al observar la distribución entre medios profesionales en relación a los ciudadanos, apenas un 8,1% de las notas publicadas corresponden a esta red con presencia en todo el país.

El nivel de autoría también se distribuye homogéneamente, en un estable 50,7% de publicaciones suscritas por alguien y un 49,3% no firmadas. La campaña, además, presenta texto de una envergadura superior a la media de todas las campañas analizadas, con 8,2 párrafos por nota, con un valor equivalente superior a los 3009392 pesos chilenos por publicación. Sin embargo, pese a mayor peso relativo en las páginas interiores, solo 4,1% de las veces, la publicación es enviada a portada. Esto es consistente con que el 77% de las notas son fueron estrictamente informativas en un formato de nota o crónica.

A nivel de fuentes, más del 70% de las publicaciones analizadas, cita directamente a algún actor o agente informativo. Y en similar proporción también presenta imágenes que en su mayoría ilustran directamente el hecho informado (69,1%) o bien un personaje relacionado con la información en tanto vocero. (20%). Modos gráficos más simbólicas o referenciales, solo son usados en el 10% de la muestra.

Al igual que la mayoría de las campañas estudiadas, la mayoría de las publicaciones escasamente ocupan adjetivaciones o establecen un registro narrativo de mayor complejidad que la descripción del acontecimiento. Solo en un 7,4% se recurre al conflicto como eje, y en un 8,8% al factor humano. No es de extrañar, entonces que los criterios de noticiabilidad tengan mayor relación con aquella pretendida objetivación:

magnitud y actualidad son los ámbitos que sostienen la cobertura de la campaña en un 55.4% de los casos.

Sin embargo, un 13,5 de los casos la cobertura tiene relación con la espectacularidad o la curiosidad, lo que se debe a relatos centrados en los efectos de la saturación hospitalaria y problemas derivados a la red de salud pública.

Es interesante constatar cómo esta campaña genera una nueva vocería en función de su carácter más centrado en la red y su uso. Así de las tres autoridades centrales, la más citada es el subsecretario de redes asistenciales con a lo menos una aparición en el 12.2% de las notas. A nivel local, los seremis tienen una cobertura similar con un 13.5% de las publicaciones.

Con respecto a la georreferencialidad de la información, es posible advertir que la producción centralizada en la capital con una perspectiva nacional, llega al 35,8% de las publicaciones, mientras que aquellas con un énfasis regional aumenta al 43.9%. Sin embargo, aquellas informaciones producidas en Santiago, pero desde una perspectiva local, llegan al 16.9% lo que puede decir que la centralidad de la información supera ligeramente a la localización del tema nacional.

Las asociaciones temáticas a la campaña son variadas y se distribuyen en cada una de las categorías estudiadas. Así, mientras el contagio y la

alerta sanitaria es el tema principal en el 24,3% de los casos y el 21,6% refiere directamente a la descripción del objeto de la campaña, en este caso el riesgo de las enfermedades respiratorias, es interesante consignar que todas las restantes categorías sobrepasan el 10%: presentación de la campaña (16,2%), rol o función de instituciones colaboradas (14,9) rol de la red de salud (12,2%), e investigación (10,9%). Esto también se refleja en la percepción salud / enfermedad que presentan las publicaciones: un 45,6% de las publicaciones apelan a la atención, la contención o lo condenatorio sobre las enfermedades respiratorias y la respuesta sanitaria puesta en práctica.

Frente a la presencia de menciones sobre la red pública (48, 1%), la mayor cantidad de menciones son neutras; en el caso de las valoraciones negativas, estas representan a una de cuatro publicaciones que hablan del tema, mientras que las positivas llegan apenas a un 18,4%. Para los medios, en cambio, la respuesta del sector privado es positiva en una de cuatro publicaciones, siendo negativa solo en el 15,8% de los casos.

Gráfico 9: Tipo de referencia a la red de salud pública

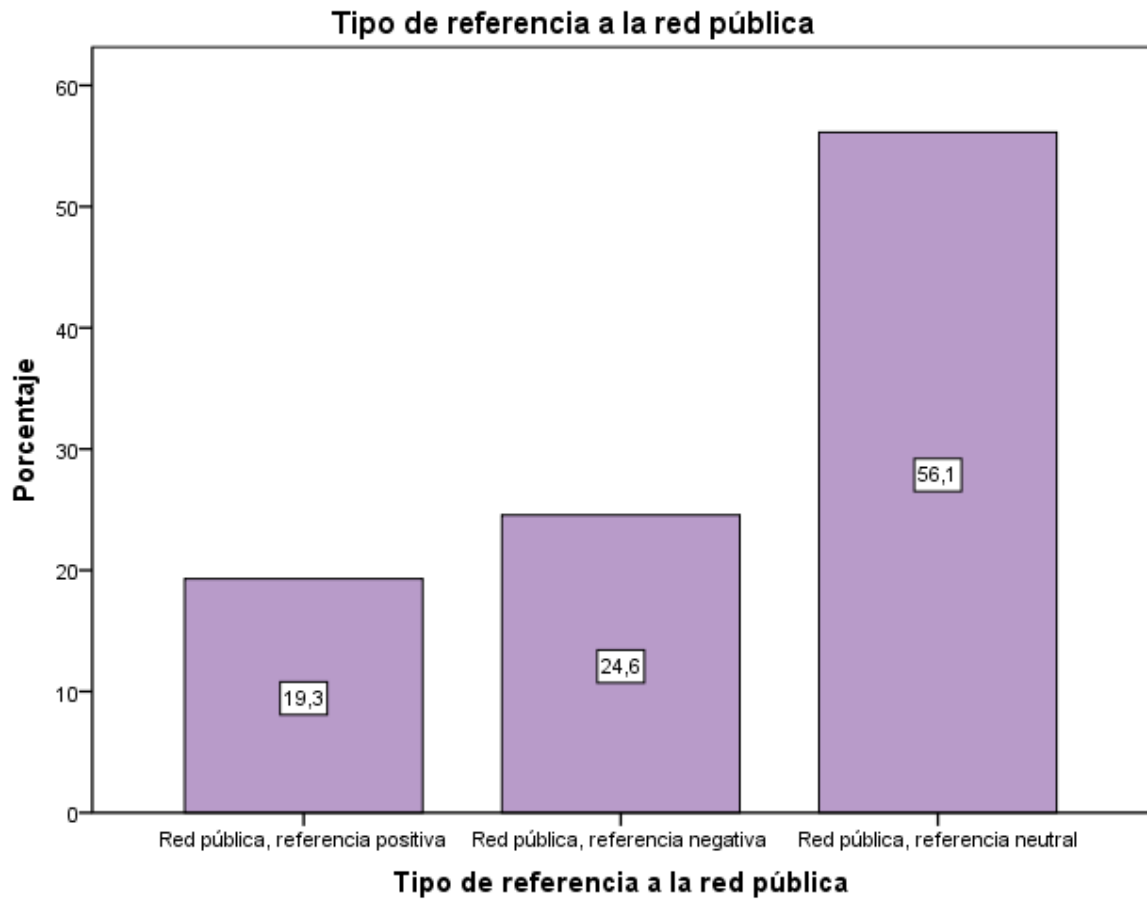


Gráfico 10: Tipo de referencia a la red de salud privada.

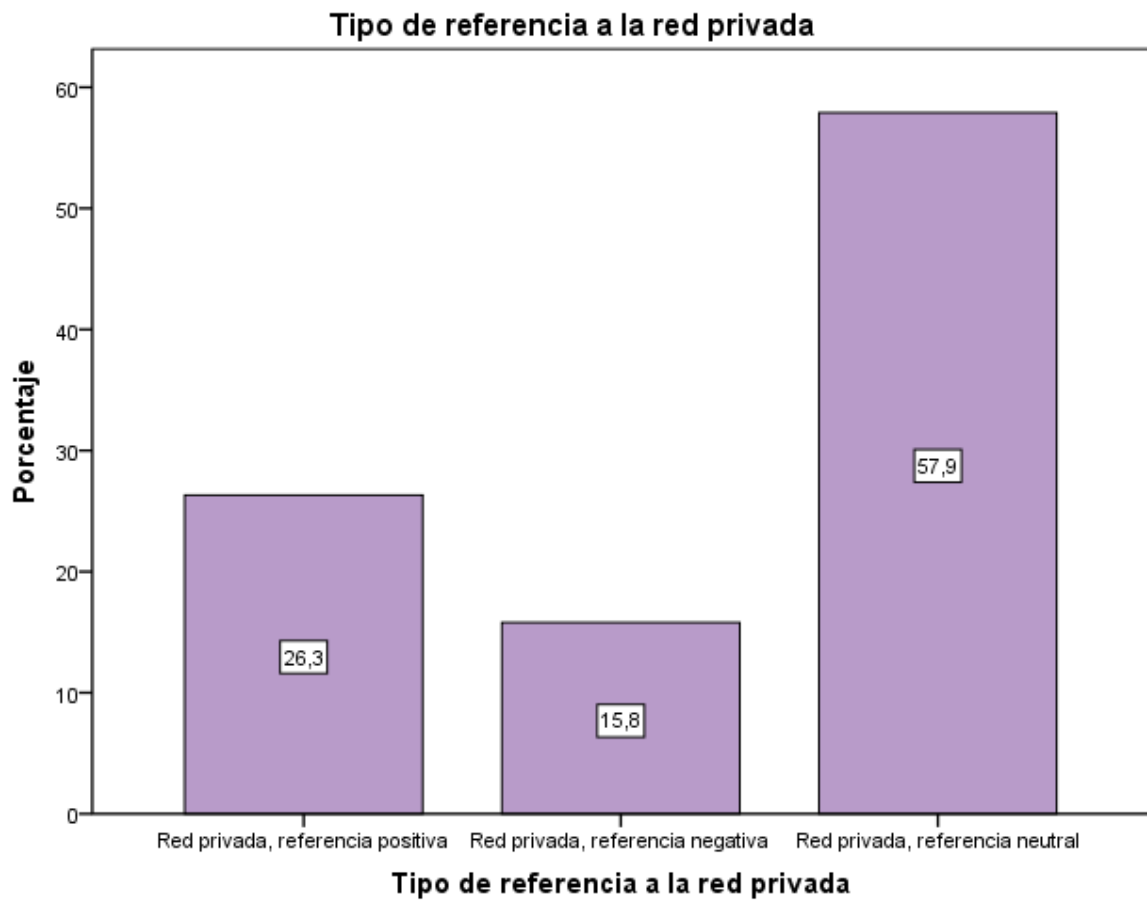


Tabla 7: Presencia de palabras clave, según brief

	B) Palabra clave: invierno	B) Palabra clave: Red asistencial	B) Palabra clave: Salud responde	B) Palabra clave: Influenza
Media	,79	,07	,02	,72
N	148	148	148	148
Desv. típ.	1,138	,263	,141	1,603
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	5	1	1	11

Las palabras claves utilizadas tienen poca presencia dentro de las unidades noticiosas relativas a la campaña de prevención invierno, donde 'salud responde' es el concepto menos utilizado, con un promedio de 0,02 por nota y sólo un 2% de uso, siendo que en este caso este servicio sí es promocionado como una línea de ayuda telefónica dentro de la campaña de invierno. Por su parte, el término más utilizado es 'invierno' con una media de 0,79, palabra presente en el 45,3% de las noticias fichadas. Vale destacar que la palabra 'influenza' posee un promedio similar y un uso en el 32,4% de las noticias.

Los niños y niñas son el público objetivo principal de la campaña de salud prevención invierno; sin embargo, en el 46,6% de las unidades noticiosas no aparecen mencionados. La referencia a ellos y ellas se observa en el 55,4% de los casos, en donde la mayoría son de carácter explícito, como se observa en el gráfico siguiente:



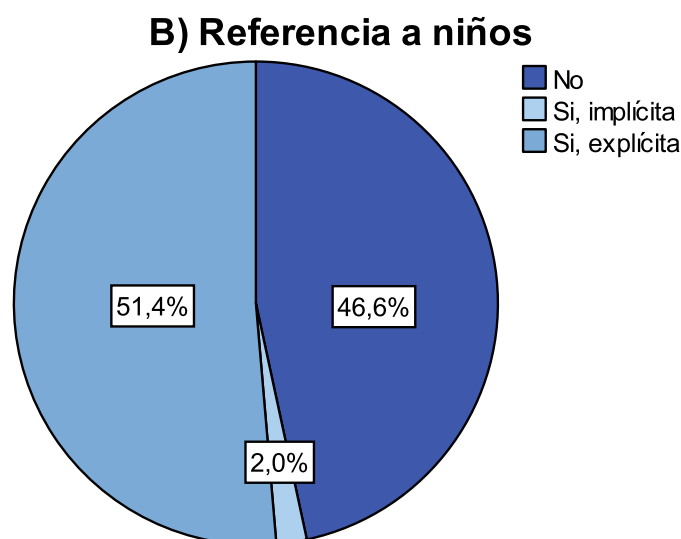


Tabla 8: Valoraciones de la presencia de niños como público objetivo

		Frecuencia	Porcentaj e válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	56	70,9	70,9
	Negativa	23	29,1	100,0
	Total	79	100,0	

En los casos en que existe referencia a niños, se observa que la mayoría de las presencias tienen un carácter neutral; sin embargo, parece importante destacar que siendo los niños y niñas el público objetivo al que se dirige esta campaña, el 29,1% de las notas que tratan esta campaña presenten una valoración negativa hacia los menores, lo cual puede deberse al tratamiento de noticias relativas al colapso de la salud pública.

Para el caso de las mujeres embarazadas, la mayoría de las noticias no aborda este público objetivo, con una ausencia en las notas de un 87,2%,

mientras que el 9,5% de las referencias son explícitas y el restante 3,4% son indirectas. Esto indica la poca relevancia de este grupo objetivo dentro de las noticias que abordan la campaña.

Gráfico 12: Referencia a embarazadas como público objetivo

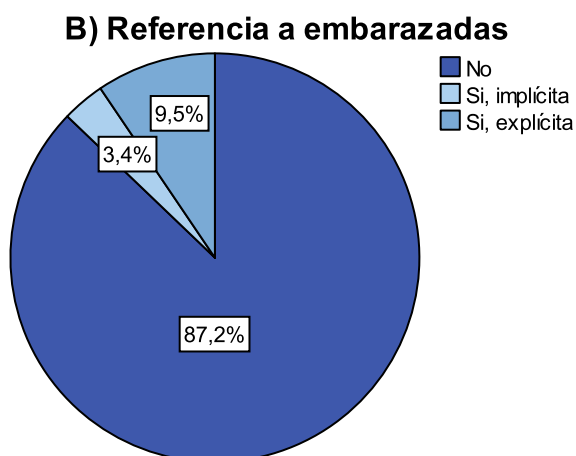


Tabla 9: Valoraciones de la presencia de mujeres embarazadas.

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	19	100,0	100,0

En los casos donde existe referencia, la totalidad de las noticias muestra una mención neutral de dicho público objetivo.

La referencia a los adultos mayores, si bien es mayor que en el caso de las mujeres embarazadas, no supera la mitad de las notas alcanzando un

2,7% de menciones implícitas y un 29,7% de menciones explícitas, llegando a un total de 32,4%.

Gráfico 13: Referencia a adultos mayores como público objetivo

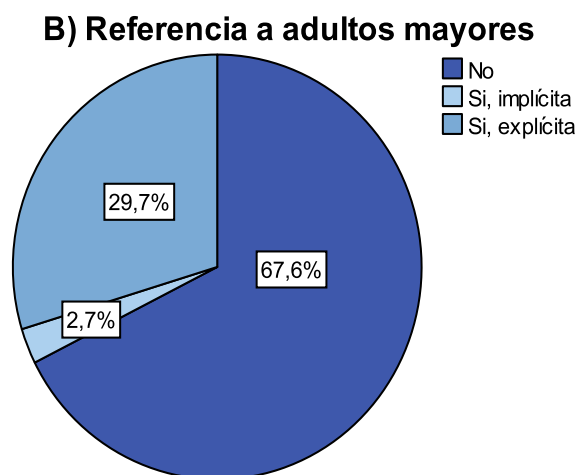


Tabla 10: Valoraciones de la presencia de adultos mayores.

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	40	83,3	83,3
	Negativa	8	16,7	100,0
	Total	48	100,0	

La referencia, ya sea explícita o implícita, es principalmente neutra, puesto que solamente se observa un 16,7% de menciones con una valoración negativa, mientras que el 83,3% de las restantes presentan una valoración neutral.

En cuarto lugar, se observa que los enfermos crónicos son un público objetivo poco mencionado, ya que en el 85,1% de las unidades noticiosas no se observa presencia de este nicho. Además, en el 2,7% de las noticias

las menciones a los enfermos crónicos es implícita, y en el 12,2% restante es explícita. Las pocas menciones que se encuentran en las notas sobre los enfermos crónicos, son en su totalidad de carácter neutral.

Gráfico 14: Referencia a las personas con enfermedades crónicas

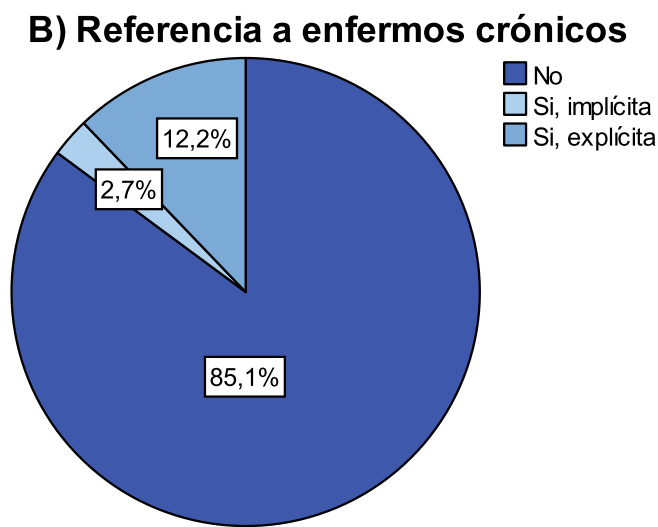


Tabla 11: Valoraciones de la referencia a enfermos crónicos

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	22	100,0	100,0
Total		692		

La campaña de prevención invierno incluye diversas enfermedades cuyo brote se manifiesta en el periodo de los meses de invierno, por lo cual vale

preguntarse por la mención de enfermedades específicas dentro de las unidades informativas. En este caso, lo que se observa es que el 56,8% de los casos existen referencias a enfermedades específicas, orientando la prevención.

*Tabla 12: Referencia a enfermedades específicas*

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	64	43,2	43,2
	Si	84	56,8	100,0
	Total	148	100,0	

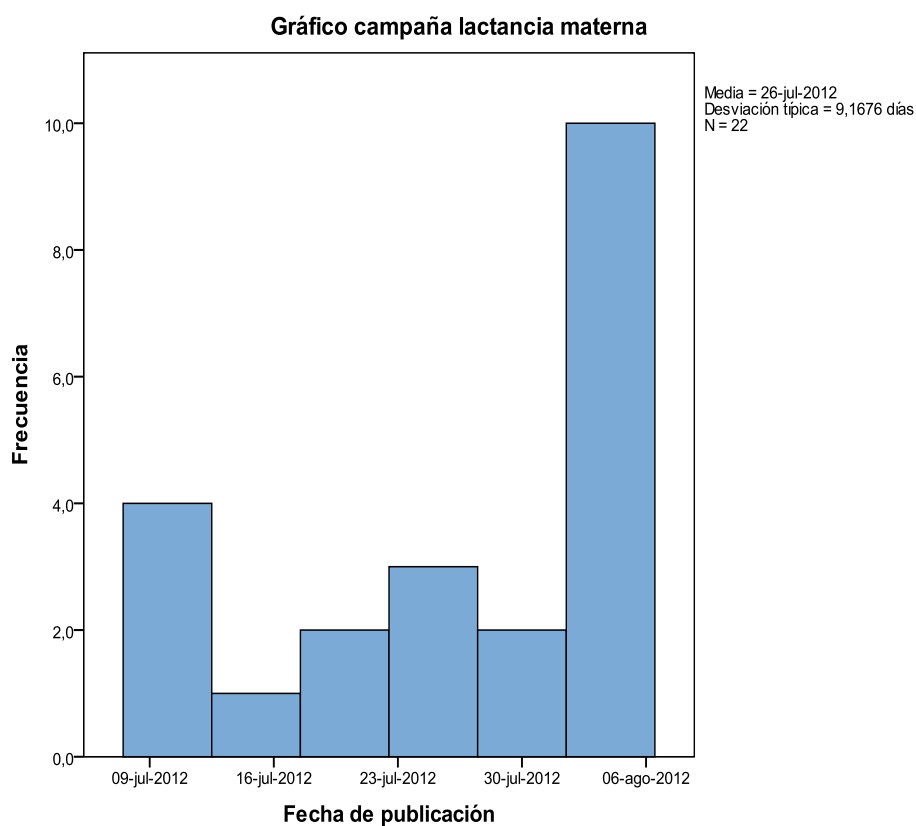


### **7.3 Análisis de la Campaña de lactancia materna**

Para el análisis de esta campaña fueron fusionados dos planes de campaña: lactancia materna y lactancia rural, debido a la escasa cobertura de esta última y la similitud de temas abordados por ambas estrategias. Pese a esto, es la campaña que menor cantidad de publicaciones registra, con un  $n$  total de 20 notas.

Su breve ciclo informativo es consistente con la duración de la campaña, presentando a lo menos una noticia semanal. De las 20 noticias, 10 de ellas se concentran la última semana, debido a una inusual manifestación a favor de la lactancia, logrando que el tema se posicionara con mayor fuerza en los medios de comunicación.

Gráfico 15: Ciclo informativo de la campaña de lactancia materna.



Esta escasa cobertura de la campaña se concentra principalmente en medios de características locales, con un 68.2% de las publicaciones, principalmente en medios locales no ciudadanos de características impresas (63,6%). Los medios nacionales, por su parte llegan al 31,8% de la muestra mientras que los medios autodenominados ciudadanos, sus publicaciones solo llegan al 4,5%

La escasa presencia, en cambio, se compensa con una media de extensión en párrafos de 6,09 por publicación, equivalente a 610 centímetros cuadrados por nota y con un valor publicitario equivalente



de 3.916.417 pesos. Esto se indica, entonces, que la cobertura tuvo una característica más episódica, donde los medios lograron dar más extensión a los hitos de la campaña, pero con una escasa continuidad de ella.

A nivel de género periodístico, es interesante consignar, que 9,1% de las publicaciones fueron del género de opinión producto del debate sobre la lactancia materna, tanto a través de cartas al director como de columnas de opinión. Sin embargo solo en contadas excepciones la información sobre la campaña llegó a ocupar un lugar periodístico relevante en portada (4,5%)

Asimismo la ilustración de la información se realizó en el 72,7% de las publicaciones, de las cuales el 50% se focalización en las actividades propias de la campaña, un 31,3% a un personaje o actor relevante de la información y un 18,6% un concepto en particular como el amamantamiento, el reemplazo por fórmula u otro. Lo anterior es consistente con el tipo de enfoque realizado por el periodista: pese a que prima el distanciamiento y la neutralidad en la cobertura, en un 36,4% de los casos el factor humano orientó la publicación y en un 13,6% las publicaciones estuvieron centradas desde la asignación de responsabilidades sobre algún hecho o acontecimiento de la campaña.

Asimismo, al observar los criterios de noticibialidad, llama la atención que en un 9,1% de las publicaciones, estas se centrasen en la espectacularidad o curiosidad derivada de las acciones de la campaña, en especial los amamantamientos públicos masivos. (tetatón)

Como era de esperar, en el tema general de cobertura, predomina la presentación o lanzamiento de la campaña, como principal hito (54,5%); sin embargo, en la cobertura de esta iniciativa se observa una apertura a la discusión sobre el rol o función de las entidades colaboradoras al Ministerio (13,6%) y la discusión sobre el objeto de la campaña como de la investigación asociada a él donde reagrupadas ambas categorías llegan al 18,2%

En la descripción de fuentes, la tendencia de la cobertura sigue el tratamiento escalar: a mayor localización, mayor presencia del Secretario Regional Ministerial; mientras que la figura del ministro permanece en a nivel de tema nacional. Esto es consistente al observar la georreferencialidad de las informaciones: en un 63,9% de los casos las informaciones son locales no metropolitanas, mientras que en un 36,4% son nacionales, incluyendo en ellas las producidas y referenciales a la región capital.

Como era previsible, esta campaña cuenta con una escasa referencia a la red pública de salud. E incluso, al existir alguna mención esta es positiva (28,6) en términos de su función promotora y de acción sanitaria. A su vez, la referencia a la red privada es inexistente.

Tabla 13: Presencia de palabras claves de la campaña de lactancia materna.

	C) Palabra clave: embarazo	C) Palabra clave: familia	C) Palabra clave: seis meses	C) Palabra clave: beneficios	C) Palabra clave: leche artificial
Media	,30	,25	,70	,90	,15
N	20	20	20	20	20
Desv. típ.	,657	,444	,979	1,447	,489
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	2	1	3	4	2

La campaña de lactancia materna, que incluye también la difusión en el mundo rural, es una de las campañas menos abordadas por la prensa, como ha quedado de manifiesto a lo largo de esta investigación. Al igual que en los casos anteriores, ninguna palabra supera 1 presencia por nota; sin embargo, para este caso el término 'beneficios' se observa un promedio de 0,9 por nota con un máximo de 4 apariciones por cada unidad informativa, lo que se condice con la campaña, en tanto busca destacar los beneficios de la lactancia materna. El término menos usado es 'leche artificial' con un promedio de 0,15 y una desviación de 0,489, lo que indica la poca presencia en general de tal palabra.

Si bien el término 'beneficios' es aquel con mayor promedio de aparición, en términos de porcentaje esta palabra se encuentra presente en el 35% de las unidades informativas, mientras que 'seis meses', con un promedio de 0,7, se encuentra en el 45% de las notas; no obstante, sigue siendo la palabra 'beneficios' la que más aparece en términos netos (10 apariciones en total para 'seis meses', contra 20 apariciones en total para 'beneficios').

Por otra parte, las mujeres embarazadas son un público objetivo fundamental dentro de esta campaña, pero sólo alcanza a aparecer en la mitad de las unidades informativas fichadas. De la mitad restante, un 10% de las menciones son implícitas y el 40% son explícitas.

Gráfico 16: Referencia a mujeres embarazadas.

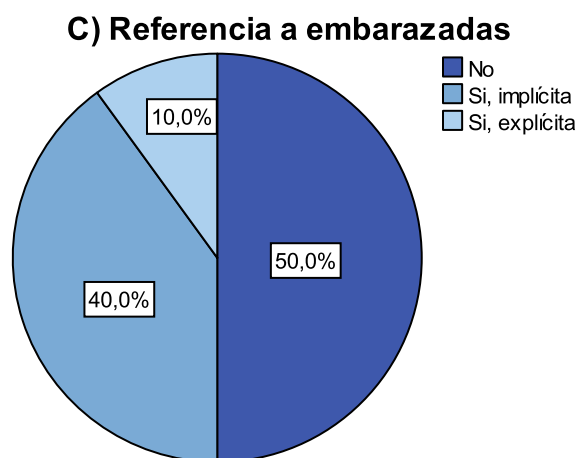


Tabla 14: Valoraciones de la referencia a mujeres embarazadas

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	2	20,0	20,0
	Positiva	8	80,0	100,0
	Total	10	100,0	

En los casos en que hay referencia, se observa que el 80% de las referencias son positivas, lo que indica un cambio en la tendencia identificada en las campañas anteriores, lo cual se debe al enfoque de la campaña, que busca incentivar las prácticas de amamantamiento de las mujeres que son o serán madres.

En segundo lugar, se tiene como público objetivo las madres de menores de 6 meses, es decir en periodo de lactancia. En este caso, en el 60% de las noticias no existe referencia a este segmento, mientras que el 30% de los casos presenta menciones explícitas, y sólo el 10% menciones implícitas, como se observa en el gráfico a continuación:

### C) Referencia a madres de menores de 6 meses

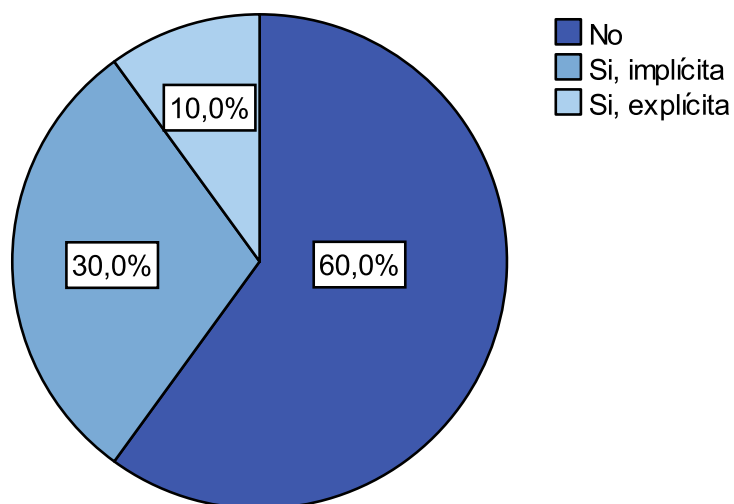


Tabla 15: Valoraciones asociadas a la referencia existente a madres de niños menores de 6 meses

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	1	12,5	12,5
	Positiva	7	87,5	100,0
	Total	8	100,0	

Al igual que en el caso anterior, como la campaña de lactancia materna se centra en un mensaje positivo, destacando las ventajas de amamantar, se observa que el 87,5% de las menciones son referencias positivas,

mientras que sólo un 12,5% son neutras. Para este caso, debido al contexto en el que se encuentra, no existen referencias negativas.

En tercer lugar, la familia se presenta como un eje clave en la campaña, buscando centrar el mensaje no sólo hacia la mujer, sino que hacia la familia en conjunto. En relación a este público objetivo, se tiene que el 85% de las notas no presenta referencia al núcleo familiar, mientras que sólo un 15% la tiene pero de manera implícita. La referencia explícita a la familia se encuentra ausente dentro de las unidades noticiosas.

Gráfico 18: Referencia a la familia

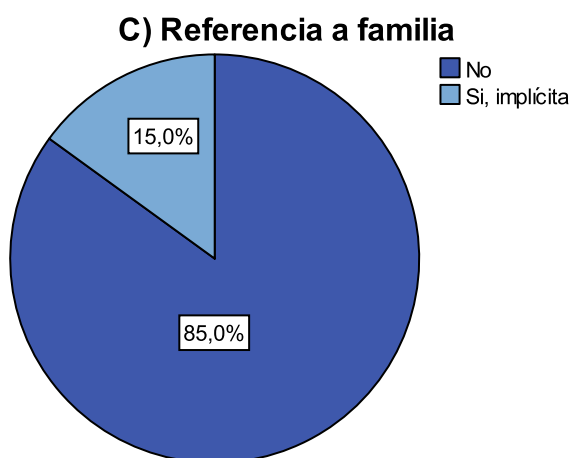


Tabla 16: Valoraciones asociadas a la referencia a la familia.

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	1	33,3	33,3
	Positiva	2	66,7	100,0
	Total	3	100,0	

Sólo tres casos son los que presentan referencia implícita a la familia, dentro de los cuales 2 poseen una valoración positiva, y sólo uno posee valoración negativa, equivalente al 33,3% de los casos.

Frente a la pregunta si existe referencia explícita a la lactancia en el mundo rural, se observa que en la totalidad de los casos el mundo rural se encuentra ausente del discurso en las notas informativas fichadas, lo cual no se condice con el brief de la campaña. Vale recordar que para este estudio fueron fusionadas dos campañas de lactancia materna, siendo una de ellas específicamente dirigida a mujeres trabajadoras del mundo rural, por lo cual se puede decir que este elemento de la campaña no es cubierto por los medios.

*Tabla 17: Referencia a trabajadoras rurales*

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	20	100,0	100,0

En relación a lo mismo, las trabajadoras agrícolas de temporada eran el público particular al cual la campaña de lactancia rural se enfocaba, situación que no se ve reflejada en la cobertura de los medios, ya que nuevamente se encuentra ausente en el 100% de las unidades noticiosas.



Tabla 18: referencia a mujeres que trabajan en labores agrícolas de temporada.

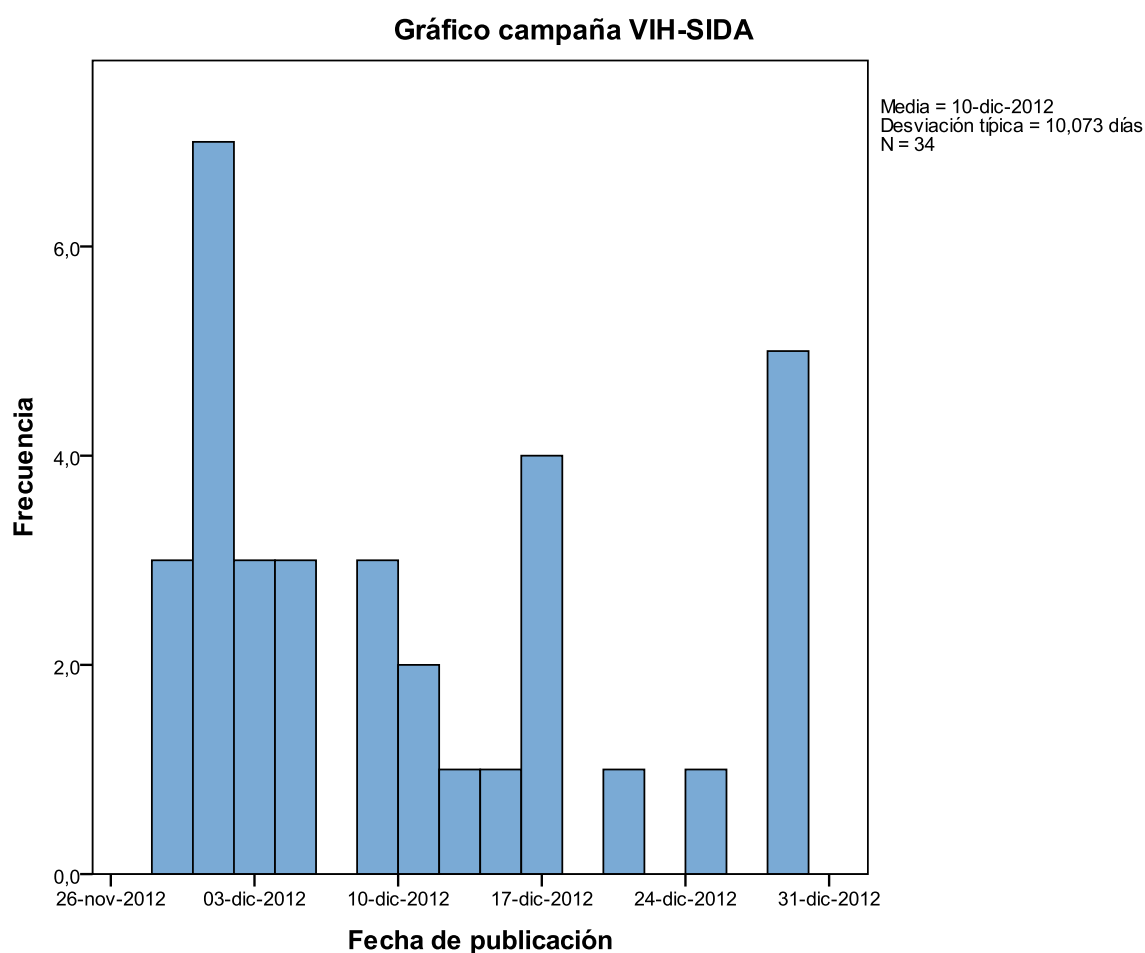
		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	20	100,0	100,0
Total		692		



#### 7.4 Análisis de la Campaña Nacional de Prevención del VIH SIDA.

La campaña nacional de prevención de VIH SIDA, cuenta con 34 publicaciones, las que se distribuyen de manera asimétrica durante el periodo de desarrollo. Es notorio su peak asociado a la conmemoración del 1 de diciembre -día internacional del VIH SIDA-, siendo este hito un factor de continuidad de su cobertura.

Gráfico 19: Ciclo informativo campaña de prevención del VIH SIDA:



Al reagrupar las informaciones según el alcance del medio y carácter del medio, un 32,4% de ellas corresponden a medios de alcance nacional, un

52,9% local no ciudadano y un 14.7% local ciudadano. Sin embargo, al desglosar la información por medio, es posible advertir que la campaña es cubierta principalmente por los medios de alcance nacional y por el medio local La Estrella de Arica, donde, del total de medios que cubren la campaña, dicho diario local abarca el 23,5% del total de las publicaciones relativas al VIH-SIDA en el periodo estudiado.

Este hecho puede relacionarse con la mayor prevalencia del VIH en la región de Arica con respecto al total nacional, en donde la tasa de contagio de esta región fue la mayor del país, alcanzando 43,5 notificados por cada 100.000 habitantes, cifra considerablemente superior a 21,1 por cada 100.000 habitantes, correspondiente a la tasa nacional para el año 2012 (Instituto de Salud Pública, 2013).

A nivel de estructura de la información, el 50% corresponde a notas informativas y un 23.5% de crónicas y reportajes. Llama la atención la ausencia del género de opinión en la cobertura de esta campaña: apenas un 2,9%. Este hecho, podría estar relacionado con el cambio de eje de la discusión sobre la prevención del VIH, que pasó de un tema propio de la sexualidad a la promoción del examen. Esto reduciría la toma de posición con respecto a dimensiones ético valóricas vinculadas a la abstinencia, el uso del condón y la pareja única y exclusiva, estrategias centrales de campañas anteriores. Esto es consistente con que solo un 2,9% de las informaciones analizadas abordaron la información desde el conflicto.

Sin embargo, a nivel de enfoque, el tratamiento periodístico tuvo una mayor complejidad. Un 44,1% de las informaciones orientaron el tema hacia el costo o beneficio social de la prevención y un 14.7%, a partir del costo o beneficio económico del acceso a tratamiento post examen.

A nivel de vocería, esta se concentra principalmente en la figura del ministro de salud, con un 23,5% de menciones por nota y, en segundo término, las autoridades sanitarias locales, con 11,8% de apariciones. A su vez, de las fuentes citadas 12,9% correspondieron a expertos y solo un 19,4% a ONG's lo que implicaría una progresiva menor presencia de la sociedad civil organizada en torno al tema, en relación a otros periodos de campaña.

Esto, a su vez, es consistente con la distribución de los temas de cobertura. Aunque más del 50% de las informaciones responden a la presentación o lanzamiento de la campaña (nacional o local), un 23,5% hacen alusión al rol o función de las entidades colaboradoras, seguidas con un 11.8% sobre la investigación asociada al objeto de la campaña. Llama la atención la baja presencia de informaciones asociadas a la alerta sanitaria (2,9%) como también a la descripción general del objeto asociada a la campaña, en este caso la pandemia y los mecanismos de prevención asociados al VIH SIDA.

Otro aspecto interesante de la revisión general de los indicadores de la cobertura y tratamiento de esta campaña es el fuerte peso de las

informaciones donde la percepción principal sobre la salud y la enfermedad no está puesta en la prevención. Así, la cobertura trasladaría la cobertura hacia un ámbito más propio al post examen, es decir al tratamiento y la atención clínica (35,3%), en un sistema de salud que garantiza el acceso universal a medicamentos antiretrovirales.

Es por ello también que la referencia a la red de salud no pueda ser obviada por los medios estudiados (52,9%) Pese en la mayoría de los casos ser neutral, un 23.5% de las publicaciones cuando se refieren a la red pública, lo hacen positivamente, mientras que apenas un 11,8% lo hace de manera negativa. Por otro lado, la mención a red privada es neutral en la totalidad de los casos.

Un aspecto interesante de esta campaña es que, tal como se observó en su brief, buscó posicionar la toma temprana y oportuna del examen como mecanismo preventivo y de control epidemiológico, en desmedro de las otras alternativas de prevención. Solo como un indicador de su efectividad –pese a la baja cobertura de la campaña- lo cierto fue que la palabra examen logró una media de apariciones de 1,32 por publicación, seguida por condón o preservativo con 0,53, y la palabra diagnóstico con 0,24. En cambio la palabra abstinencia o pareja única, prácticamente fueron inexistentes con 0,03 y 0,6 menciones por nota.

Los restantes peaks informativos corresponden a periodos en los cuales se discutía la disponibilidad de medicamentos bioequivalentes para

condiciones crónicas con el virus, lo cual justificaría esta presencia relativa de la campaña en el ciclo estudiado, sobre todo considerando que las fechas en las cuales se ejecuta, coinciden con el periodo de navidad y año nuevo. Se constata además que los medios de la zona sur tienden a cubrir en menor cantidad la campaña, lo cual también coincide que las menores tasas de casos informados en estas regiones del país.

Tabla 19: Presencia de palabras claves, asociadas al brief.

	D) Palabra clave: Examen	D) Palabra clave: Diagnóstico	D) Palabra clave: Condón	D) Palabra clave: Abstinencia	D) Palabra clave: Pareja única
Media	1,32	,24	,53	,03	,06
N	34	34	34	34	34
Desv. típ.	2,142	,554	1,482	,171	,239
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	9	2	7	1	1

En el caso de la campaña de prevención del VIH-SIDA, se observa por primera vez una palabra que supera el promedio de una aparición por nota informativa. La palabra 'examen' presenta un promedio de aparición de 1,32 veces por noticia; sin embargo, presenta un mínimo de 0 y un máximo de 9 y una desviación de 2,142, lo que indica una dispersión importante en la manera en que se presenta esta palabra en las distintas notas. Esto explica que el 58,8% de las publicaciones no aparezca dicho término.

En cuanto a las palabras menos usadas, estas son 'abstinencia' y 'pareja única', lo cual tiene sentido en tanto el brief de la campaña apunta a que las personas realicen el examen del SIDA, por sobre otros métodos de prevención como el uso de condón, la abstinencia o la pareja única.

El principal público objetivo de la campaña prevención del VIH-SIDA son los jóvenes entre 20 y 29 años, asumiendo que son un grupo de riesgo. No obstante, la mención hacia este nicho se encuentra bastante reducida en las publicaciones fichadas, alcanzando un 14,7%, mientras que en el 85,3% restante no existe referencia alguna a este grupo.

Gráfico 20: Referencia a los jóvenes como público objetivo de la campaña.

**D) Referencia a jóvenes entre 20 y 29 años**

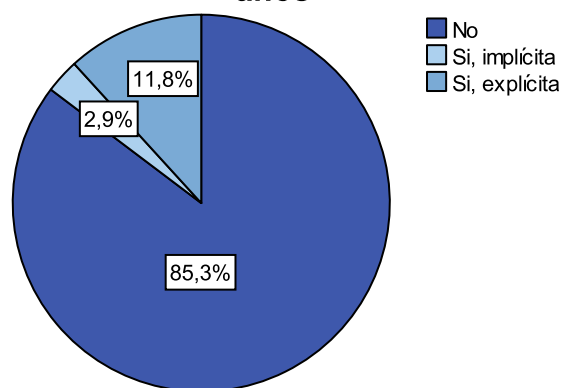


Tabla 20: Valoraciones asociadas a la referencia a jóvenes.

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	5	100,0	100,0



En los pocos casos donde existe referencia, esta presenta un carácter neutral, por lo que se descarta el discurso acusatorio como un elemento presente respecto de los jóvenes y la enfermedad.

El segundo público objetivo de relevancia dentro de la planificación de la campaña son los hombres que tienen sexo con otros hombres y cuyas edades fluctúan entre 19 y 39 años. Este nicho presenta muy pocas referencias dentro de las unidades noticiosas, donde sólo un 5,9% de las noticias presentan una mención implícita, siendo inexistentes las referencias explícitas, como se observa en el gráfico a continuación:

Gráfico 21: Referencia a hombres que tienen sexo con hombres.

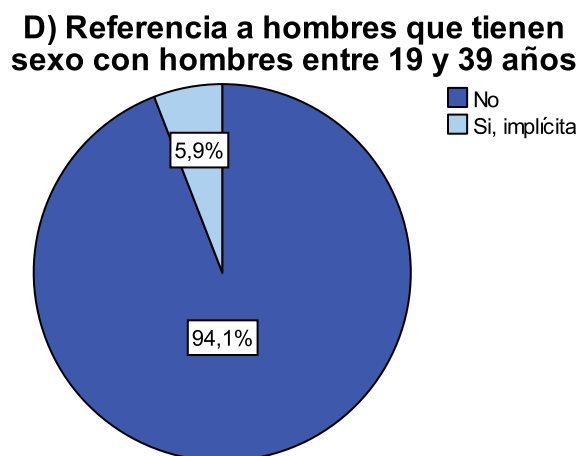


Tabla 21: Valoraciones asociadas a la referencia de hombres que tienen sexo con hombres.

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	2	100,0	100,0

Los únicos dos casos en los que se observa una referencia implícita, presenta una valoración neutral.

El tercer público objetivo al cual se hace referencia son los transgéneros, los cuales no se encuentran presentes dentro del discurso de las noticias fichadas. El 100% de las publicaciones no menciona este grupo.

El cuarto público objetivo al cual se debiera hacer referencia son los trabajadores y trabajadoras sexuales, los cuales son mencionados sólo en un 2,9% de las notas fichadas.

Gráfico 22: Referencia a trabajadores y trabajadoras sexuales.

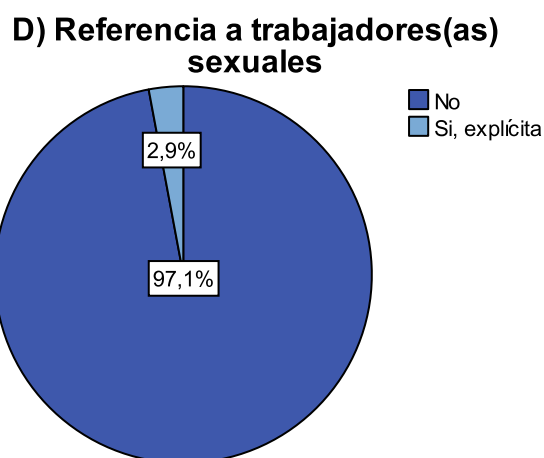


Tabla 22: Valoraciones asociadas a la presencia de trabajadores y trabajadoras sexuales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Negativa	1	,1	100,0	100,0

Sólo en un caso existe referencia a este público objetivo, en donde se observa una valoración negativa, por lo cual no es posible sacar conclusiones al respecto.

Un siguiente público objetivo que se encuentra dentro del brief de la campaña son los pueblos originarios, quienes no se encuentran mencionados en ninguna de las noticias fichadas.

El último público al que se hace referencia en el brief son las mujeres, quienes son mencionadas en un 17,7% en total, siendo dos tercios de las menciones de carácter explícito.

Gráfico 23: Referencia a las mujeres como público objetivo.

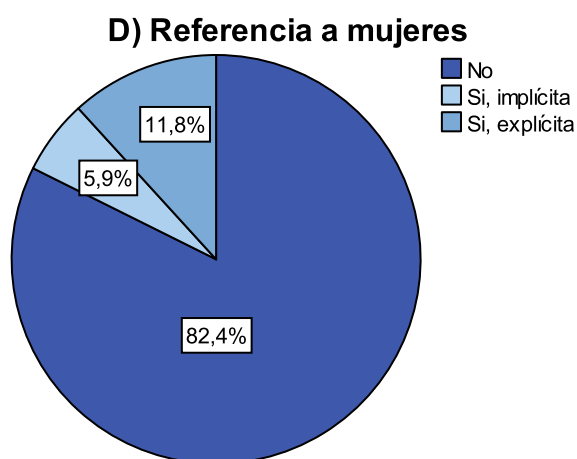


Tabla 23: Valoraciones asociadas a la referencia a mujeres.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Positiva	2	,3	33,3	33,3
	Negativa	4	,6	66,7	100,0
	Total	6	,9	100,0	

De las menciones que se logran identificar en relación a las mujeres, se observa que dos tercios de ellas presentan un carácter negativo, mientras el 33,3% restante son positivas, ausentándose las referencias neutrales.

Tabla 24: Relación entre el VIH SIDA y homosexualidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	33	4,8	97,1	97,1

	Si, explícita	1	,1	2,9	100,0
	Total	34	4,9	100,0	

Del total de noticias fichadas, se identifica que el 97,1% no presentan una relación explícita o implícita de la enfermedad con la homosexualidad, erradicando de esta forma el prejuicio relativo al virus. Sólo en un caso se observa una referencia explícita.

Tabla 25: Relación entre VIH SIDA y promiscuidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	29	4,2	85,3	85,3
	Si, implícita	3	,4	8,8	94,1
	Si, explícita	2	,3	5,9	100,0
	Total	34	4,9	100,0	

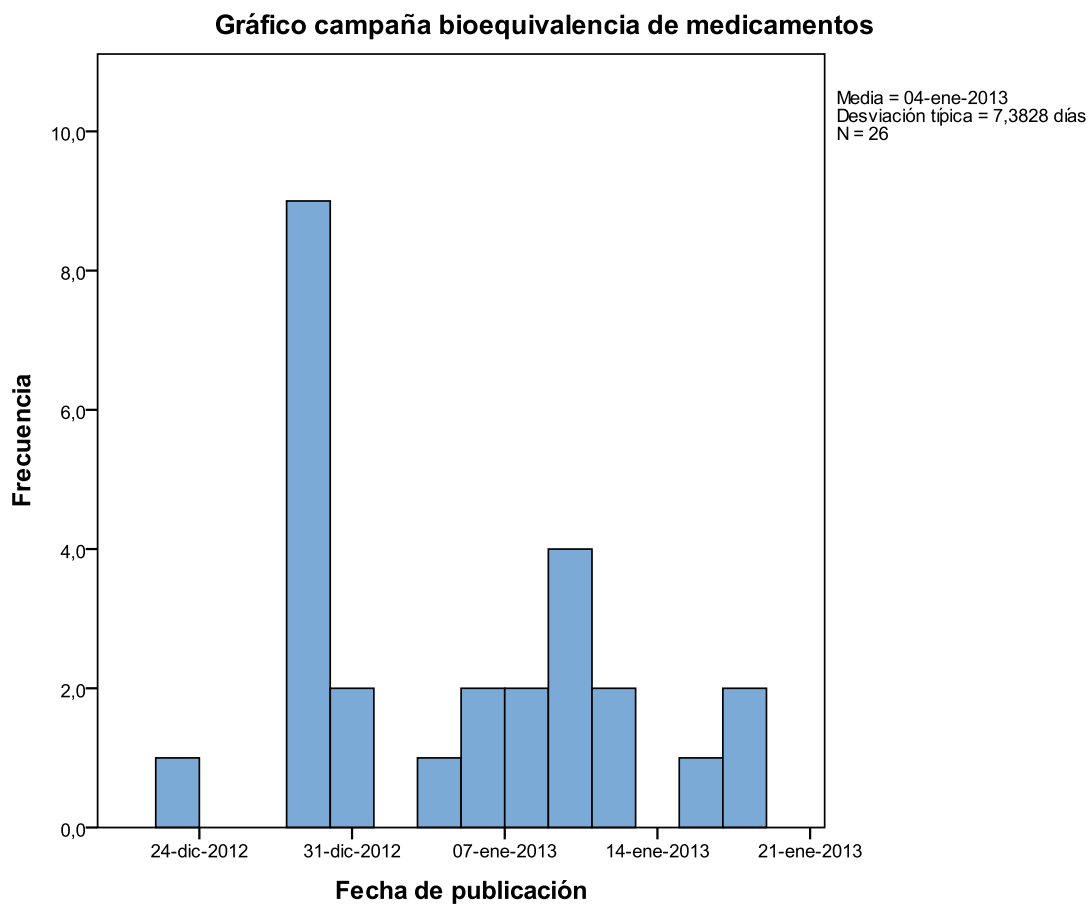
En cuanto a la promiscuidad, si bien la relación de este concepto con las noticias sobre el VIH-SIDA sigue siendo bajo, es mayor que en el caso anterior, puesto que un 8,8% de las noticias presentan una relación implícita, mientras que en un 5,9% la relación es explícita.



## 7.5 Campaña de bioequivalencia de medicamentos.

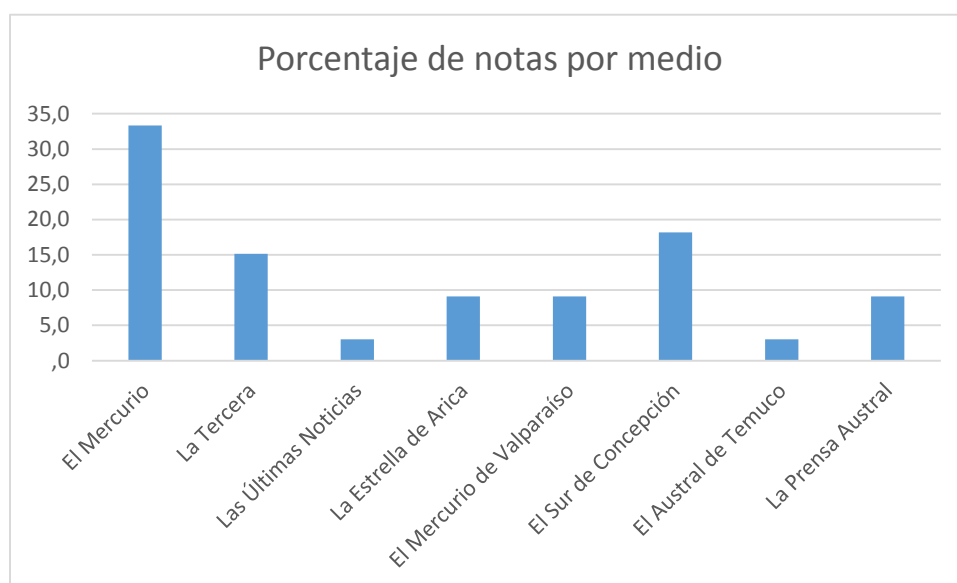
Esta campaña, a diferencia de los anteriores, no cuenta con un hito inaugural de la iniciativa, sino más bien su ciclo informativo se concentra en la firma del decreto de venta de bioequivalentes en farmacias, como se logra identificar en el gráfico. El resto de las publicaciones, de manera esporádica, cubren situaciones específicas derivadas del hito anterior, sin observar una continuidad en la agenda de los medios.

Gráfico 24: Ciclo informativo de la campaña de bioequivalencia de medicamentos.



La mayor cobertura corresponde a los medios nacionales El Mercurio y La Tercera, que en su conjunto llegan al 50% de las publicaciones totales de la campaña. Los medios que no cubren noticias relacionadas con la campaña son principalmente diarios on line de carácter ciudadano y El Rancagüino.

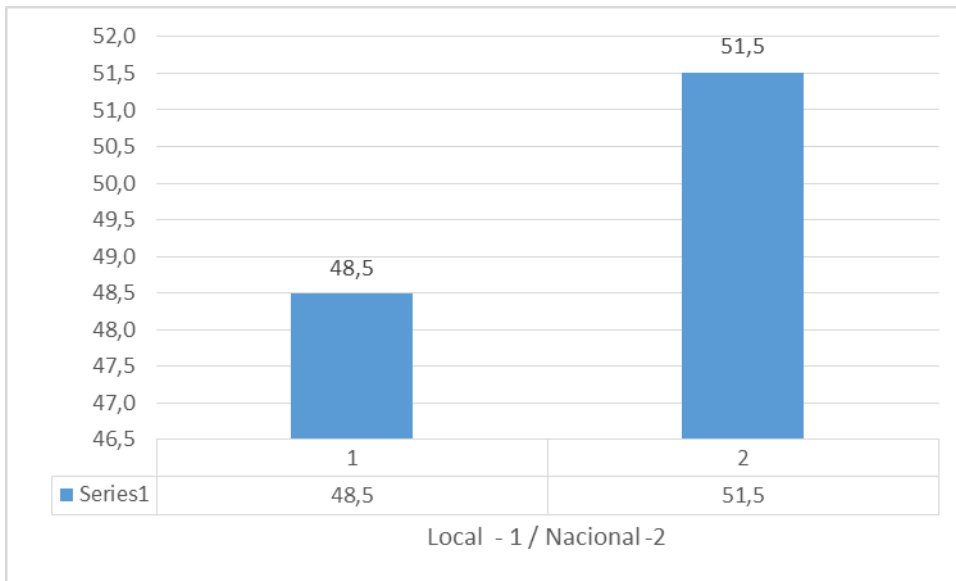
Gráfico 25: Distribución de informaciones por medio.



Esta característica, que concentra la mayor cantidad de publicaciones en los medios nacionales, se vincula a la condición política del tema que no fue localizado desde la autoridad sanitaria. Así, en la medida que la mayor cantidad de publicaciones se dan en un plano nacional, desde un enfoque directamente centralizado.

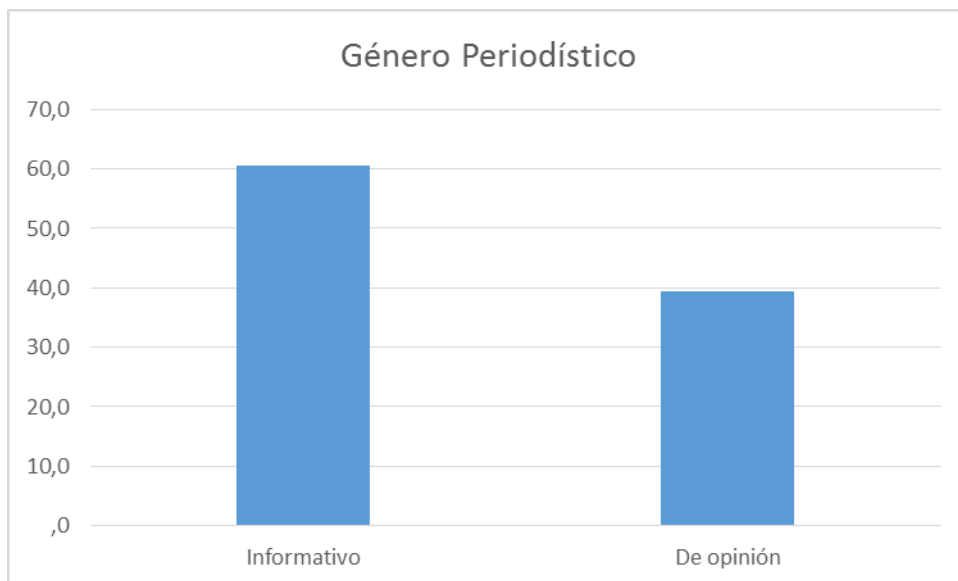
Gráfico 26: Cobertura del medio





A nivel estructural, la campaña presentó una extensión que se sitúa dentro de lo esperado en este tipo de cobertura, con una media de 6,94 párrafos, con un valor equivalente de 2.710.821 pesos chilenos por publicación. Es interesante observar que de las 33 noticias que configuran el n total de publicaciones sobre bioequivalencia analizadas, el 60,6% fuesen informativas y el 39,4% restante de opinión.

Gráfico 27: Tipo de género periodístico usado.



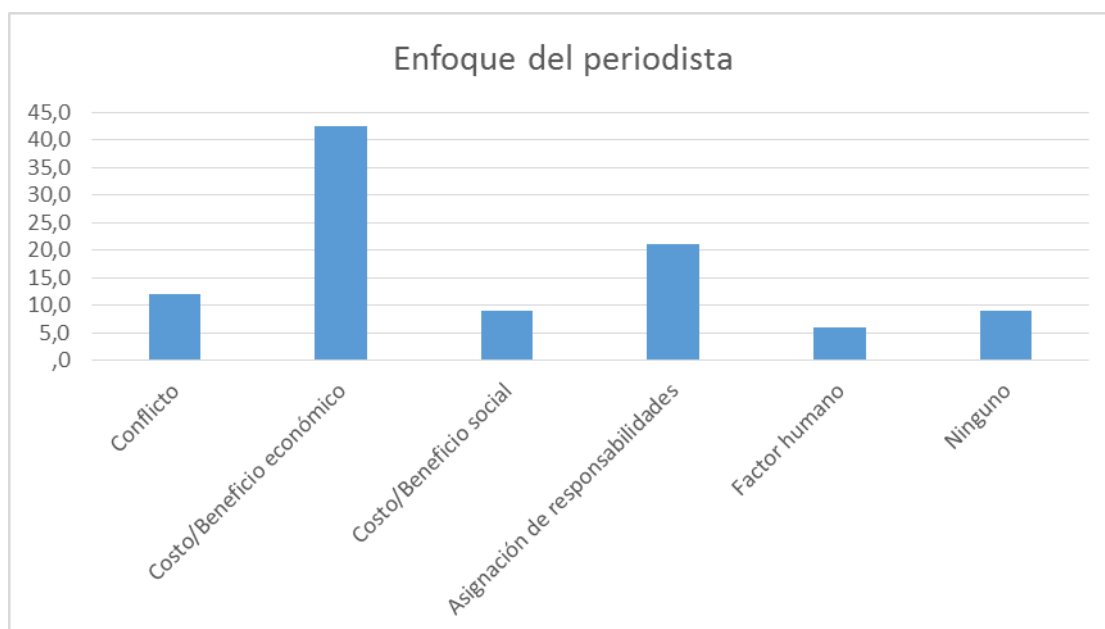
Este aspecto permite hipotetizar que el aumento del segundo género implicó un relevamiento del debate sobre la accesibilidad de los medicamentos para la población, en un contexto de alto precios, experiencias pasadas de colusión entre las cadenas farmacéuticas y las patentes de las transnacionales químicas.

De este último género se destacan las cartas al director, por sobre las editoriales (solo una por medio nacional) o las columnas de opinión. Cabe destacar que en el 50,1% de las publicaciones hay algún elemento gráfico de ilustración.

Al analizar el tipo de tratamiento periodístico dado, se observa una asociación temática entre costo y beneficio económico, y la promoción del sistema de certificación de bioequivalentes. Así el 42,4% de las publicaciones recogen este aspecto como el gravitante en la construcción

informativa, siendo seguido por la asignación de responsabilidad - principalmente asociadas al incumplimiento de la ley- con un 21, 2% y el conflicto con un 12,1%. La relación de la bioequivalencia con temas sociales o de desarrollo solo es reflejada en 9,1% de las informaciones, mientras que el factor humano, vinculado a problemas de pacientes para acceder a un tratamiento está presente el 6,1% de las informaciones.

Gráfico 28: Enfoque del periodista en las publicaciones de la campaña.



A nivel de vocería, esta campaña cuenta con una relevancia comparativa y una presencia relativa más significativa del ministro de salud. En efecto, es la única campaña donde su vocería supera la de los Seremis, siendo la de la máxima autoridad de salud un 48,5% del total de las publicaciones analizadas. La autoridad local en cambio, es mencionada en solo el 15,2% de los casos.

Gráfico 29: Vocería del Ministro de Salud en la campaña de bioequivalencia.

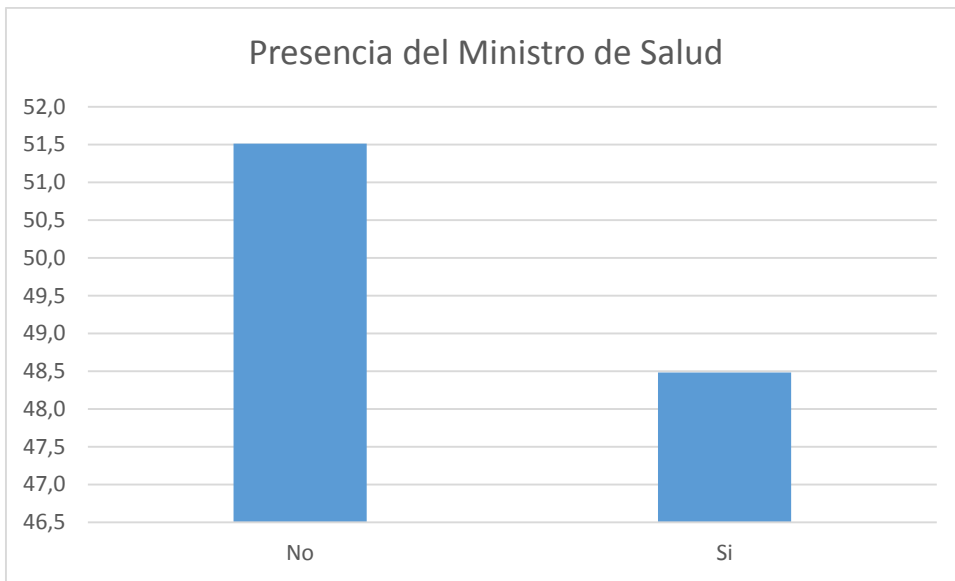
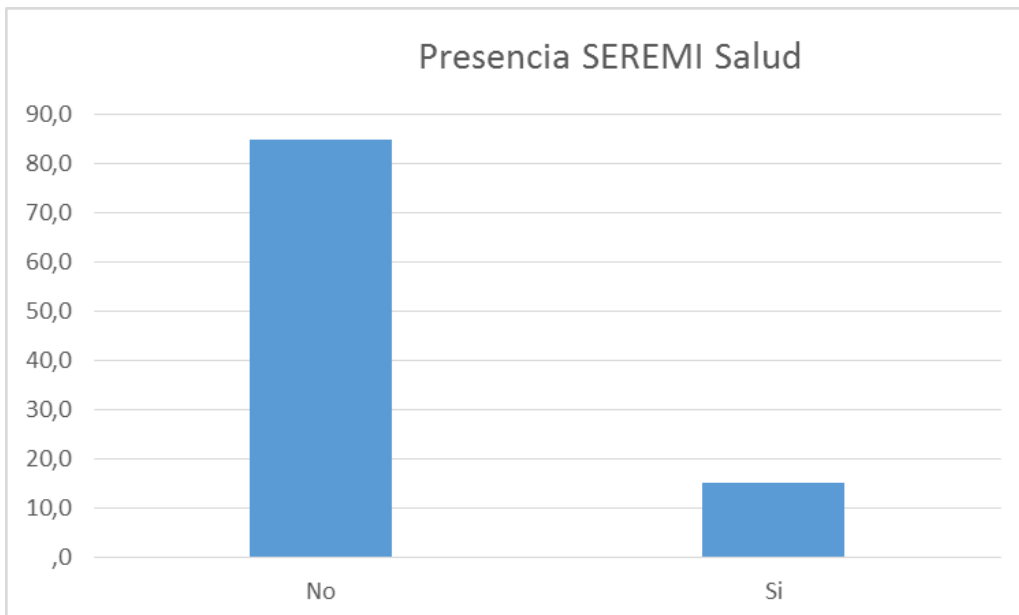


Gráfico 30: Vocería del SEREMI de Salud en la campaña de bioequivalencia



Esta campaña mantiene la tendencia donde el principal hito informativo es lanzamiento gubernamental; sin embargo, llama la atención las

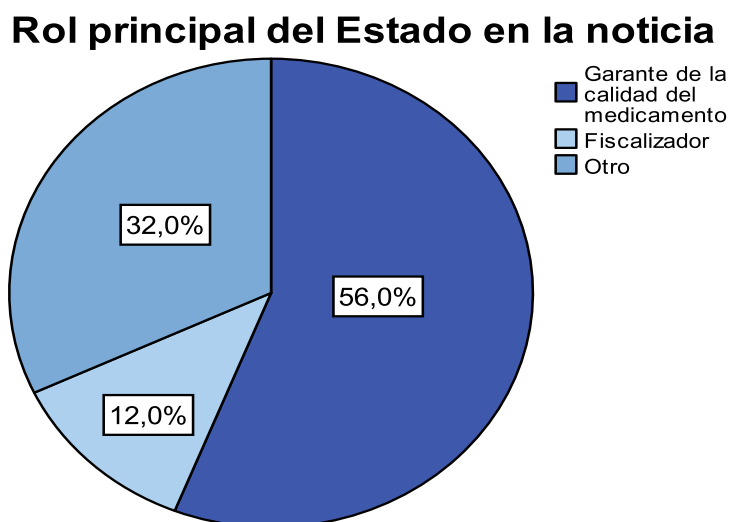
escasas menciones sobre la descripción del objeto de la campaña, que solo llega al 9.1% de la muestra.

Tabla 26: Presencia de palabras claves en la campaña de bioequivalencia.

	E) Palabra clave: Estado	E) Palabra clave: Colusión	E) Palabra clave: Farmacia	E) Palabra clave: Ministerio de salud
Media	,54	,12	2,69	,42
N	26	26	26	26
Desv. típ.	,948	,431	2,573	,758
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	4	2	9	3

La mayor presencia de palabras clave dentro de la campaña de bioequivalencia de medicamentos es la relación con las farmacias, por sobre el mismo ministerio o el estado. En este sentido, es posible advertir que tuvo un máximo de 9 apariciones por nota. No es posible distinguir a través de esta dimensión lingüística, una vinculación con el anterior caso de la colusión de las farmacias.

Gráfico 31: Participación del Estado en las publicaciones.



Cuando aparece el Estado en las publicaciones, se asocia temáticamente a dos roles públicos prioritarios, consistentes con la idea de seguridad a la población: primero en tanto garante de la calidad y por otro como agente fiscalizador de las farmacias. El 30% restante de publicaciones implica otro rango de acciones de públicas, en tanto agente promotor de la bioequivalencia.

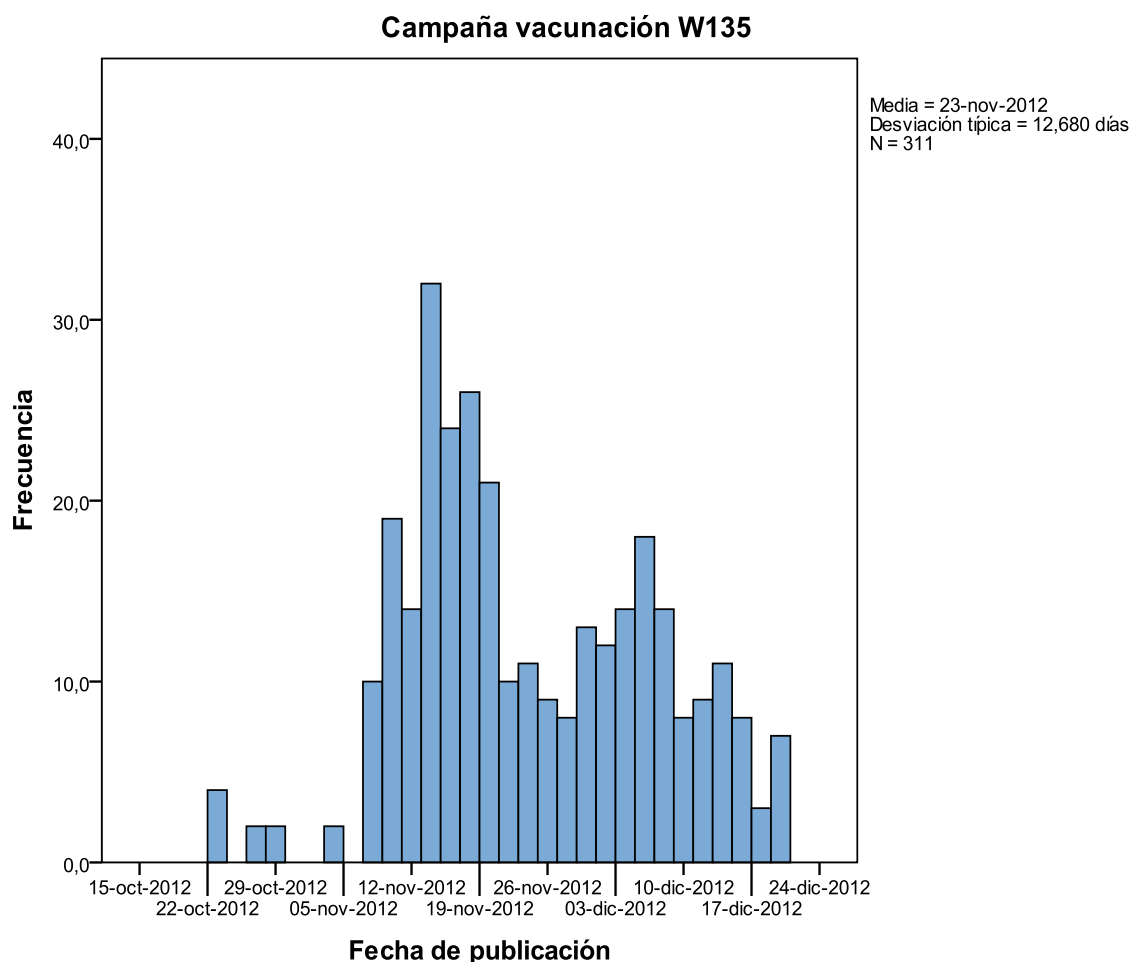
## **7.6 Análisis de la Campaña de Prevención de la Meningitis W135**

La campaña de vacunación contra la cepa W135 surge en su cobertura de manera espontánea debido al aumento de casos de meningitis denunciados por la prensa sin conocimiento de su cepa de origen. La primera noticia analizada corresponde al inicio de la estrategia ministerial, durante la vacunación piloto en la comuna de Peñalolén. La respuesta del Ministerio de Salud tiene características de una gestión de crisis por sobre una estrategia planificada desde su origen, por lo que no existe una cobertura intencionada por el Ministerio, más allá de este brote epidémico.

Como ha quedado en evidencia, esta campaña cuenta con la mayor cantidad de informaciones frente al total analizado, con un total de 311 notas, donde la mayor cobertura se encuentra entre los días 12 y 19 de noviembre, que coincide con la intervención del Ministerio en la crisis y con la decisión de comenzar la vacunación en todo el país, como se evidencia en el gráfico a continuación.

Prácticamente la totalidad de los medios cubrieron esta emergencia sanitaria y su distribución es más homogénea al considerar la muestra del total de diarios analizados.

Gráfico 32: Ciclo informativo de la campaña de prevención de la meningitis W135



Con respecto al nivel de autoría, el 48,2% de las noticias consideraban a lo menos un periodista responsable. Esta alta tasa de identificación es consistente con una mayor extensión informativa, con 7,33 párrafos en promedio por publicación y con una media de valor publicitario equivalente de 1.725.979 pesos por nota.

Pese a ser la campaña con una mayor cantidad de publicaciones, el porcentaje de noticias que ocuparon portada si bien aumenta, no es

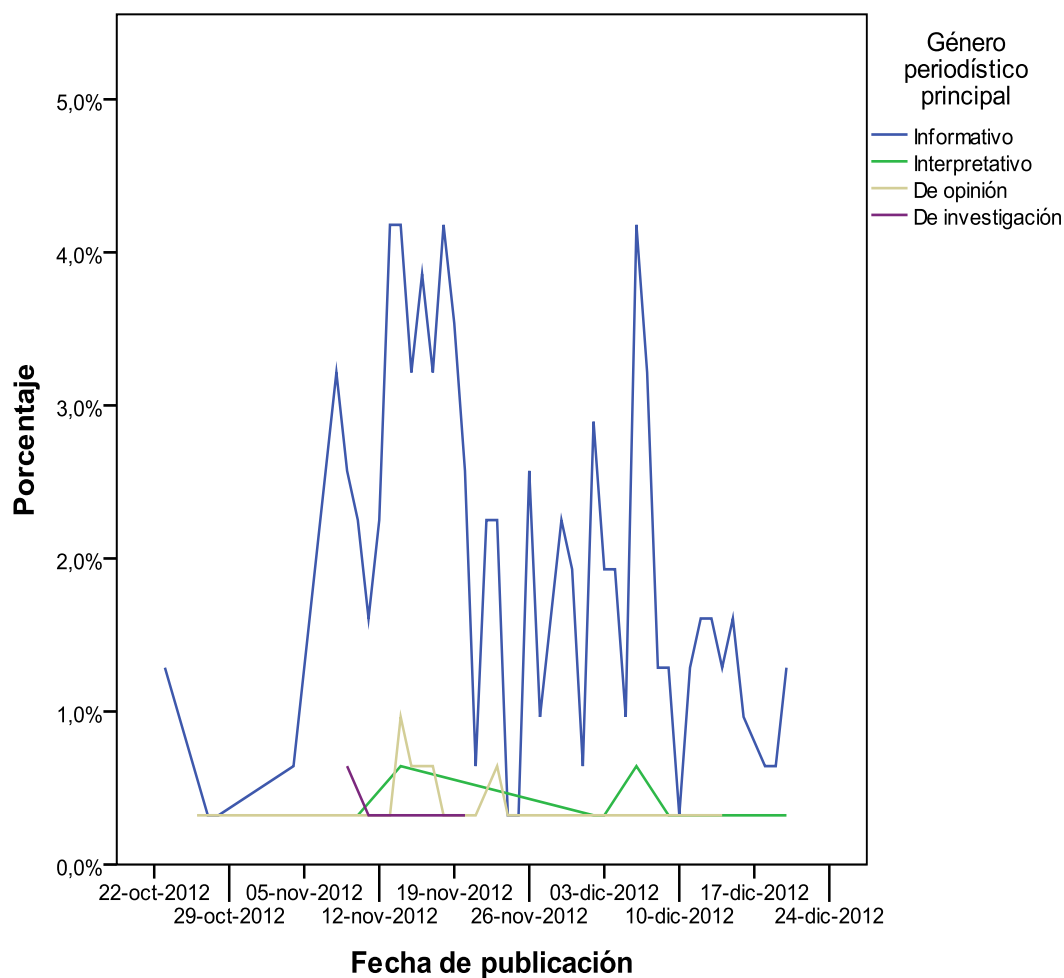


sustantivo. Así apenas hay un 7,1% de informaciones en primera plana de los medios analizados.

Como fue la tónica de la cobertura, la mayor cantidad de publicaciones responden al género informativo (88,1%). Sin embargo, se destaca que el segundo género sea la opinión (7,1%) lo que, considerando el contexto periodístico chileno, implica una toma de postura con respecto a las decisiones gubernamentales particularmente asociadas a la compra de vacunas y su distribución. Trabajos periodísticos de mayor envergadura, capaces de generar mayor repercusión pública como los derivados de los géneros interpretativos o de investigación apenas llegan al 4,8% de las publicaciones.

Debido a que esta campaña cuenta con un más alto número de publicaciones y una cobertura más constante, es interesante observar la relación entre la temporalidad de la campaña y el tipo de publicaciones por género. Así, en la medida que existen picos informativos en la cobertura, también se generan picos del género de opinión, lo cual permite aventurar que la intensidad de informaciones justifica la toma de posición editorial. Por otro lado la investigación periodística solo es relevante como el levantamiento del tema inicial.

*Gráfico 33: Ciclo informativo y género periodístico*



Con respecto al enfoque del periodista, las publicaciones siguen una perspectiva neutra y de alto distanciamiento. Sin embargo es interesante que un 29,9% de las publicaciones apelen al costo o beneficio social de la prevención de la meningitis y que un 16,1% se vincule la información directamente a la asignación de responsabilidades o una situación de conflicto, la más alta de todas las campañas analizadas.

Por la tendencia de la cobertura asociada a la información de aumento de contagios, resultó consistente encontrar una alta proporción de publicaciones de la muestra donde este elemento es el criterio de

noticiabilidad principal (24,4). El seguimiento rutinario del tema, sigue siendo, en todo caso, el mayoritario con el 54,7% de la muestra analizada.

El criterio de autoridad en el uso de la fuente, es una tendencia que queda reflejada en la cobertura y tratamiento de esta campaña. La vocería directa del Ministro de Salud se ve reflejada en que el 28,3% cita directamente al secretario de estado, por encima del tradicional vocero central, el subsecretario de salud pública (15,4). Solo las autoridades locales, los Seremis, tienen mayores apariciones con un 33,4%

En relación a la georreferencialidad, la campaña tuvo mayor cobertura en medios locales (58,5), sin embargo, considerando el n de medios nacionales, esta campaña fue la tuvo la mayor repercusión dentro de la agenda de la prensa políticamente más relevante, ya que el 41,5% de las publicaciones fueron de estos medios.

*Tabla 27: Georreferencialidad de la información.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No nacional	182	58,5	58,5	58,5
Nacional (incluye RM)	129	41,5	41,5	100,0
Total	311	100,0	100,0	

Al observar el tema general de cobertura la campaña se observa una alta diversificación de orientaciones. Así la alerta sanitaria llega al 35.4%, un 26 % la presentación o lanzamiento de la campaña, un 15,8% el rol de las instituciones colaboradoras del ministerio y un 13,8% noticias sobre la red pública de salud y su rol en la campaña. La descripción del objeto de la campaña, en este caso, el brote epidémico de meningitis w135, solo llega al 7,4% de las publicaciones.

Sin embargo, el 53,5% de las publicaciones hacen referencia a alguna dimensión del proceso de vacunación y un 26, 5% sobre la enfermedad, principalmente casos de contagio y un 11,3% sobre el papel del ministerio en la tarea, muy consistente con los puntos anteriores.

Es interesante observar que los medios establecen una relación directa entre la meningitis w135 y su consecuencia hospitalaria. El 60,5% de las informaciones refieren a la red de salud; de ellas, un 29.2% asignaban valoraciones positivas a la labor del estado y solo un 15,5% de menciones negativas.

Esta situación se invierte al analizar la referencia a la red privada: las valoraciones negativas alcanzan un 22,4% y las menciones positivas un 18,4. Al observar la correlación entre menciones y fechas, aquellas de características negativas se sitúan en la cobertura de problemas en el acceso a la vacuna en las instituciones privadas.

Tabla 28: Presencia de palabras claves en la campaña de prevención de la meningitis 135

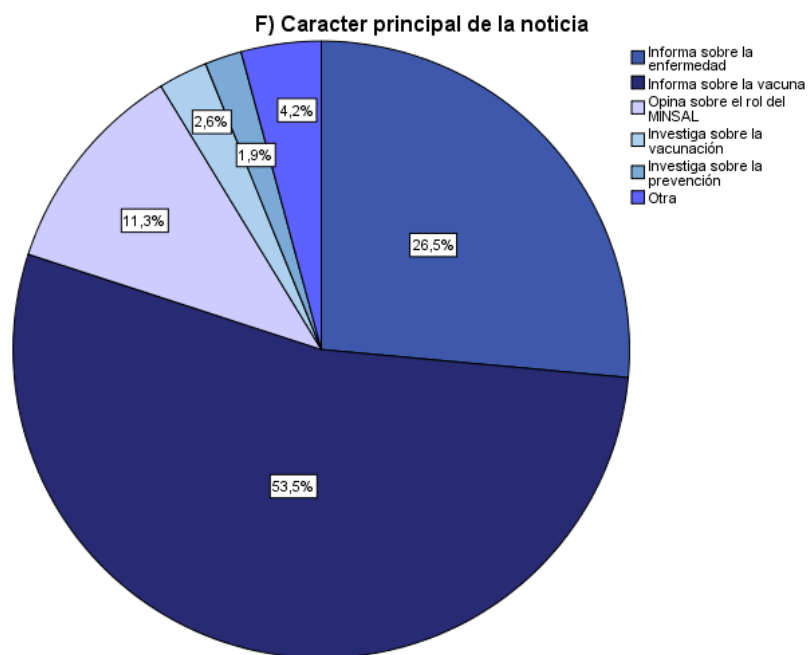
	F) Palabra clave: Meningitis	F) Palabra clave: Pandemia	F) Palabra clave: Vacuna	F) Palabra clave: W135
Media	2,63	,04	4,54	1,90
N	310	310	310	310
Desv. típ.	1,686	,209	4,235	1,451
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	10	2	36	7

En relación a las palabras clave presentes en cada campaña, es interesante consignar que de las 310 noticias analizadas con menciones, emerge significativamente la mención “vacuna”. Con una media de 4,54 apariciones por publicación y una máxima de 36 menciones por texto, es posible argumentar que se trata del concepto prioritario, asociado al interés gubernamental de promover la demanda de la vacunación efectiva en el territorio.

Además, la palabra clave W135, inexistente anteriormente en el léxico nacional, logra un interesante posicionamiento tanto como complemento al concepto “meningitis” o bien, en forma autónoma. Esto es acorde a lo enunciado en la dimensión cualitativa del estudio, donde las directrices generales de la campaña del MINSAL estaban directamente focalizadas en la excepcionalidad del brote.

Por otro lado, la ausencia casi total de los conceptos epidemia /pandemia, estaría relacionado con el control comunicacional gubernamental asociado.

Gráfico 34: Carácter principal de las publicaciones en la campaña de prevención de la meningitis W135



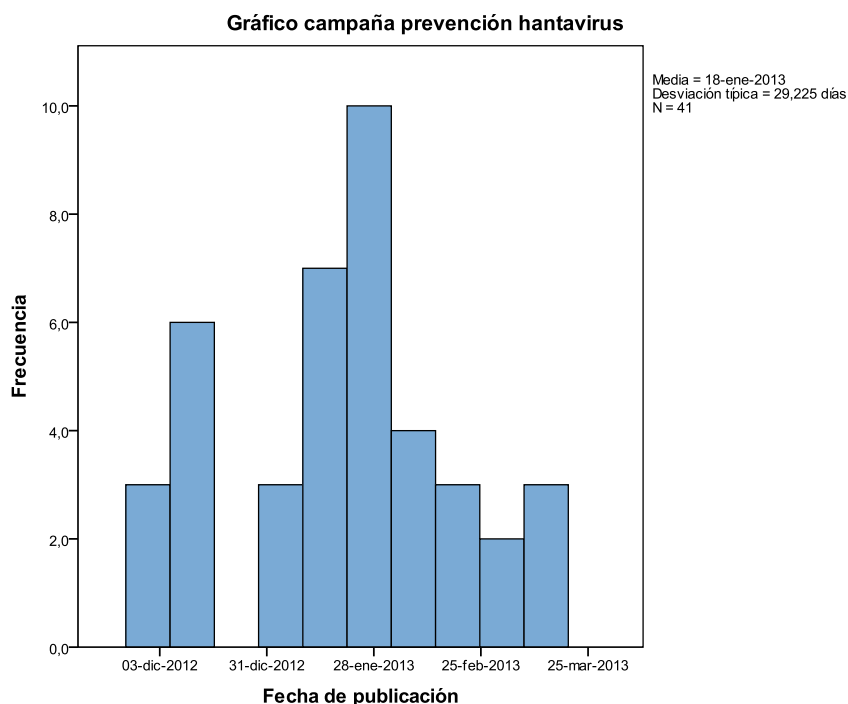
Al observar el gráfico sobre el carácter principal de la noticia, la relación con el punto anterior se hace evidente. Más de la mitad de las noticias informan directamente sobre el proceso de vacunación en el país, seguida de la presentación (y diferenciación de) la meningitis W135. Un aspecto interesante es la relativa alta presencia de opiniones sobre el actuar del Minsal en el proceso de respuesta sanitaria.

## 7.7 Análisis de la Campaña de prevención del Hantavirus.

La campaña de prevención de hantavirus, pese a contar con un brief independiente, se da en el marco de un plan de acción ministerial de verano, que incluye la prevención de enfermedades entéricas, lo que podría explicar la aparición esporádica de la noticia en los medios escritos.

La campaña tiene una cobertura equivalente a 41 noticias, con un peak a fines del mes de enero pero con un comportamiento heterogéneo durante el ciclo estudiado, el cual tiende a desaparecer en las fechas cercanas a la Navidad, muy probablemente a que el foco de los medios de comunicación se centra en otros eventos noticiosos.

Gráfico 35: Ciclo informativo de la campaña de prevención del Hantavirus



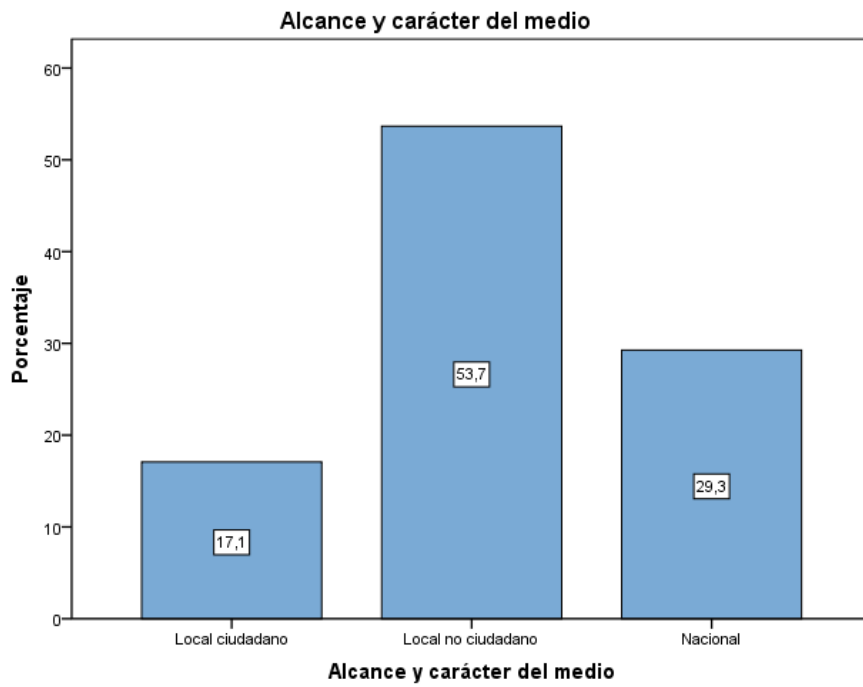
La cobertura se concentra en el diario El Sur de Concepción con el 39% del total de medios que cubren la campaña, el que coincide con la focalización de la prevención y la prevalencia de la enfermedad en la zona. Entre el año 2006 y 2013 el máximo de casos nacionales fueron detectados en dicha región, siendo su peak en el año de estudio (Secretaría Regional Ministerial de Salud del Bío Bío, 2013). Los peak noticiosos representan casos relacionados con la mortalidad del virus.

Pese a lo anterior es interesante el relativo alto porcentaje que recibe la noticia desde los medios de cobertura nacional, vinculado a dichos casos de mayor gravedad de las personas enfermas con el virus.

Esto se expresa en el siguiente gráfico. Al reagrupar el carácter y alcance del medio, el 53,7% de las publicaciones son de diarios locales de empresas periodísticas convencionales, mientras que el 29,3% corresponden a medios nacionales. Pese a que la enfermedad tiene un mayor vínculo territorial que nacional, llama la atención la baja cobertura del tema en los medios ciudadanos con un 17,1% de los casos.



Gráfico 36: Alcance y carácter del medio en la campaña de prevención del Hantavirus.



A nivel de extensión, la campaña de 5,39 párrafos, con un equivalente publicitario dentro de los rangos esperados de una cobertura regional de estas características. El valor equivalente por cada publicación es de 1021215,73 pesos chilenos como media.

Tabla 29: Información estructural sobre la campaña de prevención del Hantavirus

	Extensión (en párrafos)	Tamaño (en cm2)	Valor publicitario equivalente
Media	5,39	328,971	1021215,73
N	41	41	41
Desv. típ.	4,392	353,6301	1558095,638
Mínimo	1	22,6	0
Máximo	21	1750,5	6424462

La escasa extensión se relaciona con la baja presencia de esta información en portada. Solo el 2,4% de las publicaciones son referidas a la primera plana, y aquellas que se ubican en páginas interiores, en un 80,5% son notas y un 17,1% reportajes.

A nivel de enfoques aunque el distanciamiento y la neutralidad predominan, se observa también una postura editorial sobre el virus hanta en sus dimensiones sociales (31,7%) como también por sus alcances en la morbilidad y riesgo a las personas (7,3%)

Con respecto a la ilustración de las publicaciones, en su mayoría estas van acompañadas de alguna imagen (61%). De ellas, un 64% apela directamente a la información, mientras que un 24% alude a alguna información secundaria. Al observar los temas, en cambio, se destaca la cobertura de casos o de alertas sanitarias (82,9 %) que reenvía desde allí

a la campaña; más que directamente a la cobertura del lanzamiento, el rol de las entidades o la investigación en la materia.

Este último punto también se refleja en la propuesta de sentido que la publicación realiza con respecto a las condiciones de salud y enfermedad asociadas al virus Hanta. En un 53,7% de los casos las publicaciones apelan a la atención y al tratamiento y un 43.9% se enmarcan directamente en una narrativa cercana a la prevención.

Debido al predominio de la cobertura de casos de atención, el 52,5% de las publicaciones analizadas sitúan al virus hanta en el marco del actuar de la red de salud. En ellas la red pública aparece de manera neutral y sola en un 5,6% de manera negativa. La red privada en cambio, es escasamente mencionada y de manera neutral.

Por sobre otras campañas, la vocería estuvo prácticamente en su totalidad restringida a las autoridades sanitarias locales como los Seremi de la regiones afectadas (39%) Esto es consistente con la georreferencialidad de la información que en este caso en un 70, 7% se trata de aconteceres producidos fuera del espectro de la región metropolitana o del interés nacional.

Tabla 30: Presencia de palabras claves en las publicaciones según brief de la campaña de prevención del Hantavirus.

	G) Palabra clave: Ratón de cola larga	G) Palabra clave: Elige	G) Palabra clave: Camping	G) Palabra clave: Campo
Media	,19	,05	,26	,07
N	42	42	42	42
Desv. típ.	,455	,309	,587	,342
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	2	2	2	2

En la campaña de prevención de hanta virus, se observa una escasa presencia de las palabras claves mandantes en el brief. Ninguna logra superar la mención única en promedio y de aparecer apenas se llega a las dos menciones por noticia.

Considerando la focalización de la campaña en el verano, se explica la mención de camping. Sin embargo, los medios no hacen referencia explícita al principal vector como tampoco a la condición rural de la transmisión del virus.

El primer grupo objetivo que se plantea en el brief de la campaña prevención hantavirus son los trabajadores agrícolas de temporada, quienes desempeñan sus labores en espacios rurales, donde es mayor la presencia del ratón de cola larga. En este caso, las noticias no hacen mayor referencia a este público, puesto que sólo en el 7,1% hay presencia explícita de este grupo.

Gráfico 37: Referencia a trabajadores agrícolas de temporada.

### G) Referencia a trabajadores agrícolas de temporada

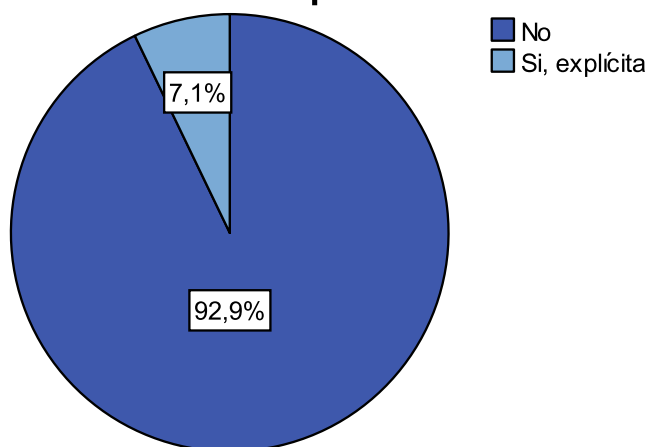


Tabla 31: Valoraciones asociadas a la referencia de trabajadores agrícolas de temporada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	3	,4	100,0	100,0

Del 7,1% que presenta referencia explícita, el 100% de éstas es de carácter neutra, lo cual se entiende dentro del contexto de cobertura de las noticias estudiadas, donde no se observa mayor profundidad en el tratamiento de las campañas.

En cuanto a los trabajadores forestales, si bien la referencia sigue siendo baja, es algo mayor que en el caso anterior, ya que un 11,9% de las notas presenta referencia explícita a estos profesionales.

Gráfico 38: Referencia a trabajadores forestales en la campaña de prevención del Hantavirus.

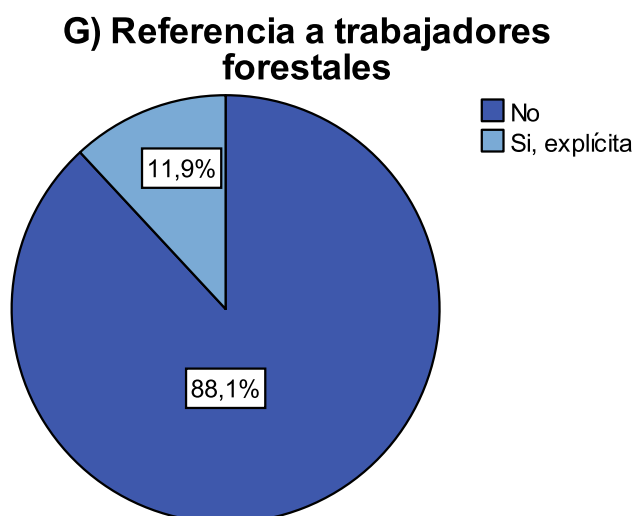


Tabla 32: Valoraciones asociadas a la referencia de trabajadores agrícolas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	5	,7	100,0	100,0

El total de referencias a los trabajadores forestales, presenta un carácter explícito y neutral.

En cuanto al tercer público objetivo de la campaña, a saber los turistas, se tiene que un 7,1% presenta mención implícita y sólo un 2,4% realiza una referencia explícita a este grupo, siendo un valor escaso en relación a los objetivos de la campaña, cuyo público principal son los turistas que realizan campamentos.

Gráfico 39: Referencias a los turistas en la campaña de prevención del Hantavirus.

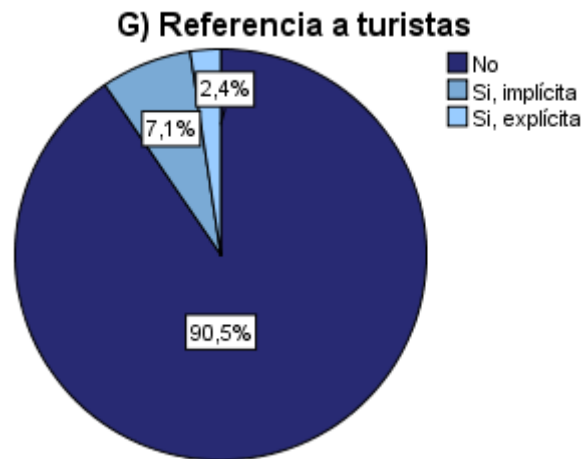


Tabla 33: Valoraciones asociadas a la referencia a turistas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	4	,6	100,0	100,0

Son 4 casos los que tienen mención directa o indirecta de los turistas dentro de las notas, las cuales son todas ellas de carácter neutral.

Gráfico 40: Referencia a médicos y funcionarios de la salud en la campaña de prevención del Hantavirus

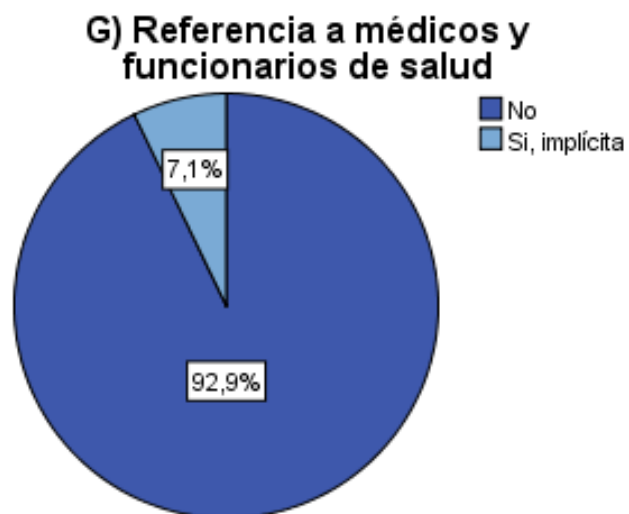


Tabla 34: Valoraciones asociados a la referencia a médicos y profesionales de la salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	1	,1	33,3	33,3
	Positiva	2	,3	66,7	100,0
	Total	3	,4	100,0	

La gran mayoría de las noticias no considera de manera explícita a ninguno de los grupos más vulnerables en la adquisición del virus. Esto es significativo incluso en uno de los focos masivos como lo es la figura del turista potencial a zonas rurales.

La aparición de médicos y equipos de salud, más que a la mención específica de la autoridad sanitaria, en este caso incluye también la divulgación de casos críticos de enfermedades respiratorias asociadas al hanta virus lo que en efecto, es la cobertura preponderante por sobre la propia campaña estival.

Tabla 35: Presencia de mecanismos de prevención del Hantavirus

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
¿Se mencionan métodos de prevención?	No	31	55,4%	73,8%
	Si, a la ventilación	6	10,7%	14,3%
	Si, a la desratización	5	8,9%	11,9%



	Si, al tratamiento de la basura	8	14,3%	19,0%
	Si, al conservar sellados los alimentos	1	1,8%	2,4%
	Si, a evitar matorrales y malezas	2	3,6%	4,8%
	Otro	3	5,4%	7,1%
Total		56	100,0%	133,3%

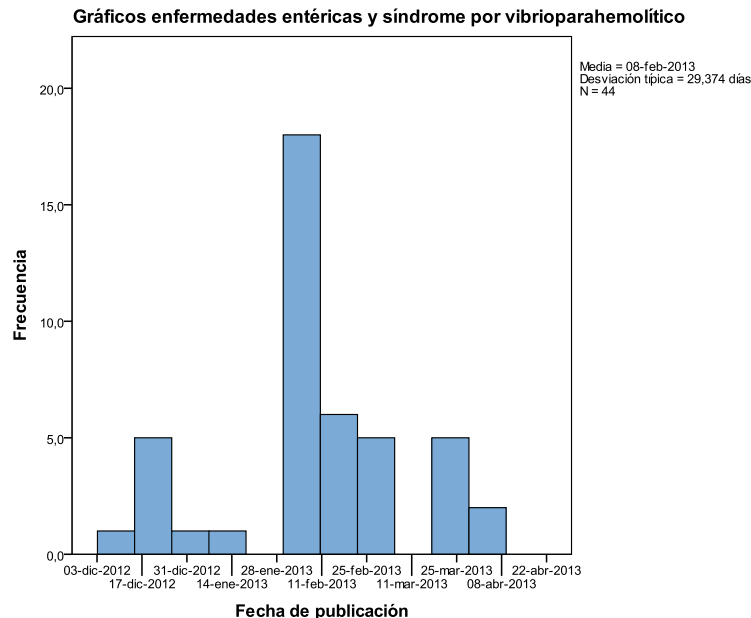
En la mención a los métodos preventivos, la cobertura de la campaña mayoritariamente no hace referencia al cuidado. Cuando esta ocurre, se establece una mayor referencia al tratamiento del espacio como lo es la conservación de la basura o la ventilación de lugares cerrados. Nuevamente, el vector específico de la enfermedad queda en un lugar desplazado de menciones.



## 7.8 Análisis de la campaña de Enfermedades entéricas y síndrome por vibrio parahemolítico

La campaña tiene un total de 44 publicaciones. Sin embargo, el peak noticioso corresponde a un acontecimiento que no encuentra directamente relacionado con la campaña, ni con las enfermedades a prevenir según el brief de la campaña, pese a que esta implica una enfermedad históricamente relacionada con el verano: se trata del cólera, en tanto falsa alarma de contagio. Considerando dicho factor, la cobertura de la campaña en el marco de la prevención de enfermedades en época estival, es baja en comparación a otras noticias.

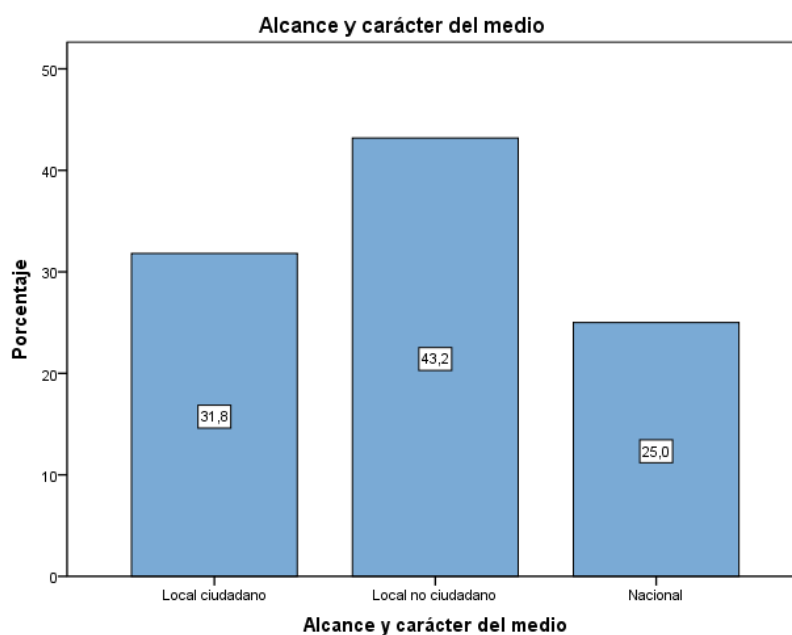
Gráfico 41: Ciclo informativo de la campaña de prevención de enfermedades entéricas



Esta distribución informativa se concentró principalmente en medios de alcance de local, con un 75% por sobre un 25% de cobertura nacional.

Esto se relaciona, a su vez, con las características de la campaña -que se concentra en aquellas regiones con mayor prevalencia- y donde los casos de morbilidad grave o definitivamente, mortalidad, son cubiertos por la prensa. Esta observación es consistente al desglosar la cobertura según las categorías de medios locales, siendo los tradicionales impresos quienes tienden a presentar más información sobre la campaña que los medios locales en soporte on line. En efecto, quienes más tematizan, por tanto, son los medios impresos por sobre aquellos autodenominados ciudadanos de la red mi voz.

Gráfico 42: Alcance y carácter del medio en la campaña de prevención de enfermedades entéricas



A nivel de jerarquía de la información, la cobertura de esta campaña cuenta con una media de 7,16 párrafos expresados en 432,182 centímetros cuadrados por nota. Considerando el fuerte peso de la cobertura local, la media del valor publicitario equivalente es de

1.053.484, 02 pesos chilenos por nota. Cabe destacar que solo en 2,3% de los casos, la noticia ocupó presencia en portada en cualquiera de los medios analizados.

La gran mayoría de las notas presentadas tienen un carácter informativo, con una característica general de nota periodística de baja envergadura. Sin embargo, mayoritariamente cuentan con ilustración fotográfica (77,3%), la cual grafica en primer orden el acontecimiento principal que aborda (79%) o bien a alguna de las fuentes relacionadas con la información (8,8%) o alguna información secundaria (8,8%)

En relación al tratamiento dado por el sujeto periodista, este tiende a recurrir a una neutralidad informativa, basada principalmente por un criterio de noticiabilidad dado por la actualidad y la magnitud, sumando ambas categorías por sobre del 80% de los casos. Muy por debajo aparece el criterio de seguimiento o periodicidad (9,1%) o el dado por el de autoridad de la fuente, más allá del acontecimiento sobre el cual es referencial (4,5%)

Este hallazgo es consistente con la gradualidad que presentan las informaciones con respecto a las autoridades sanitarias. Así, mientras es inexistente la vocería del Ministro, sí comienza a aparecer el subsecretario –particularmente en aquellos casos de alerta sanitaria- y el secretario regional ministerial de salud en el 47,7% de las publicaciones.

El mayor peso de la autoridad sanitaria local, también se relaciona directamente con la georrreferencialidad de la información en esta campaña. Así el 59,1% de las publicaciones responden a información local, es decir, producida en el entorno inmediato a la circulación del medio y que el medio releva en dicha característica. El 40% restante es información de cobertura nacional, generalista con respecto a la situación de las enfermedades entéricas en el país y más asociada al control médico o tratamiento de casos. Esto es consistente con más que el 66% de las publicaciones tengan que ver con la idea del contagio o la alerta sanitaria y que el 40% directamente sitúe la relación enfermedad – noticia desde una asociación temática vinculada a la atención y el tratamiento. Si bien las notas vinculadas a prevención son mayoritarias, estas principalmente se correlacionan a medios locales impresos.

La preocupación por el tratamiento también hace que en la campaña haya en un 25% de las publicaciones, menciones directas a la red de salud, siendo en su mayoría posiciones descriptivas o neutrales (81,8%)

Existe una escasa mención general de palabras asociadas a la campaña de prevención de enfermedades entéricas y del vibrión parahemolítico.

*Tabla 36: Presencia de palabras clave, según brief de la campaña de prevención de enfermedades entéricas.*

	H) Palabra clave: Limón	H) Palabra clave:	H) Palabra clave: Higiene	H) Palabra clave: Manos	H) Palabra clave: Jabón
--	----------------------------------	-------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

		Cadena de frío			
Media	,14	,21	,14	,14	,02
N	43	43	43	43	43
Desv. típ.	,351	,514	,413	,413	,152
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	1	2	2	2	1

La mayoría de las publicaciones analizadas no hace referencia a los turistas como sujetos vulnerables a las enfermedades entéricas. Además, cuando esta mención se realiza, se hace de manera implícita y en general de manera neutra.

Gráfico 43: Referencias a turistas en la cobertura de la campaña de prevención de enfermedades entéricas.

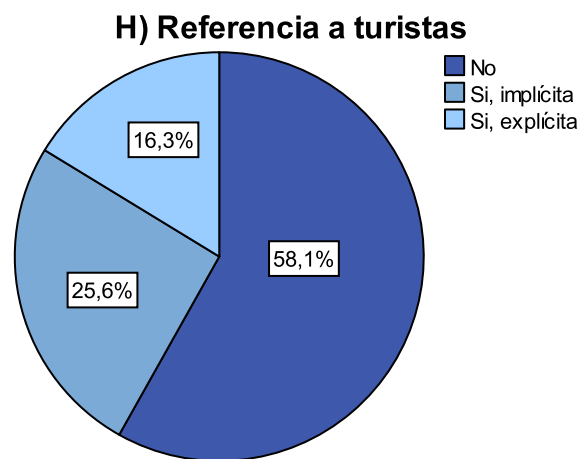


Tabla 37: Valoraciones asociadas a la referencia a turistas en la cobertura de la campaña de prevención de enfermedades entéricas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	15	2,2	83,3	83,3
	Positiva	3	,4	16,7	100,0
	Total	18	2,6	100,0	

El público asociado a los pescadores como prioritario de la campaña, no es recogido por los medios analizados, ya que son referenciados en un 4,7% de los casos de manera explícita y en un mismo 4,7% de forma implícita.

Gráfico 44: Referencia a pescadores en la cobertura de la campaña de prevención de enfermedades entéricas.





Tabla 38: Valoraciones asociadas a la referencia de pescadores en la campaña de prevención de enfermedades entéricas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	3	,4	75,0	75,0
	Positiva	1	,1	25,0	100,0
	Total	4	,6	100,0	

Puesto que sólo 4 casos de la muestra presentan referencias a pescadores, es complejo llegar a sacar conclusiones respecto del tratamiento de este público objetivo. Sin embargo, se observa que el 75% de las menciones presentan un carácter neutral.

En el siguiente público objetivo, a saber dueños o trabajadores de pescaderías o marisquerías, se observa que son uno de los públicos objetivos más referenciado dentro de la campaña de enfermedades entéricas y síndrome por vibrión parahemolítico, alcanzando un 34,9% de menciones dentro de las notas fichadas. De dicho porcentaje, prácticamente la mitad presenta un carácter explícito.

Gráfico 45: Referencia a dueños o trabajadores de pescaderías o marisquerías

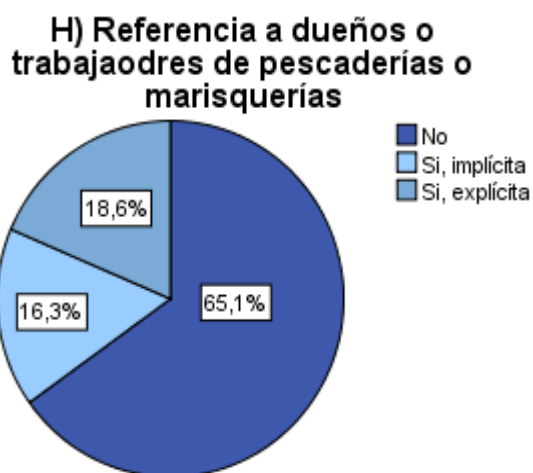


Tabla 39: Valoraciones asociadas a los dueños y trabajadores de pescaderías o marisquerías.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	8	1,2	53,3	53,3
	Positiva	1	,1	6,7	60,0
	Negativa	6	,9	40,0	100,0
	Total	15	2,2	100,0	

En el 34,9% de las veces en que se realiza una mención a trabajadores o dueños de pescaderías o marisquerías, un 40% de las veces se expresa en términos negativos. Esto se debe fundamentalmente a que la cobertura de la campaña se asocia más a los casos de intoxicaciones que a la prevención en tanto iniciativa.

Finalmente, se tienen a los cocineros como público objetivo de la campaña, quienes son mencionados de manera implícita en un 11,6% y

de manera explícita en un 7%, por ende se observa una ausencia del público objetivo en el 81,4% de las notas informativas analizadas.

Gráfico 46: Referencia a cocineros y cocineras en la cobertura de la campaña de prevención de enfermedades entéricas.

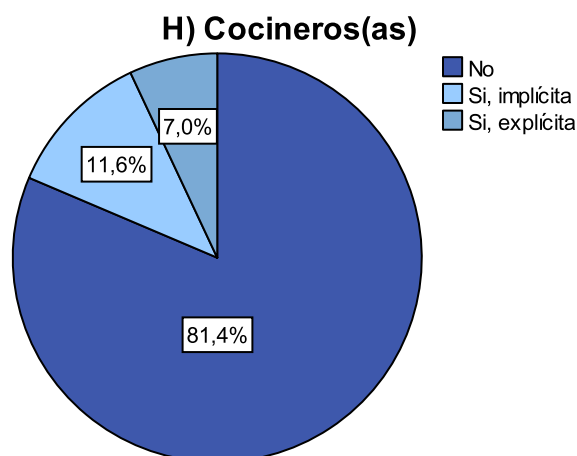


Tabla 40: Valoraciones asociadas a la referencia de cocineros y cocineras en la campaña de prevención de enfermedades entéricas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Neutra	5	,7	62,5	62,5
	Negativa	3	,4	37,5	100,0
	Total	8	1,2	100,0	

En los casos donde se logra identificar algún tipo de referencia a los cocineros, se tiene que la mayoría de los casos presenta una valoración neutra, sin embargo es un porcentaje importante el que se asocia con una valoración negativa (37,5%). Si bien son pocos casos como para sacar conclusiones, es necesario destacar que no existen referencias positivas a este grupo.

Tabla 41: Presencia de métodos preventivos en la cobertura de la campaña de prevención de enfermedades entéricas.

		Respuestas		Porcentaje de casos
		Nº	Porcentaje	
¿Se mencionan métodos de prevención? <sup>a</sup>	No	23	35,4%	53,5%
	Si, al lavado de manos en particular	5	7,7%	11,6%
	Si, a la higiene en general	9	13,8%	20,9%
	Si, a la cocción de alimentos	15	23,1%	34,9%
	Si, a la compra de alimentos en lugares autorizados	12	18,5%	27,9%
	Otro	1	1,5%	2,3%
Total		65	100,0%	151,2%

La campaña de enfermedades entéricas presenta una alta diversificación de menciones de métodos preventivos, superando en su conjunto a aquellas publicaciones donde no está presente. En ese sentido, las informaciones analizadas ponen más foco en la cocción debida de los alimentos, la compra en lugares autorizados y la mantención de la higiene general como al manipular verduras, pescados y mariscos.

Es interesante consignar que, a diferencia de la cobertura del hanta virus, las medidas de prevención de enfermedades entéricas son

altamente conocidas, pero los medios recurren a ella más significativamente, reforzando la prevención. Eso relativizaría, por tanto, el criterio de saturación como variable al momento de seleccionar las construcciones de contenido en campañas reiteradas y estables en el tiempo.



## **Capítulo 8. Análisis comparado de la cobertura de las campañas**





## **8.1 Análisis integral y construcción de indicadores**

A partir de la caracterización general de los ciclos informativos entendida como primera dimensión del interés mediático en las campañas como proceso informativo, y una definición general de las características de sus coberturas, se observaron las variables más relevantes presentes en el instrumento de recogida de datos, con el fin de sostener –de manera integral- las características general que organizan dicha selección informativa y los mecanismos de participación en el espacio mediático analizado.

Este nivel, por tanto, corresponderá a un plano descriptivo de la emergencia de las campañas de bien público analizadas en los diversos medios que componen la muestra.

En primer lugar, se observa que la mayor cantidad de noticias del estudio corresponde la cobertura de la campaña de vacunación contra la w135, con un 44,9%, seguida por la campaña de prevención de invierno con un 21,4%, vacunación influenza con 9,8%, enfermedades entéricas con 6,4%, prevención hantavirus con 5,9%, campaña VIH-SIDA con 4,9%, bioequivalencia con 3,8% y finalmente lactancia materna con un 2,9% del total de noticias de los períodos correspondientes.

Si bien gran parte de estas campañas presentan un carácter nacional, son principalmente los medios locales aquellos que cubren las noticias

relativas a estas temáticas sanitarias, alcanzando un 62,7% por sobre el 37,3% de medios nacionales.

Los datos evidencian que las campañas que tienen un carácter más nacional son cubiertas por ambos tipos de medios. Sin embargo aquellas campañas que tienen un enfoque más local, son más cubiertas por los medios regionales, entregando un enfoque más local tanto a la noticia como a la campaña.

Esto se observa de manera más evidente en las campañas de prevención del hantavirus y enfermedades entéricas y síndrome de vibrión parahemolítico, en donde los medios de alcance local dan cuenta tanto de las fiscalizaciones de la región como de las zonas rurales de mayor riesgo. Dicho escenario se corrobora con la prueba estadística de chi cuadrado, donde se observa una asociación estadística significativa entre el alcance del medio y la campaña (0,032).

Para complementar la información anterior, vale dar cuenta del índice de construcción de agenda, descrito en el apartado de metodología de este informe. Este índice permite ver la relevancia en la construcción de agenda de las noticias cubiertas, en este caso, por campaña. Lo que se observa es que las noticias de prevención de invierno presentan mayor profundidad en el sentido de extensión, mientras que las notas con menor profundidad son aquellas de prevención hantavirus.

Tabla 42: Índice de construcción de agenda.

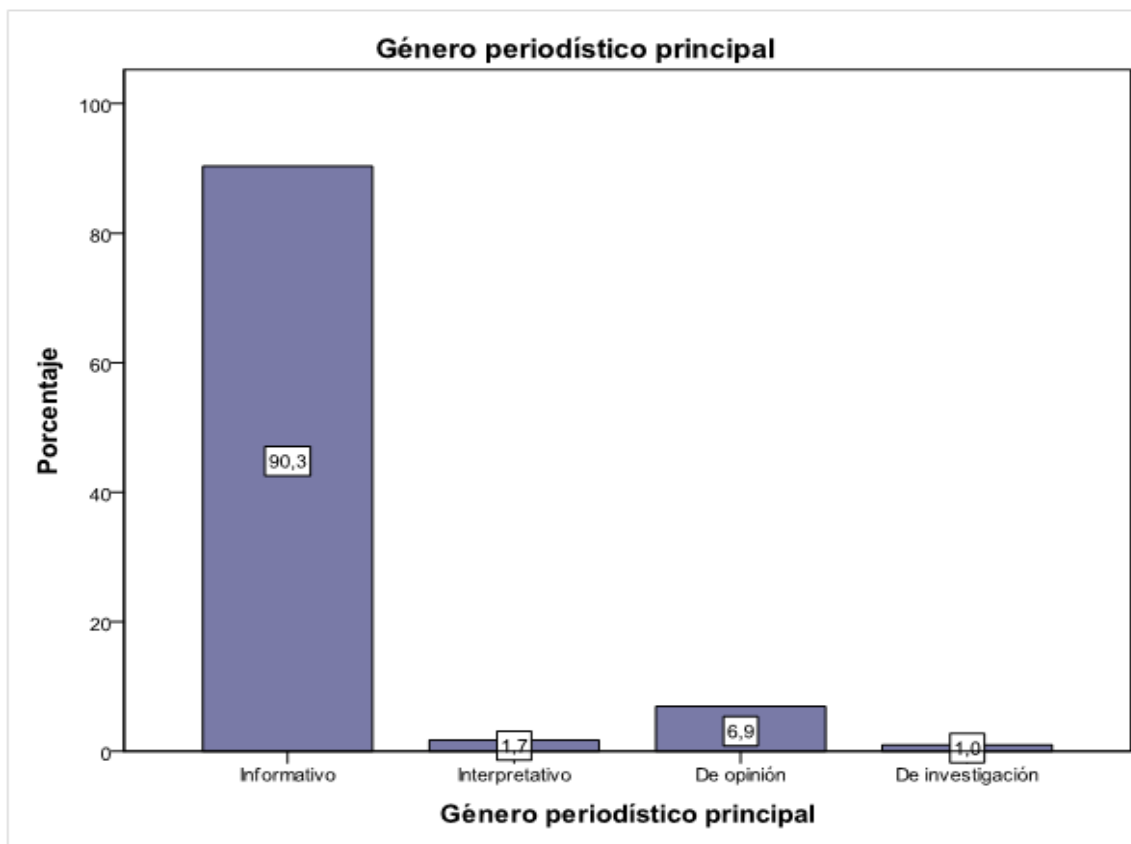
Campana	Media	N	Desv. típ.
Vacunación influenza	-,0798	68	,88560
Prevención invierno	,2134	148	1,04903
Lactancia materna	,1962	20	1,56075
Campana VIH SIDA	,0248	34	1,00335
Bioequivalencia de medicamentos	-,1356	26	,58967
Vacunación W135	-,0399	311	,84671
Prevención Hantavirus	-,2944	41	,73524
Enfermedades entéricas y síndrome por vibrio parahemolítico	-,0212	44	,74514
Total	,0029	692	,91835

Con esta información, se realiza una prueba de ANOVA de manera de determinar la asociación entre el índice creado y las campañas de salud pública, obteniendo una significación de 0,037, lo que indica que las variables en efecto se encuentran relacionadas, en tanto la extensión con que es tratada una noticia y la campaña que cubre.

La gran parte de las noticias, indistintamente del alcance del medio que las publica, presentan un carácter netamente informativo, sin recurrir a gran cantidad de fuentes, y con una orientación neutral. Se hipotetiza que las fuentes principales a las cuales recurren los medios escritos son los comunicados de prensa del Ministerio de Salud así como los lanzamientos de campañas.

En este contexto, se entiende que el género periodístico principal sea informativo (90,3%), así como que el enfoque del periodista registrado sea prioritariamente un tratamiento neutro de la información (56,6%), mientras que como segunda tendencia aparezca la cobertura priorizada por el costo-beneficio social observado por el medio (20,1%). No es posible realizar para este caso una prueba de asociación de chi cuadrado, debido a los pocos elementos que cada casilla presenta, ya que el carácter informativo es predominante.

Gráfico 47: Género periodístico principal



En este sentido el discurso de los periodistas que cubren salud vinculan el ejercicio directo del periodismo como una condición natural de su operatoria profesional. La neutralidad se asocia entonces la inmediatez del trabajo y una forma de eficacia informativa.

*“La responsabilidad está en difundir noticias de manera efectiva, clara, sencilla y que sirva a los lectores/auditores para tomar decisiones sobre su salud”. (periodista de medio de circulación local, 2014)*

*“Nosotros (los periodistas) creo que reaccionamos, más que preparar mucho en ciertos temas, como el fin de semana que si lo preparan no sé*

*tres días nosotros no hacemos investigación de un mes y de ahí salen las notas al tiro.(periodista, medio de circulación nacional)*

Del total de noticias que tienen en el enfoque del periodista el conflicto, el 58% representan la campaña de vacunación y el segundo es invierno (26,8%) y el resto son porcentajes marginales. Además existe una correlación estadística entre las campañas y el enfoque del periodista (chi cuadrado con significación de 0,024)

Las noticias que cada campaña cubre presentan entonces un carácter neutral e informativo, que da cuenta de la ocurrencia de un hecho o entrega información que los medios consideran relevante en el plano de la salud. Dentro de este marco, se entiende que el criterio de noticiabilidad principal sea la actualidad o inmediatez principalmente (51,4%) seguido de la magnitud (23,7%). Los criterios de proximidad o espectacularidad se encuentran virtualmente ausentes.

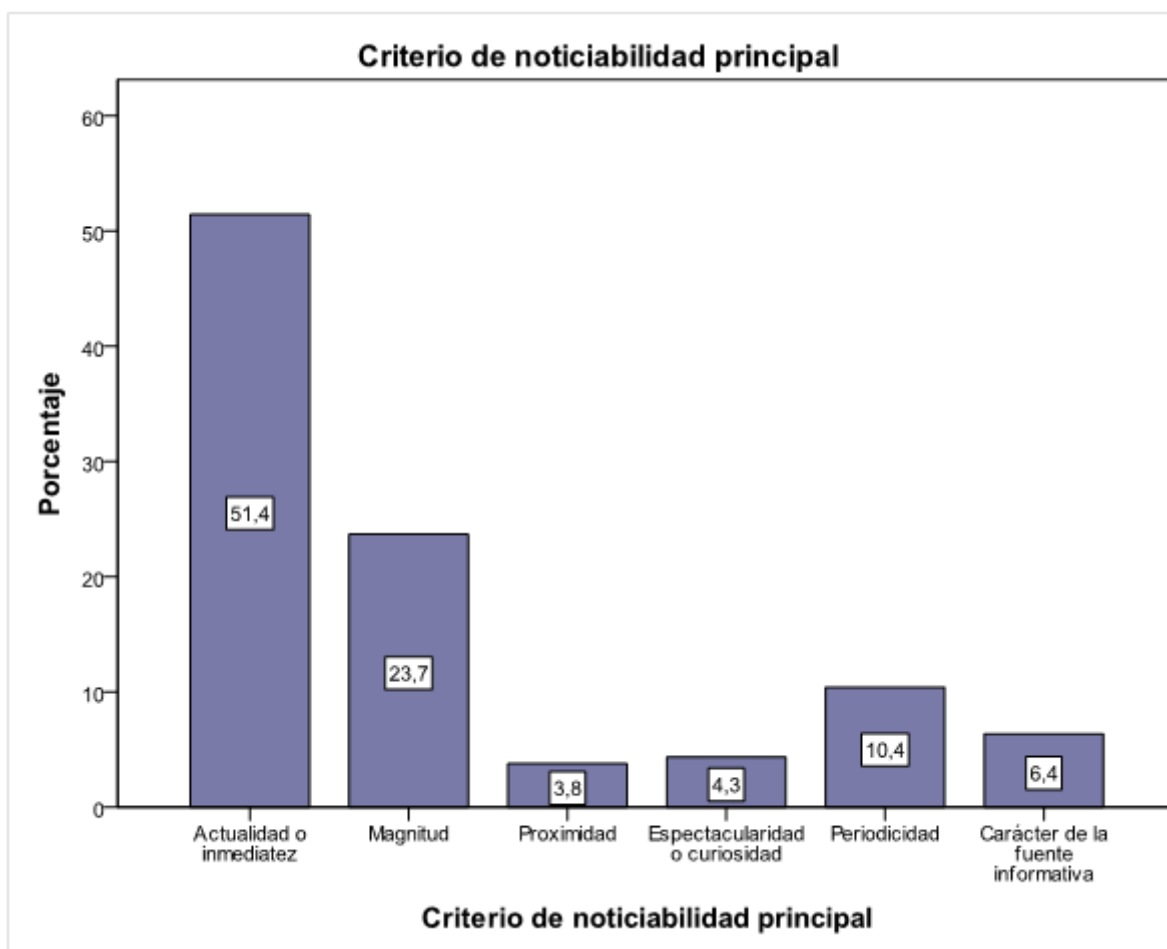
A partir de lo anterior los periodistas entrevistados observan que el criterio analizado es consistente con el valor que entrega el periodista al sentido de permanente actualidad. Su ausencia, además, genera una percepción de reiteración y escasa calidad de la campaña:

*“Yo creo que nacional ellos lo tomaran como más... por lo menos te digo que lo tomamos en forma relativa, influenza como te digo no la tomamos*

*mucho, excepcionalmente cuando hay un añadido que le dé una novedad”,  
(periodista, medio de circulación nacional).*

*“(Lo tomamos en cuenta) porque el ministerio lo hizo, en mi perspectiva si  
el ministerio saca una campaña lo que tiene que hacer es poner avisos en  
la radio, en la TV, gigantografías pero no tiene por qué pedirme a mí que  
yo tengo que cubrirlo a menos que sean inteligentes y te presenten un  
enfoque, una cosa llamativa o cercana” (periodista y editora, medio de  
circulación nacional)*

Gráfico 48: Criterio de noticiabilidad principal de las publicaciones.



### 5.1.1 Análisis de fuentes

En relación al uso de fuentes uno de los hallazgos relevantes del presente estudio es la escasa participación del Ministro de Salud como agente directo de la información. La única campaña donde tiene una presencia relevante es en la campaña de bioequivalencia y en un segundo lugar la de vacunación contra la meningitis W135. Esto es coincidente con que ambas campañas no registran un brief específico, con orientaciones locales; asimismo, es posible hipotetizar que esta presencia se vincula con el carácter de la información más política y de nivel nacional.



Al respecto, una informante clave plantea: *“No hubo un brief específico (refiriéndose a la “w135”) porque se hizo sobre la marcha. Incluso el mismo ministro tomó el tema como parte de su agenda” (gestora comunicacional, nivel central MINSAL, 2014).*

Esto se condice con el cruce entre la fuente con el alcance del medio. Es decir hay una asociación estadística con la aparición del ministro. A partir de lo anterior es posible afirmar que los medios de carácter nacional, usan al ministro como una fuente por sobre los medios locales, sean estos ciudadanos o no.

Existiría, además, una asociación estadística entre campañas y aparición del Ministro de Salud.

El subsecretario de redes asistenciales no es considerado como una fuente dentro de la cobertura de las campañas, excepto en la campaña de prevención de invierno. Esto, como se señaló, por el enfoque centrado en la red pública de salud.

Por otro lado, el subsecretario de salud pública tiene mayor presencia que su par de redes asistenciales aunque su uso como fuente sigue siendo bajo. La mayor aparición se concentra en la campaña de enfermedades entéricas y en segundo lugar en W135, ambas coberturas marcadas por la percepción de riesgo.

El Secretario Regional Ministerial de Salud (SEREMI) es la fuente relacionada con las autoridades de salud con mayor presencia. Es también aquella a la que los medios más recurren, particularmente en aquellas campañas cuyas informaciones son localizadas como es caso de la campaña de prevención del Hanta Virus o de enfermedades entéricas. Por oposición, las campañas de VIH SIDA y prevención invierno cuentan con una menor presencia de los SEREMIS.

A nivel del análisis de medios, son los diarios locales ciudadanos y no ciudadanos, los que más consideran como fuente a las SEREMIAS, con una asociación estadística significativa. Por ello, el estudio indica que cuando los medios locales recurren a fuentes identificadas tienden a buscar a la autoridad de salud local (Chi cuadrado de pearson 0,000)

Esto es consistente con las opiniones de los gestores de comunicación central del Ministerio que reconocer un trabajo estratégico del posicionamiento de los seremi frente a otras autoridades sanitarias locales.

*“Las campañas son orientadas desde el nivel central al nivel regional y se tomó la decisión que las seremias sean las que coordinen la difusión”  
(Periodista encargada de comunicaciones en MINSAL, febrero 2014)*

Asimismo, las entrevistas a periodistas y editores locales reconocen el lugar de las *SEREMIAS* como fuentes y voceros ministeriales, particularmente en hitos como los lanzamientos de campaña.

*“ (Mis) principales fuentes son la Seremi de Salud, el Servicio de Salud, el hospital y los consultorios. También los colegios profesionales del área y los vecinos” (periodista de medio local, 2014)*

El Director del Servicio de salud prácticamente no aparece en la cobertura como tampoco es el caso del director de hospital que no son fuentes a las cuales los medios recurren. Esto incluso ocurre al reagrupar las variables por tipo de medio (local /nacional), no distinguiéndose diferencia según este criterio de alcance.

Tabla 43: Aparición de fuentes sanitarias.

Aparición	Ministro de Salud	Subsecretario o de redes asistenciales	Subsecretario de salud pública	SEREMIs de salud	Director(a) de servicio de salud	Director(a) de Hospital
Si	17,3%	3,9%	11,7%	27,9%	5,8%	2,3%
No	82,7%	96,1%	88,3%	72,1%	94,2%	97,7%

Este punto no se condice con el discurso de los periodistas sobre su uso de fuentes:

*“Actualmente Ministerio de Salud, Colegio Médico, gremios, isapres. Sin embargo, destaco el rol de muchas agencias de comunicaciones que representan a clínicas, centros médicos o empresas de salud que entregan permanentemente material de tipo preventivo con el propósito de posicionar alguna marca o mejorar su reputación corporativa” (periodista, medio de comunicación nacional)*

*“Los principales agentes me da vergüenza decirlo que internet y todo lo que es ensayos clínicos que vienen de Estados Unidos principalmente, fuertemente, Europa te diría muy atrás digamos y quizás que los chinos están entrando en un segundo lugar y la parte asiática y los chinos se han estado asociando con Estados Unidos también algunas Úes California y hacen sus cosas ya y esa es una fuerte fuente. De ahí, yo te diría los médicos acá o mejor los centros de salud, las clínicas tienen equipo periodístico, algunos hospitales” (periodista, medio de circulación nacional)*

*“En el tema de salud, el ministerio de salud porque le da un tono distinto a tu nota, también la subsecretaria, el ISP y las cuestiones oficiales, los organismos oficiales tienen el pero de que ellos están limitados por el lugar donde están y ahí cuando tú te sabis a doctores o especialistas de hospitales, Úes, puedes tener miradas un poco más abiertas”. (Periodista, medio de circulación nacional)*

### *5.1.2 Análisis de fuentes según tipología.*

Para efectos de la presentación de resultados, se han reagrupado las fuentes a partir de su carácter y especificidad común. Las sanitarias junto a otras autoridades, locales y nacionales, fueron consideradas como “fuentes políticas”. Especialistas, expertos y voceros de agrupaciones, fueron reconsideradas como fuentes técnicas. Por último, los ciudadanos comunes, afectados, víctimas o sujetos individuales conformaron el conjunto “fuentes de la sociedad civil”.

Del total de tipos de fuentes utilizadas por las campañas, predomina la utilización de autoridades políticas con un promedio de 1,78 por nota. Luego le siguen las fuentes técnicas -incluyendo las ONG's-, con una aparición de 0,83 menciones por publicación, y las fuentes de la sociedad civil no organizada en un tercer lugar con 0,32 apariciones.

Los resultados indican un escaso uso de voces individualizadas como fuentes. Se presume que los medios de comunicación analizados utilizan mayoritariamente definiciones genéricas asociadas a la producción de la información por sobre la personalización de las referencias, de manera tal que no se presentan en las publicaciones referencias citadas.

Al cruzar esta información por el tipo de medio, se observa que las fuentes políticas son usadas más por los medios locales no ciudadanos. De este tipo de fuentes, la campaña que más las usa es la de prevención de VIH

SIDA, con un promedio de 2,32. Lactancia materna, en cambio, es la que cuenta con menos: 0,55 menciones.

En el caso de las autoridades técnicas, la campaña de prevención de invierno es la que más recurre a su uso, con un promedio de 1,92. Le sigue lactancia materna con 1,6. La que menos recurre a este tipo de fuentes es la de prevención del Hanta Virus con 0,02. Esto podría vincularse a que la mayoría de las noticias se centraban en casos emblemáticos de morbilidad y mortalidad. Si se observa esta información por carácter del medio, las autoridades técnicas son más utilizadas en los medios nacionales, que buscan complementar las noticias entregadas con este tipo de fuentes.

Frente a la escasa mención de fuentes de la sociedad civil, la que utiliza un mayor promedio de fuentes de este tipo es la bioequivalencia con 0,65 y la que menos usa es la vacunación influenza (0,1). Las fuentes de la sociedad civil son a su vez más utilizadas en la misma proporción en los medios locales no ciudadanos y los nacionales, mientras que los locales ciudadanos prácticamente no utiliza este tipo de fuentes (0,07).

La mención total de fuentes utilizadas en todas las campañas y en todas las publicaciones es de 2,92 fuentes por nota, entendidas como citas y no como fuentes de diverso origen. La campaña que tiene más fuentes en total es la de prevención invierno con 3,99 citas por publicación, mientras que la que menos tiene hanta virus con 1,59 menciones.

Tabla 44: Fuentes según tipología (reagrupadas)

Campaña		Fuentes: autoridades políticas	Fuentes: autoridades técnicas	Fuentes: sociedad civil	Fuentes: total
Vacunación influenza	Media	1,24	,79	,10	2,13
	N	68	68	68	68
	Desv. típ.	2,088	2,884	,428	3,519
Prevención invierno	Media	1,70	1,92	,36	3,99
	N	148	148	148	148
	Desv. típ.	2,732	3,118	,998	4,008
Lactancia materna	Media	,55	1,60	,50	2,65
	N	20	20	20	20
	Desv. típ.	,999	2,963	1,147	3,329
Campaña VIH SIDA	Media	2,32	1,18	,26	3,76
	N	34	34	34	34
	Desv. típ.	3,102	2,222	,790	3,220
Bioequivalencia de medicamentos	Media	1,77	,81	,65	3,23
	N	26	26	26	26

	Desv. típ.	2,861	2,350	2,171	3,691
Vacunación W135	Media	1,97	,42	,33	2,71
	N	311	311	311	311
	Desv. típ.	2,387	1,292	1,263	3,224
Prevención Hantavirus	Media	1,39	,02	,17	1,59
	N	41	41	41	41
	Desv. típ.	1,547	,156	,543	1,774
Enfermedades entéricas y síndrome por vibrio parahemolítico	Media	2,00	,25	,34	2,59
	N	44	44	44	44
	Desv. típ.	1,479	1,014	,745	1,703
Total	Media	1,78	,83	,32	2,92
	N	692	692	692	692
	Desv. típ.	2,396	2,186	1,116	3,378

Como se observa, la realidad de la cobertura de las campañas de salud es más bien débil en cuanto a la cantidad y profundidad del tratamiento de las noticias, en donde los medios recurren principalmente a publicaciones breves y predominantemente informativas, así como en el



uso de fuentes. Ha quedado de manifiesto que los medios escritos no recurren a una gran cantidad de fuentes, y la mayoría de estas tienen un carácter político. Esto, sumado a la breve extensión y a la predominancia de las notas breves, lleva a pensar que quizás existiría una relación entre estas variables y las campañas de salud. Por ello, en este caso se recurre al índice de densidad periodística (explicado en el punto de metodología), en donde se observan los siguientes resultados:

Gráfico 49: Índice de densidad periodística.

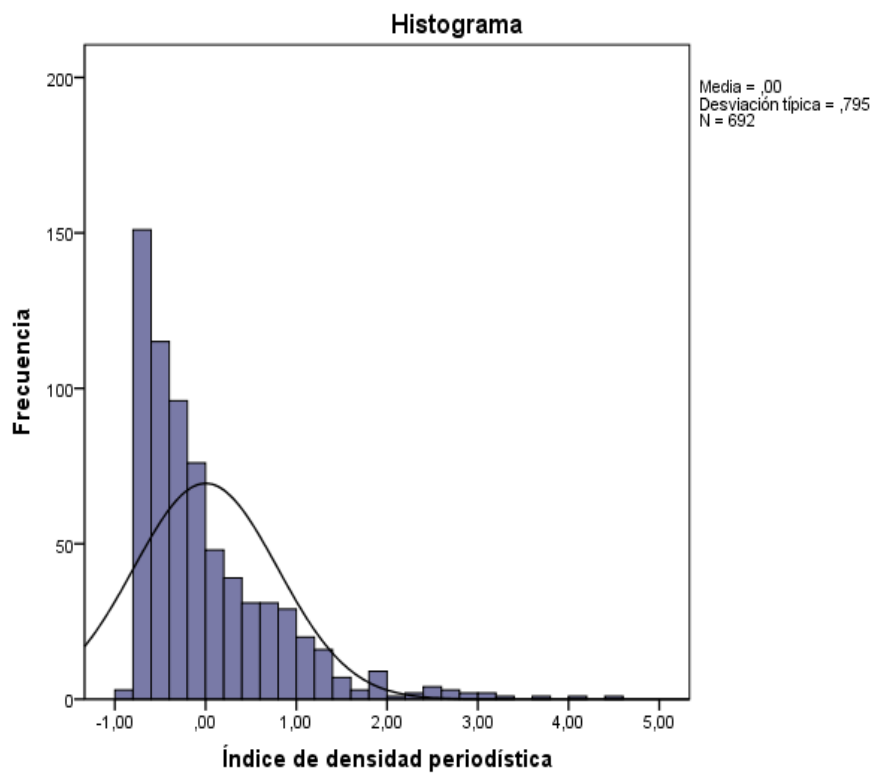


Tabla 45: Índice de densidad periodística por campaña.

Campaña	Media	N	Desv. típ.
Vacunación influenza	-,2113	68	,87559
Prevención invierno	,0449	148	,76205
Lactancia materna	-,1002	20	,77270
Campaña VIH SIDA	,1424	34	,83686
Bioequivalencia de medicamentos	,1436	26	,78404
Vacunación W135	,0530	311	,83995
Prevención Hantavirus	-,2209	41	,57763
Enfermedades entéricas y síndrome por vibrio parahemolítico	-,1267	44	,48121
Total	,0010	692	,79516

Realizada la prueba ANOVA con estos datos, se observa una significación de 0,067, por lo que no alcanza a probarse la hipótesis alternativa, es decir que las variables no estarían asociadas. Sin embargo, los datos permiten observar que las campañas de prevención del VIH-SIDA así como la bioequivalencia de medicamentos, son aquellas que mayor densidad periodística presentan, ya que son temáticas que presentan mayor cantidad de reportajes, lo que implica a su vez profundidad en el tratamiento. Mientras, las campañas de prevención hantavirus, vacunación influenza y enfermedades entéricas son las que menor densidad presentan, debido a que se limitan a informar de manera breve los hechos asociados a las campañas.

En cuanto al uso de fuentes propiamente tal, para intentar dilucidar qué variables determinar el mayor o menor uso de fuentes, se realizó una

regresión lineal múltiple que pudiera dar cuenta de este objetivo. Se hipotetizaba que la presencia de imágenes, el alcance del medio, la extensión en párrafos de la noticia y el carácter del medio, podrían ser las causales de la mayor presencia de fuentes. Sin embargo, la prueba determina que el alcance del medio, es decir que sea local o nacional (sin la distinción de local ciudadano) no influía en el comportamiento de la variable dependiente total de fuentes. Por ello, al excluir esta variable de la regresión, se obtiene que todas las demás son significativas dentro del modelo multivariable, por lo tanto la presencia de imágenes en la nota, el carácter del medio (online o físico) y la extensión en párrafos logran en conjunto explicar un 52% del comportamiento de la variable total fuentes.

Si bien este porcentaje no permite hablar de una causalidad directa, sí posibilita plantear que la cantidad de fuentes viene dada por un tratamiento más extenso de la noticia, en donde cada publicación ocupe más espacio de su medio en informar un hecho dado. Además, que el carácter del medio sea determinante, implica que cuando el medio es online, son menos la cantidad de fuentes que se utilizan en la publicación, mientras que este número aumenta cuando se trata de medios físicos, como queda de manifiesto en el cuadro a continuación:

Tabla 46: Fuentes y medios

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-.408	.184		-2.224	.026
	Carácter del medio recodificada	-.620	.256	-.066	-2.421	.016
	Extensión (en párrafos)	.397	.016	.682	24.639	.000
	Presencia de imágenes	.798	.214	.106	3.733	.000

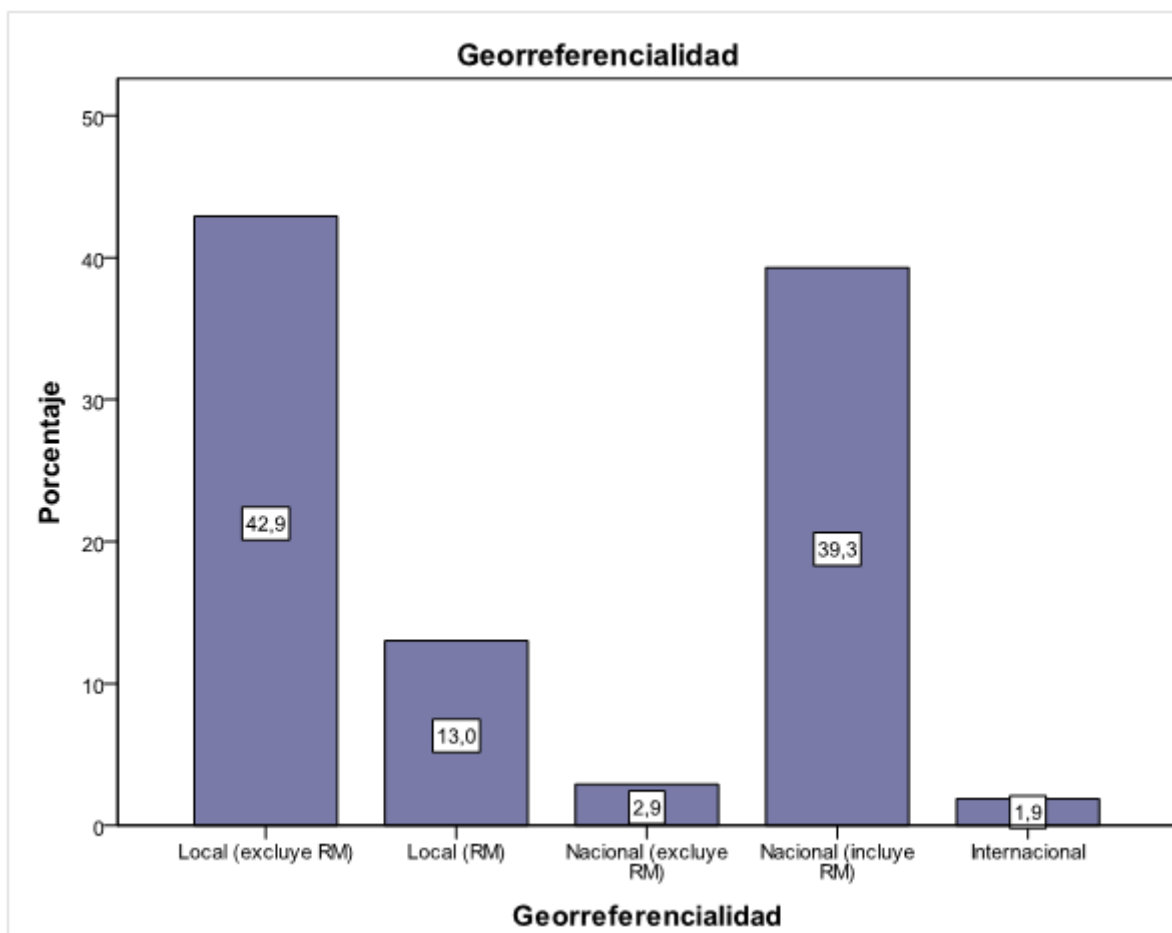
### 8.1.3. Georreferencialidad

La georreferencialidad incluye el lugar de producción informativa. Frente a lo local, este puede considerar dos posibilidades: la emergencia temática en función de la relación campaña-territorio, o bien, el anclaje territorial a un fenómeno nacional, realizado por el ejercicio periodístico.

Por oposición, lo nacional tendrá referencia a una producción informativa que participa de la agenda desde la perspectiva de su implicancia nacional, sea esta directa o indirecta. Lo internacional, en cambio, refiere a las publicaciones cuya referencia está fuera del país.

Las noticias locales que excluyen a la RM así como las nacionales que incluyen a la RM son los dos conjuntos georreferenciales predominantes.

Gráfico 50: Porcentaje de publicaciones según georreferencialidad.



La campaña de prevención hantavirus es la campaña que concentra mayor informaciones locales sin incluir Región Metropolitana, equivalente al 70,7% de su total de publicaciones. Le sigue la campaña de lactancia materna con 60%. La campaña menos localizada es la bioequivalencia, con un 0%, lo que es consistente con el carácter nacional del objeto al cual refiere.

La campaña que más refieren a informaciones locales propias de la Región Metropolitana sin carácter nacional, es la campaña de W135 con un 17,7% dentro de su propio n. Esto se explica porque durante los

inicios de la campaña se focalizó la información en el plan piloto de vacunación realizado en la comuna de Peñalolén.

En dos campañas, sus publicaciones no marcan una tendencia específica sobre la cobertura local y nacional: vacunación influenza y enfermedades entéricas.

Por esto, se realiza una prueba de chi cuadrado y está estadísticamente asociado la georreferencialidad con la campaña.

El carácter del medio es coherente con la georreferencialidad de la información. Así los medios locales, prioritariamente cubren noticias locales: los medios ciudadanos en un 72% cubren noticias georreferenciadas localmente, mientras que los medios locales no ciudadanos lo hacen un 62,9%. Los medios nacionales por su parte publican informaciones de carácter nacional, con una escasa participación de informaciones locales: 57,4% noticias nacionales que incluyen a la región metropolitana y sólo un 26,3 noticias locales de la región metropolitana.

La georreferencialidad y el alcance del medio se encuentran estadísticamente asociados.

Sobre la relación de fuentes y la georreferencialidad, las opiniones de los periodistas se establecen desde un contrapunto. Mientras para los

medios locales, la referencia al contexto inmediato otorga mayor verosimilitud, los periodistas nacionales, reafirman la importancia del nivel central metropolitano.

*“Son muy importantes, porque las personas confían más en los datos o en la información que entregan sus cercanos. El miedo con las vacunas, por ejemplo, es un caso en que la opinión de los vecinos prima sobre la técnica o la de la autoridad.” (periodista de medio local impreso, 2014)*

*“Porque ahí sucedió algo más nuevo, algo que amenazó a los santiaguinos que somos súper ególatras y es que no tenemos un corresponsal identifique una noticia llamativa en Temuco y que te va a decir, de repente no llegamos con eso lamentablemente pero cuando pasan cosas en Santiago” (periodista medio de circulación nacional, 2014)*

#### *8.1.4 Percepción principal sobre la salud y la enfermedad.*

La idea de prevención es el eje predominante de la cobertura de los medios sobre las campañas, con un 65,3%. En un segundo lugar la noción de tratamiento y atención con un 21%. Las categorías contención y condenatorio un 8,8% y 4,9% respectivamente.

Las campañas en las que predomina el carácter de la prevención son la de lactancia materna con 100% y vacunación influenza con un 94,1% del total de noticias por campaña. En ambas campañas está ausente la

**categoría atención y tratamiento.** En cambio esta percepción está más presente en bioequivalencia y en prevención hanta virus, con un 69,2% y 53,7% respectivamente.

El caso de la campaña de hantavirus es una excepción ya que esta última categoría está por sobre la de prevención, que solo representa un 43,9% de las publicaciones asociadas a esta campaña.

La única campaña que presenta un porcentaje significativo de una percepción sobre contención es la de prevención de invierno con un 16,9 de sus publicaciones. La percepción y las campañas se encuentran estadísticamente asociadas.

#### *8.1.5 Referencia a la red de salud.*

Se comprende como referencia a la red de salud, al tipo de mención que realizan los medios del sistema de salud en su conjunto, incluyendo el subsistema privado. A partir de esto, se establecen tres valoraciones asociados: neutra, positiva y negativa, considerando las adjetivaciones y el contexto de publicación realizado por cada medio a cada publicación analizada.

No se observa una tendencia clara que favorezca la mención de la red de salud como parte del contenido de las publicaciones analizadas: La referencia alcanza un 51,7% del total de publicaciones.



Al desglosarlas por campaña, la mayor referencia a la red de salud se encuentra en la campaña de bioequivalencia de medicamentos, un 76,9 %, seguido por vacunación por w135 con un 60,6%. Llama la atención que las campañas de vacunación influenza y prevención de invierno, cuyo objetivo busca un mayor conocimiento y uso responsable de la red de salud, lleguen a menos de un 50% de referencia (41,2% y 43,2% respectivamente). La menor referencia a la red de salud es la campaña de enfermedades entéricas, que se conduce con su diseño.

Estas relaciones se encuentran estadísticamente asociadas con un chi cuadrado de 0,000.

En el caso de la referencia a la red pública, todas las campañas la presentan, pero la mayoría son menciones neutrales (60,9%). En las únicas donde hay una mayor valoración es en el caso de la prevención invierno y la vacunación w135. En el primer caso predomina lo negativo y en el segundo lo positivo.

Existe una asociación estadística de la campaña y el tipo de referencia.

En el caso de la referencia a la red privada la única campaña que no presenta ninguna mención, es la de enfermedades entéricas. Sin embargo, al considerar los totales por campaña, también predominan las referencias neutrales. Las valoraciones negativas, en cambio, se

encuentran principalmente en bioequivalencia y w135, mientras que las positivas están en vacunación influenza. En esta última campaña la referencia positiva es mayor que la referencia neutral.

#### 8.1.6 Resultados por índice de correspondencia con el brief

Un elemento que se enfatiza a lo largo de la presentación de estos resultados es la particularidad de cada campaña de salud por separado, y cómo estas reflejan o no las expectativas del Ministerio de Salud, expresadas en cada uno de los briefs de campaña, analizados precedentemente. Para profundizar en estos datos, es que fue creado el índice de correspondencia con el brief, explicado en el punto de metodología de este informe. Los resultados que se observan son los siguientes:

Tabla 47: Correspondencia de brief por campaña.

	Vacunación influenza	Prevención invierno	Lactancia materna	VIH- SIDA	Hanta	Entéricas
Promedio	,3897	,2508	,2727	,117 6	,0982	,1783
N	68	148	22	34	42	43
Desv.	,30276	,19149	,30530	,106 23	,1339 4	,16470

Mínimo	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Máximo	,88	,88	,88	,27	,50	,67

El cuadro precedente evidencia que la mayor correspondencia de la cobertura de la campaña con el brief del Ministerio se encuentra en la vacunación influenza, con un 38,97%, seguida por la campaña de prevención de lactancia materna con un 27,27%, mientras que por otra parte la campaña de prevención de hantavirus es aquella que menos es cubierta por los medios bajo las expectativas del Ministerio, lo que se condice con el tratamiento que tienen los medios de esta enfermedad, dando cuenta principalmente de los casos de morbilidad por sobre la prevención, que es el eje de la campaña.

Además, se destaca que en todas las campañas que poseen brief, existe al menos una nota en la cual no existe ningún concepto clave ni aparición de público objetivo de la campaña, logrando un valor de correspondencia con el brief de 0,00, mientras que la menor dispersión en los datos se encuentra en la campaña de VIH-SIDA, indicando que en general la relación de los objetivos de campaña con la cobertura real de los medios, es escasa.

Profundizando en los datos generados, se realiza un cruce entre el índice de correspondencia del brief con el alcance de los medios de comunicación analizados, donde se observa que en las campañas de vacunación influenza, lactancia materna, prevención hantavirus y

enfermedades entéricas presentan valores más elevados para el caso de medios locales ciudadanos, mientras que las campañas de prevención invierno y VIH-SIDA poseen valores más altos para el caso de la cobertura en medios locales no ciudadanos. Los medios nacionales son quienes en menor medida publican noticias de las campañas en función de los requerimientos del Ministerio de Salud.

Tabla 48: Correspondencia de brief y alcance del medio.

Alcance y carácter del medio		Vacunación influenza	Preven ción invierno	Lactancia materna	VIH- SIDA	Prevención Hantavirus	Enfermeda des entéricas
Local ciudadano	Media	,4844	,2396	,5000	,1273	,1406	,2051
	N	8	12	1	5	8	13
	Desv. típ.	,28690	,1881 3	.	,1036 5	,10432	,15612
	Mínimo	,00	,00	,50	,00	,00	,00
	Máximo	,75	,63	,50	,27	,25	,44
Local no ciudadano	Media	,4356	,2557	,2768	,1414	,1193	,1813
	N	33	66	14	18	22	19
	Desv. típ.	,28319	,2153 2	,35416	,1090 1	,15659	,18596
	Mínimo	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Máximo	,88	,88	,88	,27	,50	,67
Nacional	Media	,3056	,2482	,2321	,0744	,0313	,1414
	N	27	70	7	11	12	11
	Desv. típ.	,32026	,1695 8	,20952	,0980 7	,07770	,14134
	Mínimo	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	Máximo	,88	,63	,63	,27	,25	,44

## **Capítulo 9. Conclusiones y Cierre**



## **9.1 Conclusiones generales**

El desarrollo de la presente investigación generó una observación sobre los medios y sus condiciones de producción informativa, a partir de la irrupción de una estrategia comunicacional cuya relevancia social podría gatillar un proceso decisonal sobre lo público y lo publicable.

La investigación pudo comprobar que existe una escasa intensidad de la cobertura mediática asociada a las campañas. Una baja cantidad de informaciones en portada, sumado a la escasa extensión y el tipo de publicación asociadas, apelan -indistintamente del tipo de medio, estructura propietaria o línea editorial-, a un ejercicio periodístico que no considera relevante la cobertura de campañas, en relación a la competencia de informaciones que se establecen en el registro de selección informativa.

Dicho de otro modo, la construcción de agenda aunque considere las campañas como un acontecimiento posible de transformarlo en un tema y por extensión, de una publicación periodística, ésta no logra los niveles de relevancia que en la competencia medial permitan relevar las campañas de manera sistemática.

Al observar los múltiples datos disponibles, es posible argumentar que los medios establecen una rutina periodística centrada principalmente en la difusión de hitos de la campaña, sin existir un seguimiento

particular de ésta ni mucho menos de los niveles de prevención requeridos por la población. Así, las publicaciones apelan a la cobertura de un quehacer particular del Ministerio que irrumpe en el espacio público y del cual la campaña es parte.

Este punto es de relevancia en el discurso de los periodistas vinculados a la cobertura de temas de salud.

*“(Yo cubro principalmente) la “epidemiología política”, término acuñado por el dr. Jorge Jiménez de la Jara, ex ministro de Salud y actual académico de Salud Pública de la UC. En éste ámbito caen temas ligados a salud y política, como por ejemplo reforma a las isapres, modificaciones a ley de tabaco, plan AUGE, paros sectoriales, conflictos ligados a las nuevas políticas de salud, políticas de medicamentos, negligencias médicas, campañas de salud pública y enfermedades de tipo pandémico (ébola, gripe aviar/porcina, SARS, VIH, etc). Tiene que ver con acontecimientos que impactan en las políticas públicas de salud y su regulación. (Editor, medio de circulación nacional)*

*“Es más fácil hacer prevención cuando se aborda alguna enfermedad, al igual que en noticias científicas. En tendencias, por lo general, no se enseña cómo prevenir, sino más bien, se explican razones. En todo caso, creo que la prevención no es una materia muy destacada en los medios de comunicación”. (Periodista, medio de circulación nacional)*



En este sentido, es posible advertir que el periodismo en estos temas de salud sigue una tendencia asociada a lo que se puede definir como una “*reproducción informativa selectiva*”, es decir, un periodismo que, más allá de depender de la gestión de comunicaciones del Estado, valida aspectos sobre los cuales hace posible la generación de informaciones mientras excluye otras dimensiones para la construcción de las noticias. Los resultados de nuestro estudio apuntan a que en la construcción de agenda, en general no existe profundidad en la forma en que se abordan los hechos noticiosos asociados a las campañas, sino más bien se presenta un tratamiento superficial de estos. Los índices de agenda y densidad periodística apuntan en esta dirección.

En la operatoria del periodismo, la campaña es vista como una posibilidad para que los medios puedan tratar principalmente casos coligados a la instrucción preventiva, en un horizonte de sentido que sí las reconoce como instancias preventivas. Así, la campaña abre un espacio en la rutina periodística para plantear informaciones de salud y vinculadas a la campaña, ya sea a través de su mortalidad, prevalencia, riesgo, conflicto u otro factor, pero en un escenario de escaso interés o *priming* sobre la estrategia en sí misma o las condiciones de prevención o promoción de la salud propuestas por el gobierno. En este sentido, los elementos potenciales de profundización periodísticas no son explorados y lo publicado no ocupa un lugar relevante dentro de la disposición noticiosa del medio.

*“De alguna manera todos los diarios lo hacen en menor o mayor medida, hay un tema de espacio pero también de voluntad de que el jefe diga voy a tirar todas estas notas que me importan o que yo considero importantes y voy a dejar un espacio chiquito para el tema salud, todo depende de uno, de tu jefe y de lo que tu plantees. Obviamente que yo lo encuentro necesario porque realmente apunta a una demanda de conocimientos de las personas”. (Periodista, medio de circulación nacional)*

En este sentido, el estudio no pudo fijar un patrón que estableciese un predominio del conflicto por sobre otros criterios de noticiabilidad ya que la construcción informativa de las campañas no consideró como significativa esta variable, estando muy por debajo de los criterios generales de actualidad o magnitud. Sin embargo, es interesante observar cómo el conflicto adquiere cierta preponderancia en aquellas campañas donde puede y ha habido una crisis sanitaria (vacunación w135 y prevención invierno).

A nivel local, *el criterio de autoridad* cuenta con una relevante incidencia y si bien los medios locales son más receptivos a las definiciones orientadoras del Ministerio, tanto los criterios de noticiabilidad como el tipo de información no se diferencian sustantivamente de los medios nacionales.

En este sentido pese a la georreferencialidad y la mayor apertura a la orientación preventiva en salud, no existiría un tipo de cobertura

particular que rompa con los parámetros habituales con los cuales la prensa actual opera. Las variaciones estarían dadas, como hipótesis, más bien por el interés de generar una cercanía del tema con la audiencia potencial que por establecer nuevas condiciones de reporte y escritura periodística en estos temas.

A la luz de estos elementos es posible señalar es que las orientaciones específicas de cuidado y promoción en salud, en tanto tal, tienen una baja presencia en los medios lo que, visto desde la efectividad de la gestión de salud, implica una escasa incidencia de este enfoque de las publicaciones periodísticas. Es posible aseverar, entonces, que los diarios analizados -bajo las condiciones específicas de cobertura delimitadas por la irrupción de las campañas- no ampliarían las condiciones informativas ni facilitarían la emergencia de una mediatización del debate público, para la construcción de sentidos preventivos. Por ello y basándonos en los resultados de la investigación, es posible argüir que la cobertura y tratamiento periodísticos de las campañas analizadas no favorecieron de manera sustantiva ni participaron de manera directa, en la construcción de bienes públicos sanitarios.

Los resultados del estudio confirman que el principal género al que recurre el periodismo durante la cobertura de las campañas es el informativo. Si bien esta es una constante por la naturaleza editorial de los medios analizados, no deja de llamar la atención la muy escasa presencia de textos de mayor complejidad como también la significativa

menor presencia de otros tratamientos periodísticos que favorecen el debate público. Este hecho confirma la escasa receptividad de los medios a las campañas y esta condición de repetición selectiva, ya enunciada.

Aunque no es posible afirmar que existe una tendencia entre la aparición de alguna autoridad de salud y la mayor o menor cobertura de las campañas, sí el estudio confirma que se trata de la fuente prioritaria al momento de identificar una vocería. Sin embargo, esta presencia se traduce en una voz monopólica en casi todos los medios analizados, incluso en aquellos autodenominados ciudadanos. Así, en los medios regionales la figura del SEREMI sustituye a la del Ministro, en términos del tipo de validación que los medios le otorgan.

Esta dependencia a determinada vocería pone en tensión los principios sobre los cuales el periodismo establece sus criterios de densidad informativa. Si el periodismo comprende como un periodismo de mayor complejidad a un tratamiento en profundidad, con mayor cantidad de fuentes, mayor extensión y diversidad de género, la construcción periodística analizada se alejaría sustantivamente de estos principios.

*“Las campañas tienen menor cobertura que otros temas del sector y que tienen más que ver con la contingencia noticiosa. Por lo general se publica el lanzamiento de la campaña y, al concluir esta, una evaluación breve. Nada más” (periodista medio de cobertura nacional)*

Esto es particularmente interesante al momento de observar a los medios ciudadanos de la red “Mi voz”. Se puede apreciar cómo existe una doble dependencia en relación a los contenidos difundidos por el gobierno: mientras por un lado son aquellos que más cobertura dan a la información local de las campañas y que mayormente reflejan los objetivos de los brief, son al mismo tiempo, el conjunto de medios que cuentan con la menor diversidad en géneros periodísticos y que mayor dependencia de los comunicados oficiales tienen. De lo que se desprende que particularmente en estos medios se da una reproducción ostensible de la información oficial por sobre un trabajo periodístico capaz de incorporar una mayor densidad comunicacional.

Llama la atención, además, la escasa presencia de voces ciudadanas en este tipo de medios autodefinidos como tales. También cuentan con escasas fuentes técnicas -incluyendo las de la sociedad civil organizada-, siendo por lo tanto el tipo de periódico de menor complejidad o densidad periodística en la cobertura de campañas.

La prensa analizada establece un criterio básico de su función al momento de considerar a las campañas como un objeto recurrente de lo publicable. Esto, si bien es una condición mínima frente a la diversidad de temas con lo que las campañas compiten, implica un reconocimiento de su relevancia en un universo posible de aconteceres. Más aún en un contexto mediático donde el frente de salud sólo existe como tal en dos medios de cobertura nacional.

Sin embargo, al mirar los resultados, por sobre el número de noticias y su valoración en términos de espacio asignado, lo cierto es que el tipo de cobertura es altamente episódico. Incluso en aquellas campañas que por su naturaleza, operan como un continuo, como son las de los meses de verano y de invierno, incluyendo influenza. Por lo tanto, visto desde un nivel contextual, su permanencia en el tiempo debería garantizar mayores espacios de cobertura, relación que este estudio no avala.

Es más, existen indicios suficientes para pensar que en la medida que las campañas alcanzan la altura de un programa permanente, el interés informativo se reduce. Los datos cuantitativos como los cualitativos avalan que la falta de “novedad” de algunas iniciativas (como la del VIH/ o la del Hanta Virus) generaría un supuesto escaso interés periodístico y, por lo tanto de menor demanda transversal en todos los públicos a los que refieren los medios analizados. La periodicidad de estas campañas, sumada a la escasa innovación en la entrega de información, tanto en términos epidemiológicos como en otros factores derivados de las múltiples enfermedades asociadas, tienen como consecuencia una escasa cobertura, al menos en los medios analizados.

Esto es consistente con el discurso de los periodistas sobre este aspecto:

*“...La última que se cubrió fue la de Mañalich cuando lanzó la del SIDA y se cubrió por el tema del hecho **llamativo** pero ahora, le ha dado mucho*

*el ministerio de poner famosos, ,las campañas con famosos salen y son todos buenitos y a mí no me gustan los buenitos” (editor, medio de circulación nacional).*

*“La premura de tiempo junto con la línea editorial pero te diría yo más la premura de tiempo tu dejai de lado tu responsabilidad, estás buscando un tema ojala bueno que ya este semidigerido... (Periodista, medio de circulación nacional)*

Tal como se explicó, si bien la tesis de la cobertura asociada al conflicto no es posible de ser demostrada, sí es interesante advertir cómo la magnitud aparece como un criterio relevante. Dicho de otra manera, descontando el conflicto, los medios serían receptivos de aquellas informaciones que en su origen establecen criterios de actualidad y magnitud, conceptos que a la base se relacionan con la excepción informativa. Asimismo la virtual inexistencia de otras formas de comunicación y redacción periodísticas distintas a lo informativo, dificultarían un tratamiento periodístico más afín con el cuidado sanitario de sus audiencias.

El análisis de los ciclos informativos también refuerza esta idea. La presencia de peaks informativos, y el escaso interés por una cobertura sistemática, reflejan un trabajo de reporte asociado a la gestión comunicacional del ministerio, por sobre el trabajo autónomo del

periodista o la construcción de una agenda a partir de la prevención de salud.

Empero, a nivel local, este hecho debe relativizarse. Los hallazgos presentados permiten aseverar que existen condiciones preexistentes a la campaña que favorecen su inserción mediática y pueden ser observadas como un capital para el desarrollo de una prensa proclive al desarrollo de bienes públicos sanitarios. Ejemplo de lo anterior es la relación significativa entre la cobertura de determinadas campañas a nivel regional con la prevalencia histórica de determinadas enfermedades en dichos territorios.

Así se detecta una relación entre los medios locales impresos con los problemas de salud regionales, particularmente en la cobertura de la campaña del VIH SIDA en la región de Arica y de Hanta Virus en la región del Bío Bío. Teniendo esto a la vista, la regionalización de las campañas y la pertinencia cultural asociada al riesgo sanitario, puede convertirse en un factor relevante para establecer una agenda mediática específica para la construcción de bienes públicos sanitarios en un contexto de campaña.

En síntesis, el estudio da cuenta de una escasa cobertura de los medios analizados asociada a las campañas de salud. Esa cobertura, si bien no se subordina totalmente a la gestión comunicacional del Estado, sí ejercita una *“reproducción informativa selectiva”* relacionada



directamente a los hitos comunicacionales generados por las campañas, cuestión verificable en el carácter episódico de los ciclos informativos de las coberturas de cada campaña. Los medios marginalmente exploran los diversos elementos que se desprenden de las campañas y la valoración que le dan en términos de jerarquía dentro de cada uno es baja, generando escasa visibilización de estos bienes públicos. Además, la presencia de las instrucciones de salud y orientaciones a los públicos, también son mínimo en las publicaciones estudiadas, corroborando que las líneas editoriales de los medios no recogen los esfuerzos comunicacionales del Minsal en cuanto a recomendaciones de hábitos o medidas preventivas, sino que se enfocan en la contingencia.

También se detecta una baja densidad periodística en la elaboración de las publicaciones relacionadas con los temas de campaña. Predomina ampliamente la producción informativa de notas sin explorar otros tratamientos periodísticos de mayor profundidad (reportajes de investigación, entre otros). A su vez, existe una sustantiva subordinación de los medios a las fuentes “oficiales”. Esto es paradójicamente cierto en especial para los medios “ciudadanos”, en donde las voces de la sociedad civil no son consideradas como fuentes.

Con este estudio se abren varias líneas de investigación posibles. Es pertinente considerar la realización de un estudio longitudinal para cotejar la recurrencia y variaciones que experimenta la cobertura de las campañas de salud, de manera de evaluar cuáles son las tendencias en

la cobertura de las campañas de salud pública, y qué elementos responden a las coyunturas noticiosas de cada año.

Por otra parte, es significativo considerar las implicancias que tiene el conflicto como eje de noticiabilidad en la construcción de agenda de los medios. Esta es una variable que tiene una significación relevante especialmente en las campañas que abordan o pueden estar determinadas por crisis sanitarias. Sin embargo, esta arista excede las pretensiones de este estudio por lo que se consigna como una apertura posible para una nueva investigación.

Otra línea derivada es la relación de los medios regionales con las especificidades territoriales en la que están insertos. Como se señaló con el caso de La Estrella de Arica y VIH SIDA y El Sur de Concepción y el Hanta Virus, podemos vislumbrar una responsabilidad en la cobertura de parte de los medios tradicionales regionales y las condiciones urgentes en términos epidemiológicos, si es que existen.

Bajo el supuesto de que una interrelación activa entre medios de comunicación y gobierno es el vehículo más relevante para la promoción de las campañas desarrolladas por el ejecutivo, es que la investigación de la efectividad -entendida como cobertura y tratamiento-, es sumamente relevante para medir su potencial impacto real. Su desatención implica “navegar a ciegas” en el espacio público mediático. El instrumental

elaborado para esta investigación puede servir como herramienta para esclarecer este vínculo.

Respecto al índice de construcción de agenda, consideramos que es un instrumento perfectible debido a que con la información específica con la que trabajamos las variables que construimos no eran estadísticamente significativas, descartando variables importantes como la aparición en portada o valor publicitario, por ejemplo. Esta exclusión de variables importantes obedece a la propia realidad de la relevancia de las campañas de salud en los medios analizados, lo que hace posible pensar que ante información distinta este índice pueda ser complejizado con otras variables ensayadas. A pesar de esta limitación, la aplicación del índice sí logró dimensionar la relevancia relativa de las distintas campañas.

Sobre el índice de densidad periodística, se considera que es el más fácilmente replicable en otros estudios, ya que su composición de variables es menos dependiente de la heterogeneidad de los valores que presenten, puesto que se encuentran relacionadas con distintos aspectos de la noticia, generando un índice cuya composición es altamente orgánica. Este estudio arrojó que la cobertura en general estuvo dada por la utilización del género informativo, que supone un menor tiempo invertido en su producción, de reducido tamaño y con pocas fuentes consultadas.

El índice de correspondencia es de una naturaleza distinta, ya que procede de una subordinación a una información previa, o sea, los briefs con que fueron construidas las campañas. En este sentido es el instrumento más eficiente para medir el éxito o fracaso de la transmisión de los mensajes ideados por las autoridades públicas. Aunque cada brief es específico, a partir de su estandarización en el índice es contrastable con los otros, pudiendo establecer comparaciones. En este estudio ninguna de las campañas superó el 50% de correspondencia, esto sumado a los resultados de cada uno de los índices da cuenta del bajo tratamiento periodístico en general de los medios analizados.

La innovación metodológica centrada en la construcción de los índices, permite pensar una aplicación en estudios longitudinales para la evaluación y medición de las campañas de salud como bien público. La posibilidad de dimensionar en forma compleja la interrelación o afectación de agendas, en particular la del gobierno y la de los medios de comunicación, permite cotejar las tendencias de cobertura en una línea de tiempo prolongada, de donde se puede derivar la visualización de la importancia de las coyunturas o de los episodios de conflicto en el tratamiento periodístico. Y es justamente este predominio, el del conflicto y la contingencia, en la agenda de los medios el cual el sistema público debe evaluar para pensar nuevas formas de interacción.

## **9.2 Sobre la coordinación de agendas y la construcción de lo público.**

Al observar integralmente los resultados de la presente investigación, es posible reconocer empíricamente cómo el sistema de medios analizado, establece condiciones de apertura a su entorno con el fin de realizar aquellas distinciones posibles que genera, a partir de la irrupción de las campañas entendidas como una comunicación que perturba

En este sentido, no es posible perder de vista el nivel organizacional que implica la campaña como una comunicación público estatal de lo sanitario. El ministerio, tal como ha quedado demostrado, genera las campañas no solo con el fin de generar nuevas condiciones de observación sobre sus propias distinciones de salud / enfermedad - que desde Luhmann es el código basal de sistema sanitario- sino también desde las condiciones específicas de la reproducción organizacional a partir de su propia centralidad.

Dicho de otra manera, la producción de la comunicación, al mismo tiempo reproduce una condición funcional estructural de lo sanitario, en un marco de lo público que requiere a los medios para su propia configuración.

En este sentido, la mediatización en sí misma, es una re-producción de aquella condición estratégica sanitaria. La campaña es una comunicación estratégica no solo por su intencionalidad con arreglo a fines, sino también porque en tanto tal establece una posibilidad de observación de lo público desde la gestión estatal y de la cual los medios pueden o no hacerse cargo.

El media advocacy, principal campo estudiado en esta investigación, demuestra la apertura de lo anterior, particularmente en la relación directa que existe entre los medios, su dependencia estructural a las vocerías a partir de dicho criterio de autoridad, la replicabilidad sistemática por sobre la autonomía entre otros elementos de juicio analizados.

Sin embargo, lo que producen los medios no es una condición espejo de la campaña. Esto, que emerge de los resultados de la investigación, corrobora desde lo aplicado, aquella condición que Luhmann asigna a los medios cuando plantea que lo observado solo es posible desde las condiciones específicas de la observación. Ni los medios auto reconocidos como ciudadanos, es posible advertir diferencias sustantivas en las formas de cobertura y tratamiento incluso en contextos donde la producción informativa puede estar mediada por otros agentes no periodistas.

Esto implica que los criterios de lo publicable discutidos en esta investigación, operan como parte del código basal sobre el cual las organizaciones mediales y el sistema periodístico analizado, permiten reducir la complejidad frente a aquello que promueve la campaña.

El caso de la cobertura de la epidemia de w135, que ya solo por su volumen de información requiere hacerse cargo de manera autónoma, refuerza lo anterior. Siguiendo las palabras de Piñuel, esto implica una ruptura de los aconteceres, lo que revisado desde una perspectiva sistémica es ante todo una menor posibilidad de generar condiciones de predictibilidad. Esta pregunta heredada desde la cibernética y las teorías del control nos permiten aseverar que la reducción de incertidumbre permite reconocer el aumento de complejidad que generó dicha estrategia a nivel estrictamente periodístico.

Incluso, de optar por un enfoque teórico complementario como podría ser la comunicación del riesgo, el análisis sistémico reconocería que dicha distinción –el objeto de referencia que configura la condición del riesgo– deberá ser parte del proceso de reducción de complejidad requerido para la operatoria medial. En este caso, por tanto, la coordinación de agenda es a su vez una coordinación intersistémica que permitió establecer las condiciones de acople estructural entre lo mediático y lo político sanitario: mientras para los medios el brote epidémico se situaba como una posibilidad de ese mismo riesgo, la emergencia e instalación del concepto w135 permitió delimitar la meningitis en un registro de

excepcionalidad, principal foco de la comunicación de la campaña hacia los medios.

El resto de las campañas contaban con una condición de mayor predictibilidad para lo periodístico, y frente a dicha normalización operativa, los límites de la campaña eran también los límites de la cobertura. Dicho de otro modo, el estudio sugiere que en la medida que la estrategia gubernamental más se centra solo en el acto de la comunicación preventiva, en el entorno de lo mediático su perturbación es de menor densidad, puesto que los criterios de noticibilidad son ante todo criterios de observación de dicho entorno que reproducen las condiciones operativas actuales y contingentes de los medios analizados.

En este sentido, la observación sistémica permite revisar el lugar de la coordinación de las agendas dentro de una condición social mayor. Por ello, la pregunta por la construcción de los bienes públicos sanitarios y la función social de la prensa, además del campo ético normativo, implica una posibilidad analítica en términos en los procedimientos que los medios ocupan en la mediatización de aquellas preguntas por la prevención y la prevención de la salud desde su configuración social. Este análisis, por tanto, parte del sistema de medios y sus posibilidades de observación de lo político público de lo sanitario, para desde allí establecer una aproximación a un modelo evaluativo de las condiciones estratégicas de las campañas en su mediatización.



He aquí relevante la re-construcción pública en la prevención en salud y la propuesta de sentido que, finalmente, establecerían los medios en su acoplamiento con la audiencia. Si bien esta investigación no abordó esta dimensión –tan recurrente en los estudios de consumo medial- ni tampoco problematizó la configuración de la agenda ciudadana sobre lo sanitario, sí es posible llevar los resultados hasta una configuración de aquel esquema interpretativo que hemos orientado como frame o encuadre.

Al relacionar la semántica propia del discurso medial con las operatorias de observación – distinción que ejecuta el periodismo analizado, es posible reconocer un doble proceso donde el universo de referencia (lo sanitario) configura la propuesta de sentido para una audiencia. El alcance de estudio permite aseverar, entonces, que dichas posibilidades interpretativas son de baja intensidad, con muy poca relación tanto con los fines públicos de las campañas -en términos de orientación a la ciudadanía- como con aquello que los medios reconocen como socialmente significativo. La escasa tematización, refuerza la tesis que esta coordinación de agenda (la mediática y la política) se da dentro de un límite: la descripción de hitos, por sobre el seguimiento informativo; la comunicación de riesgos potenciales por sobre la educación preventiva; y -desde un criterio de relevancia-, las campañas analizadas cubiertas desde lo político, por sobre sus fines públicos.

En este sentido y recurriendo análogamente al esquema de mediaciones, el alcance de este estudio permite observar las relaciones entre el sistema social y el sistema comunicación tanto desde el nivel institucional – organizacional, como también desde la correlación entre los niveles cognitivos asociados a los sujetos periodistas como primeros observadores y desde las propuestas significativas que están detrás de la producción de la comunicación en tanto comprensión sistémica

“Una técnica heurística para representar los límites espacio-temporales de ese campo de procesos y estados cuyo cambio se aspira a descubrir, es recurrir a establecer estos límites mediante contornos convencionales que contengan simultáneamente los componentes y relaciones referidos a una misma escala, para cada sistema de conocimiento, de organización social y de comunicación considerados” (Piñuel, *La Noción de Mediación Comunicativa para el Análisis y el Diseño de la Comunicación Organizacional*, 2010)

Así, es posible afirmar que la investigación reconoció el lugar preceptivo que cumple la estrategia sanitaria como mediación social y comunicativa: la comunicación estratégica propuesta, ya sea en sus niveles publicísticos o inter-organizacionales como lo es el media advocacy, permitió observar cómo dicha intermediación atiende al nivel de ajuste en base a la normas, creencias y valores, en un eje de condiciones expresivas, pautas y códigos propio de lo comunicacional. La reconfiguración medial, a su vez, establece dicha operatoria orientada a la

inteligibilidad, pero desde una observación de lo sanitario desde los criterios propios de lo organizacional – comunicativo: la norma es el distanciamiento, la objetividad, la identificación de fuentes, entre otros, donde lo inteligible ya deja de ser la campaña en sí, sino aquella nueva posibilidad interpretativa organizada desde los criterios de lo periodístico.

Al reconocer este nivel es posible plantearse aquello que, por su diseño y alcance, la investigación no logra responder: de qué manera estas afectaciones sistémicas participan de la construcción de agendas ciudadanas, entendidas como prioridades y demandas de información sanitaria, en las audiencias locales y nacionales. Este nivel de la investigación va más allá de los estudios de recepción y de los análisis de los efectos de la comunicación en el comportamiento –en este caso preventivo y de gestión de la salud- en grupos particulares. Implica, además, reconocer que la discusión sobre lo sanitario se sitúa en una dimensión intersubjetiva donde la linealidad del consumo de los dispositivos de la campaña es solo una pretensión que escasamente se condice con los procesos de información y los mecanismos de referencia con los cuales los sujetos legitiman posibilidades de cuidado.

En este sentido, la presente investigación es un avance metodológico en la perspectiva de ampliar un modelo analítico que permita hacerse cargo de aquella pregunta compleja sobre cómo la mediatización participa de las construcciones de sentido que se disponen en lo social.

Con ello se estará recuperando un principio integrador de lo que implica la comunicación pública y establecer -desde la información relevada empíricamente- alternativas para re modelar la evaluación de políticas públicas en su componente comunicativo y, al mismo tiempo, reconfigurar el diseño de estrategias con un mayor potencial de incidencia en la gestación de opiniones públicas.

Esta expectativa, que retoma la noción donde lo intersubjetivo no es ajeno a lo mediático, es el desafío aún vigente de la investigación en comunicación marcada por la pregunta de los efectos en un escenario medial en red, con una nuevas condiciones de producción, reproducción y cambio social y ante todo con sujetos cuya posibilidad de conocer e identidades participan de esta mayor complejidad.

La propuesta de establecer un primer lugar de reflexión entre la agenda pública y la agenda mediática desde la preocupación por la salud, apela también a esa necesidad de correspondencia en lo que configuramos como bien común y demanda colectiva de igualdad.

## **Bibliografía y Anexos**



## **Bibliografía**

- Aiestaran, A., Camacho, I., & Ronco, M. (2014). La información sobre salud y medicina en los diarios de la Comunidad Autónoma Vasca y Navarra. *Ambitos:Revista internacional de Comunicación*(26), 81-90.
- Alvarez Teijeiro, C. (1999). *Fundamentos teóricos del Public Journalism*. Buenos Aires: La Crujia.
- Andreasen, A. (1995). *Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment*. Washington, EEUU: Wiley.
- Arfuch, L. (2013). *Memoria y autobiografía*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Armstrong, F. e. (2012). Morbilidad y mortalidad asociada a hospitalizaciones por influenza pandémica A (H1N1) 2009 en dos hospitales de la Región Metropolitana y evaluación de su impacto económico. *revista chilena de infectología*, 29(6), 664-671.
- Blank, M. E. (2005). El modelo precede/proceed: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza aprendizaje en educación y promoción de la salud. *Salud On Line*, 10(1), 28-41.
- Boladeras Cucurella, M. (2001). La Opinión Pública en Habermas. *Análisi*(26), 51-71.

- Bourdieu, P. (1995). La influencia del Periodismo. *Causas y Azares*, 55-64.
- Caballero-Uribe, C., & Alonso, L. M. (2008). Marketing en Salud. *Revista Científica Salud Uninorte*, 24(2).
- Cea D'ancona, M. d. (1996). *Metodología Cuantitativa: Estrategias y Técnicas de Investigación Social*. Madrid: Síntesis.
- Chan, M. (11 de junio de 2009). Declaración de la Directora General de la OMS a la prensa. <http://www.who.int>.
- Chapman, S. (2001). Advocacy in public health: Roles and challenges. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1226-1232.
- Comisión Nacional del SIDA. (2010). *Resumen de las Campañas de Prevención del VIH SIDA (1991-2009)*. Recuperado el febrero de 2014, de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/853849dda84deb30e04001011e015919.pdf>
- Cristina Moreno, J. T. (Enero de 2002). Incidencia de enfermedades respiratorias en funcionarios vacunados y no vacunados contra la influenza, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, 2000. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 18(1), 14-21.
- Cruz-Coke, R. (1995). *Historia de la Medicina en Chile*. Santiago: Andrés Bello.



- Dader, J. L. (1990). La canalización de la agenda por los medios. En A. Muñoz, *Opinión Pública y Comunicación Política*1 (págs. 294-318). Eudema.
- Dewey, J. (1927). *El público y sus problemas*. Ohio: Kenyon College.
- Dirección de Presupuestos -Ministerio de Hacienda. (2000). *Informe Final de Evaluación. Programa de Prevención y Control (VIH-SIDA)*. Recuperado el Diciembre de 2014
- Dudo, A., Dahlstrom, M., & Brossard, D. (Agosto de 2007). Reporting a Potential Pandemic. A risk related assessment of avian influenza coverage in US. Newspaper1. *Science Communication*, 28(4), 429-454.
- Fan, D. (2002). Impact of persuasive information on secular trends in health related behaviors. En R. Hornik, *Public Health Communication*. Lawrence Erlbaum.
- Ferrer, L., R, C., & Bernales, M. (2009). *VIH SIDA en Chile. Desafíos en su prevención*. Recuperado el Septiembre de 2013, de <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/vih-y-sida-eb-chile-desafios-para-su-prevencion.pdf>
- Ferrer, P. L. (1904). *Historia General de la Medicina* (Vol. 2). Talca: Garrido.
- Fishman, J., Mamo, L., Shim, J., Clarke, A., & Fosket, J. (2003). *Biomedicalization: Technoscientific transformations of health,*

illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68, 161-194.

Fundación Savia. (2010). *Observatorio de Políticas Públicas en VIH SIDA*. Fundación Savia. Autoedición.

Fundación Vila-Casas. (2000 - 2015). *Informes Quiral*. Barcelona: Fundación Vila - Casas.

Giddens, A. (1995). *La Constitución de la Sociedad. Bases para una teoría de la estructuración*. Amorrortu.

Gimenez Armentia, P. (2002). Una nueva visión del proceso comunicativa. La teoría del enfoque (framing). *Comunicación y Hombre*, 55-66.

Glanz, K., & Rimer, B. (2005). *Theory at a Glance: A Guide to Health Promotion Practice*. . Bethesda MD: National Cancer Institute.

Glanz, Rimmer, & Viswanath. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Gobierno de Chile. (2010). *Metas 2011 - 2020 Elige Vivir Sano. Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década*. Ministerio de Salud. Santiago: Minsal.

Gobierno de Chile. (29 de mayo de 2014). Ley 20750. *Permite la Introducción de la Televisión Digital Terrestre*. Santiago, Chile.

- Goffman, E. (1986). *Frame Analysis. An essay of organization of experience*. Boston: Northeastern university press.
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach* (4 ed.). New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Habermas, J. (1981). *Historia y crítica de la opinión pública. La transformación estructural de la vida*. Barcelona: Gili.
- Habermas, J. (1998). *Facticidad y Validez: Sobre el derecho y el estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso*. Trotta.
- Hallin, D., & Briggs, C. (2015). Transcending the medical / media opposition in research on news coverage of health and medicine. *Media, Culture and Society*, 37(1), 85-100.
- Hornik, R. (2002). *Public Health Communication. Evidence of Behavior Change*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Instituto de Salud Pública. (2007). *Programa de Inoquidad de los Alimentos 2006 -2007*. Santiago: Minsal.
- Instituto de Salud Pública. (Enero de 2013). Boletín Instituto de Salud pública. 3. Santiago. Obtenido de [http://www.ispch.cl/sites/default/files/Bolet%C3%ADn%20VIH%2008-02-2013\\_0.pdf](http://www.ispch.cl/sites/default/files/Bolet%C3%ADn%20VIH%2008-02-2013_0.pdf)
- Kline, K. (2003). Popular media and health: Images, effects, and institution. En R. e. Parrot, *Handbook of health communication* (págs. 557-581). Lawrence Erlbaum.

Kotler, P., & Roberto, E. (1992). *Marketing Social*. Madrid, España: Diaz de Santos.

Lazarsfeld, P., & Merton, R. (1977). Comunicación de masas, gusto popular y acción social organizada. En H. Muraro, *Comunicación de masas*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Lazarsfeld, P., Berelson, B., & Gaudet, H. (1948). The People's Choice. *The annals of the American Academy of Political and Social Science*.

Lefebvre, R., & Flora, J. (1988). Social Marketing and public health intervention. *Health Education Quarterly*, 15(3), 299-315.

López, M. y. (2013). Chile entre pandemias: la influenza de 1918, globalización y la nueva medicina. *Revista Chilena de Infectología*, 30(2), 206-2015.

Luciana Piudo, M. M. (Abril de 2012). Características de *Oligoryzomys longicaudatus* asociadas a la presencia del virus Andes (Hantavirus). (S. C. Infectología, Ed.) *Revista Chilena de Infectología*, 29(2), 200-206. Recuperado el 27 de junio de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182012000200013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000200013)

Luhmann, N. (2000). *La realidad de los medios de masas*. Barcelona: Anthropos.

Luhmann, N. (2007). *La sociedad de la sociedad*. México: Herder.

- M., W., Flay, B., M., N., & Giovino, G. (2003). Role of the media in influencing trajectories of youth smoking. *Addiction*, 98(1), 79-103.
- Martin Serrano, M. (2004). *La producción social de la comunicación*. Madrid: Alianza.
- Mascareño, A. (2010). *Diferenciación y contingencia en América Latina*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado.
- Maturana, H., & Varela, F. (2004). *De máquinas y seres vivos: autopoiesis, la organización de lo vivo* (Sexta ed.). Santiago: Lumen.
- McCombs, M., & Shaw, D. (1972). The agenda setting. Function of mass media. *Public opinion quarterly*, 36, 176-187.
- McCombs, M., & Valenzuela, S. (2007). The agenda setting Theory. *Cuadernos de la información*, 44-50.
- McLeroy, K., Bibeau, D., A, S., & K., G. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q.*, 15(4), 351-377.
- McLuhan, M. (1996). *Comprender a los medios de comunicación: las extensiones del ser humano*. Paidós.
- Mi Voz. (12 de junio de 2014). *Mi Voz*. Obtenido de <http://www.mivoz.cl/audiencias>
- Ministerio de Salud - Instituto de Salud Pública. (2013). *Situación epidemiológica actual del Neisseria meningitidis Serogrupo W-135*.

Presentación, Instituto de Salud Pública. Recuperado el 18 de julio de 2015, de <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/materesavalenzuela.pdf?ua=1>

Ministerio de Salud. (2012). *Norma conjunta de la prevención vertical del VIH y la Sífilis*. Santiago de Chile: MINSAL.

Ministerio de Salud. (5 de 2014). *Historia del Minsal, Primera Parte*. Obtenido de [http://web.minsal.cl/historia\\_minsal](http://web.minsal.cl/historia_minsal)

Ministerio de Salud. (Mayo de 2014). *Historial del Minsal, Segunda Parte*. Obtenido de [http://web.minsal.cl/historia\\_minsal\\_2](http://web.minsal.cl/historia_minsal_2)

Ministerio de Salud de la República de Chile. (2008). *Circular de vigilancia y control de fiebre tifoidea y paratifoidea*. Santiago de Chile: Minsal.

Ministerio de Salud de la República de Chile. (2010). *Manual de la lactancia materna* (5 ed.). Santiago: Minsal. Recuperado el 17 de 2012 de Junio

Ministerio de Salud de la República de Chile. (2012). *Estrategia de Inmunización contra la Influenza 2012 y contra enfermedades neumococicas en el adulto de 65 años*. Subsecretaría de Salud Pública, de Inmunizaciones. Santiago: Minsal . Recuperado el 21 de junio de 2015

- Moreno, J. (2003). *Método Integrado para la Creación de Anuncios Básicos (MICRA) de Campañas Locales de Bien Público*. La Habana: Universidad de la Habana.
- Murillo, A. (1886). *Precauciones que deben tomarse en caso de una epidemia de colera (artículos publicados en el estandarte católico)*. Santiago: El progreso.
- Naghi, M. (1985). *Mercadotecnia Social*. Ciudad de México: Limusa.
- Niederdeppe, J., Farrelly, M., Thomas, K., Wenter, D., & Weitzenkamp, D. (Agosto de 2007). Newspaper Coverage as Indirect Effects of a Health Communication Intervention. *Communication Research*, 34(4), 382-405 .
- O'keefe, G., H.H, B., & Brown, M. (1998). Who learns preventive health care information from where: Cross-channel and repertoire comparisons. *Health Communication*, 10, 25-36.
- OCDE. (Enero de 2015). *Estadísticas de la OCDE sobre Salud 2014. Chile en Comparación*. Obtenido de <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014-in-Spanish.pdf>
- OEI. (2014). *Encuesta de Consumo de Medios en Iberoamerica*.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.
- Otero, E. (1991). Teoría de la Comunicación y Epistemología. *Revista Chilena de Sociología*, 35-50.

- Paisley, W. (1989). Public Communication Campaigns: The American Experience. En Rice, & Atkin, *Public Communications Campaigns Second Edition*. Los Angeles: Sage Publicacions.
- Paisley, W. (2001). Public Communication Campaigns: The American Experience. En R. Rice, & C. Atkin, *Public Communication Campaigns* (págs. 3-21). Thousand Oaks: Sage.
- Perloff, R. (1998). Agenda-setting. *Political Communication*.
- Petracci, M., Cuberli, M., & Palopoli, A. (2010). Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica. *Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población*, 1-23.
- Piñuel, J. L. (2006). *Ensayo general de la Comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Piñuel, J. L. (2010). La Noción de Mediación Comunicativa para el Análisis y el Diseño de la Comunicación Organizacional. *Revista Icono*, 2(14), 125-152.
- Pujadas, J. J. (1999). *Método Biográfico*. Madrid: CIS.
- Rodriguez, R. (2005). *Teoría de la Agenda Setting. Aplicación a la enseñanza universitaria*. Observatorio Europeo de Tendencias Sociales.
- Ruiz Olabuenaga, J. I. (2012). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.



- Salomon, D. (1988). A Social Marketing Perspective on Communication Campaigns. En Rice, & Atkins, *Public Communication Campaigns Second Edition*.
- Schooler, C., S, S., & Flora, J. (1996). Effects of the Stanford Five-City Project Media Advocacy Program. *Health Education Behavior*, 346-364.
- Secretaría Regional de Salud de la Región del Bío Bío. (s.f.). *Medidas de Prevención, Control y .*
- Secretaría Regional Ministerial de Salud del Bío Bío. (18 de abril de 2013). Situación epidemiológica del virus hanta. Concepción, Bio Bio, Chile. Obtenido de <http://www.seremidesaludbiobio.cl/hanta/?q=node/34>
- SEREMI de Salud del Bío Bío. (2001). *Medidas de Prevención, control, diagnóstico y vigilancia epidemiológica de la infección por Hanta Virus*. Concepción: MINSAL.
- Shoemaker, P., & Reese, S. (1991). *Mediating the message. Theories of influences on Mass Media Content*. New York: Longman.
- Signorelli, N. (1993). *Mass media images and impact on public health*. Wesport: Greenwood press.
- Sotomayor, V. y. (2012). Vigilancia epidemiológica de la enfermedad de virus hanta 2009-2010. (MINSAL, Ed.) *Revista El Vigía*, 13(27), 50-54. Recuperado el 2015 de Junio
- Subercaseaux, B. (2000). *Historia del libro en Chile*. Santiago: LOM.

- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2013). *Plan Invierno 2012*.  
Recuperado el Diciembre de 2014, de  
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/bb2490eeec80efe4e040010165017815.pdf>
- Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal Of Epidemiology*, 650-667.
- Tankard, J. (1991). Media Frames: Approaches to Conceptualization and Measurement. *Communication Theory and Metodology Division Association for Education in Journalism and Mass Communication Convention*. Boston.
- Tossi, R. (2007). *Las campañas del sida en Chile. El tránsito de los prejuicios al trabajo asociativo*. Recuperado el Febrero de 2014, de  
<http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd6105.pdf>
- Tuchman, G. (1983). *La producción de la noticia. Estudio sobre la construcción social de la realidad*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Ugarte, A., Menéndez, T., & U, C. (2009). *Prensa escrita y salud en Madrid. Una revisión del modelo de la Agenda Setting y su aplicación a la dinámica de las noticias sobre salud en Madrid. Madrid*. Madrid: Facultad de Ciencias de la Información.  
Recuperado el agosto de 2014, de  
[http://www.fundacionabbott.es/documentos/publicaciones/comunicacion\\_y\\_salud/prensaescritaysaludmadrid.pdf](http://www.fundacionabbott.es/documentos/publicaciones/comunicacion_y_salud/prensaescritaysaludmadrid.pdf)

- Valenzuela, M. T. (2013). Emergencia de la cepa w135 causante de la enfermedad meningocócica invasora de Chile en 2012. *Revista Médica de Chile*, 141(8), 959-967.
- Van Rossem, R., & Meekers, D. (Diciembre de 2007). The reach and impact of social marketing and reproductive health communication campaigns in Zambia. *BMC Public Health*, 18, 7-352.
- Vergara, M. (2007). *Reforma del sector de la salud en Chile: Avances y problemas en su implementación*. Corporación Expansiva y Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. Santiago: Corporación Expansiva.
- Vío, F. e. (2009). La desnutrición infantil en Chile: políticas y programas que explican su erradicación. *Conferencia Técnica "Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe"*, (págs. 45-75).
- Viswanath K, e. a. (2008). Occupational practices and making of health news. A national survey oh US health and medical science journalists. *The Journal of Health Communication*(18), 759-777.
- Von Foerster, H. (1979). *Cybernetics of Cybernetics.*, (pág. 3). Urbana.
- Wallack, Dorfman, Jernigan, & Themba. (1993). *Media advocacy and public health: power of prevention*. Newbury Park: Sage.
- Wallack, L. (1994). Media Advocay: A strategy for empowering people and communities. *Journal of Public Health*, 15(4), 420-436.

Zúñiga, A. (Junio de 2011). Justicia y racionamiento sanitario en el Plan AUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos. *Acta Bioethica*, 73-84.

## **Anexos**

Correlativo:

## Campañas sin fin de lucro y su cobertura periodística

### I. Información estructural

#### 1. Campaña

1	Vacunación influenza
2	Prevención invierno
3	Lactancia materna
4	Campaña VIH-SIDA
5	Bioequivalencia de medicamentos
6	Vacunación W135
7	Prevención Hantavirus
8	Enfermedades Entéricas y Síndrome por Vibrio Parahemolítico

#### 2. Público objetivo del medio

1	Local	2	Nacional
---	-------	---	----------

#### 3. Carácter del medio

1	Físico	2	Online
---	--------	---	--------

#### 4. Nombre del medio

1	El Mercurio	2	La Tercera	3	LUN
4	La Estrella de Arica	5	El Morrocotudo	6	El Mercurio de Valparaíso
7	El Matutino	8	El Rancagüino	9	El Rancahuaso
10	El aMaule	11	Diario El Centro	12	El Sur de Concepción
13	El Concecuente	14	El Austral de Temuco	15	La Opiñón
16	La Prensa Austral	17	El Austral de Valdivia	18	El Magallanews

#### 5. Fecha de publicación

--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Autor identificado

0	No
1	Si
	6.1. Nombre del autor _____

7. Sección (si la hay): \_\_\_\_\_

8. Página: \_\_\_\_\_

9. Extensión (en párrafos): \_\_\_\_\_

10. Tamaño (cm2): \_\_\_\_\_

11. Valor publicitario equivalente: \$ \_\_\_\_\_

12. ¿Aparece en portada?

0 No

1 Si

9 ND

13. Género periodístico principal

1	Informativo
2	Interpretativo
3	De opinión
4	De investigación

14. Tipo de información

1	Nota / Artículo	2	Fotonoticia
3	Crónica / Reportaje	4	Editorial
5	Comunicado	6	Infografía
7	Carta al director	8	Entrevista
9	Columna de opinión		

15. Fuentes

0 No

1

Si → 15.1 Tipo de referencia

- |   |            |
|---|------------|
| 1 | Cita       |
| 2 | Paráfrasis |
| 3 | Ambas      |

#### 16. Presencia de imágenes

0 No

1 Si → 16.1 Cuántas: \_\_\_\_\_

#### 17. Referencia de la imagen

1	Ilustra la noticia
2	Ilustra a un personaje
3	Ilustra información secundaria
4	Ilustra concepto

#### 18. Enfoque del periodista

1	Conflicto
2	Costo/Beneficio económico
3	Costo/Beneficio social
4	Asignación de responsabilidades
5	Factor humano
6	Neutro



## II. Información de agenda

### 19. Criterio de noticiabilidad principal

1	Actualidad o inmediatez
2	Magnitud
3	Espectacularidad o curiosidad
4	Periodicidad
5	Carácter de la fuente informativa
6	Conflicto

### 20. Aparición de actores relativos a la salud

Autoridad	Aparición
Ministro de Salud	0: No 1: Si
Subsecretario de redes asistenciales	0: No 1: Si
Subsecretario de salud pública	0: No 1: Si
SEREMIs de salud	0: No 1: Si
Director(a) de servicio de salud	0: No 1: Si
Director(a) Hospital	0: No 1: Si

### 21. Cantidad de fuentes

	Fuente	Nº	Valoración
21.1.	Autoridad sanitaria local		0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
21.2.	Autoridad sanitaria nacional		0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
21.3.	Autoridad política local		0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
21.4.	Autoridad política nacional		0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa

21.5.	Autoridad técnica		0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
21.6.	Beneficiarios		0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
21.7.	Afectados		0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
21.8.	ONGs		0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
21.9.	Experto en el tema		0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
21.10.	Otros miembros de la sociedad civil		0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa

## 22. Georreferencialidad

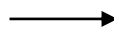
1	Local (excluye RM)
2	Local (RM)
3	Nacional (excluye RM)
4	Nacional (incluye RM)

## 23. Antecedentes contextuales

0
1

No

Si



23.1 ¿Cuáles? (puede marcar dos opciones)

1	Histórico general
2	Seguimiento noticioso
3	Información secundaria (otros hechos)
4	Contextos de caso
5	Otros 23.2 ¿Cuáles?  _____ _____

24. Tema principal de la cobertura

1	Presentación o lanzamiento de campaña
2	Red de salud pública
3	Contagio / Alerta sanitaria
4	Rol o función de instituciones colaboradoras
5	Descripción del objeto asociado a la campaña
6	Investigación y tecnología asociados al objeto de la campaña

**III. Imaginarios**

25. Percepción principal sobre salud/enfermedad

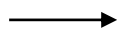
1	Prevención
2	Atención y tratamiento
3	Contención
4	Condenatorio

26. Referencia a la red de salud

0
1

No

Si



26.1 Tipo de referencia a la red pública

1	Red pública, referencia positiva
2	Red pública, referencia negativa
3	Red pública, referencia neutral

26.2 Tipo de referencia a la red privada

4	Red privada, referencia positiva
5	Red privada, referencia negativa
6	Red privada, referencia neutra

#### IV. Fichas específicas por campaña

##### A) Vacunación influenza

27A. Búsqueda de palabras claves

Palabra	Frecuencia
27A.1. Prevención	
27A.2. Invierno	
27A.3. Salud responde	
27A.4. Vacunación	
27A.5. Invierno	

28A. Referencia al público objetivo

Público	Referencia
28A.1. Padres de niños(as) de 6 a 23 meses	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28A.1.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28A.2. Embarazas desde segundo trimestre	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28A.2.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28A.3. Adultos mayores	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28A.3.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28A.4. Enfermos crónicos	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28A.4.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa

29A. ¿Existe referencia a la campaña Prevención invierno?

0	No
1	Si
9	ND

## B) Prevención invierno

27B. Búsqueda de palabras claves

Palabra	Frecuencia
27B.1. Invierno	
27B.2. Red asistencial	
27B.3. Salud responde	
27B.4. Influenza	

28B. Referencia al público objetivo

Público	Referencia
28B.1. Niños	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28B.1.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28B.2. Embarazas	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28B.2.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28B.3. Adultos mayores	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28B.3.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28B.4. Enfermos crónicos	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28B.4.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa

29B. ¿Existe referencia a la campaña Vacunación influenza?

0

No

1

Si

9

ND

30B. ¿Se mencionan enfermedades específicas?

0
1

No

Si

30B.1 ¿Cuáles?

### C) Lactancia materna

#### 27C. Búsqueda de palabras claves

Palabra	Frecuencia
27C.1. Embarazo	
27C.2. Familia	
27C.3. Seis meses	
27C.4. Beneficios	
27C.5. Leche artificial	

#### 28C. Referencia al público objetivo

Público	Referencia
28C.1. Embarazadas	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28C.1.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28C.2. Madres de menores de 6 meses	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28C.2.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28C.3. Familia	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28C.3.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa

#### 29C. ¿Existe referencia a la lactancia en el mundo rural?

0	No
1	Si

#### 30C. ¿Existe referencia a las trabajadoras agrícolas de temporada?

0	No
1	Si

## D) Campaña VIH-SIDA

### 27D. Búsqueda de palabras claves

Palabra	Frecuencia
27D.1. Examen	
27D.2. Diagnóstico	
27D.3. Condón	
27D.4. Abstinencia	
27D.5. Pareja única	

### 28D. Referencia al público objetivo

Público	Referencia
28D.1. Jóvenes entre 20 y 29 años	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28D.1.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28D.2. Hombres que tienen sexo con hombres entre 19 y 39 años	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28D.2.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28D.3. Transgéneros	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28D.3.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28D.4. Trabajadores(as) sexuales	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita



	28D.4.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28D.5. Pueblos originarios	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28D.5.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28D.6. Mujeres	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28D4.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa

29D. Se relaciona la enfermedad con...

Concepto	Relación
27D.1. Homosexualidad	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita
27D.2. Promiscuidad	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita

## E) Bioequivalencia de medicamentos

27E. Búsqueda de palabras claves

Palabra	Frecuencia
27E.1. Estado/Gobierno	
27E.2. Colusión	
27E.3. Farmacia	
27E.4. Ministerio de Salud	

28E. Rol **principal** del Estado en la noticia

0	Ausente
1	Garante de la calidad del medicamento
2	Fiscalizador
3	Otro: 28E.1. ¿Cuál?

## F) Vacunación W135

27F. Búsqueda de palabras claves

Palabra	Frecuencia
27F.1. Meningitis	
27F.2. Pandemia	
27F.3. Vacuna	
27F.4. W135	

28F. Carácter **principal** de la noticia

1	Informa sobre la enfermedad
2	Informa sobre la vacunación
3	Opina sobre el rol del MINSAL
4	Investiga sobre la vacunación
5	Investiga sobre la prevención
6	Otra: 28F.1. ¿Cuál?

## G) Prevención hantavirus

### 27G. Búsqueda de palabras claves

Palabra	Frecuencia
27G.1. Ratón de cola larga	
27G.2. Elige	
27G.3. Camping	
27G.4. Campo	

### 28G. Referencia al público objetivo

Público	Referencia
28G.1. Trabajadores agrícolas de temporada	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28G.1.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28G.2. Trabajadores forestales	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28G.2.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28G.3. Turistas	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28G.3.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28G.4. Médicos y funcionarios de salud	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28A.4.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa

29G. ¿Se mencionan métodos de prevención? (hasta 3 opciones)

0	No
1	Si, a la ventilación
2	Si, a la desratización
3	Si, al tratamiento de la basura
4	Si, al conservar sellados los alimentos
5	Si, a evitar matorrales y malezas
6	Otro 28B.1. ¿Cuál?

## H) Enfermedades Entéricas y Síndrome por Vibrio Parahemolítico

### 27H. Búsqueda de palabras claves

Palabra	Frecuencia
27H.1. Limón	
27H.2. Cadena de frío	
27H.3. Higiene	
27H.4. Manos	
27H.5. Jabón	

### 28H. Referencia al público objetivo

Público	Referencia
28H.1. Turistas	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28H.1.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28H.2. Pescadores	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28H.2.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28H.3. Dueños o trabajadores de pescaderías o marisquerías	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28H.3.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa
28H.4. Cocineros(as)	0: No 1: Si, implícita 2: Si, explícita 28H.4.1. Si es explícita: 0: Neutra 1: Positiva 2: Negativa

28H. ¿Se mencionan métodos de prevención? (hasta 3 opciones)

0	No
1	Si, el lavado de manos en particular
2	Si, a la higiene en general
3	Si, la cocción de alimentos
4	Si, a la compra de alimentos en lugares autorizados
5	Otro 28B.1. ¿Cuál?

## **CODEBOOK Campañas sin fin de lucro y su cobertura periodística**

### **Correlativo:**

A cada fichador le corresponde un número diferente:

Cada noticia tiene un correlativo único, asignado de forma correlativa por el fichador, por ej: noticia 1 JM 1001, noticia 2 JM 1002, etc.

### **1) Campaña**

Ingresar el número que corresponda a la campaña a la cual refiere la noticia.

### **2) Público objetivo del medio**

Si bien todo medio puede ser nacional, la pregunta refiere al público al cual el medio se orienta. Por ejemplo, el Rancahuaso sería local.

### **3) Carácter del medio**

Físico (papel) u online

### **4) Nombre del medio**

### **5) Fecha de publicación**

DD/MM/AAAA (formato exacto)

### **6) Autor identificado**

Si el autor se encuentra identificado, escribir en la variable 6.1 el nombre del autor. Primera letra con mayúscula, sin tildes.

### **7) Sección (si la hay)**

Nombre de la sección. Primera letra con mayúscula, sin tildes.

### **8) Página**



En caso que se encuentre identificada, poner el número de la página. Para el caso de El Mercurio, escribir la letra y el número sin espacio (ej: A3)

### **9) Extensión (en párrafos)**

Número de párrafos total de la noticia. No incluye título ni bajada de título. Incluye infografías y otra información anexa al cuerpo de la noticia.

### **10) Tamaño (cm2)**

La información del tamaño se encuentra escrita en la información superior de cada noticia. En caso que la noticia ocupe más de una página, el tamaño debe sumarse.

### **11) Valor publicitario equivalente**

Al igual que en el tamaño, la información se encuentra en el cuadro superior de cada noticia. En este caso, calcular un promedio del valor publicitario en caso que la noticia se extienda por más de una página.

### **12) ¿Aparece en portada?**

Si se sabe, responder si o no. En caso que no esté claro, elegir la opción "no se puede determinar".

### **13) Género periodístico principal**

Se pregunta por el género principal, no por la cantidad de géneros que se pueden encontrar en la noticia. Elegir uno y anotar el número en la casilla correspondiente.

### **14) Tipo de información**

### **15) Fuentes**

En caso de no existir referencia a fuentes, no responder pregunta 15.1. En caso contrario, se debe especificar el tipo de referencia.

### **16) Presencia de imágenes**

Si la respuesta es positiva, especificar cuántas fotografías hay en la noticia.

### **17) Referencia de la imagen**

Si la respuesta de la pregunta 16 es "si", la V17 debe responderse, eligiendo sólo una opción. En caso contrario, se deja en blanco.

### **18) Enfoque del periodista**

Escoger el enfoque principal de la noticia:

- Conflicto: Dos visiones contrapuestas.
- Costo/Beneficio económico: Priman las ganancias o pérdidas económicas asociadas a la noticia.
- Costo/Beneficio social: Priman las ganancias o pérdidas sociales asociadas a la noticia
- Asignación de responsabilidades: Enjuiciamiento a encargados o jefes del área involucrada en la noticia. Puede ser también en referencia a instituciones.
- Factor humano: Noticia abordada desde una perspectiva relacionada con las subjetividades involucradas con la noticia.
- Neutro: No se identifica un enfoque principal en la noticia.

### **19) Criterio de noticiabilidad principal**

- Actualidad o inmediatez: Se aplica cuando el objeto principal de la noticia es un hecho actual o de último momento.
- Magnitud: Independiente de la temporalidad de la noticia, el criterio es la magnitud cuando el foco principal de la noticia está en la cantidad de personas involucradas en el hecho.
- Espectacularidad o curiosidad: La noticia se centra en un hecho o evento poco común o inusual dentro del acontecer nacional o internacional.

- Periodicidad: El medio cubre una noticia por el hecho de ser periódica, es decir ocurre indistintamente del contexto noticioso cada cierto lapso (por ejemplo, cifras de desempleo).

- Carácter de la fuente informativa: Independiente de la razón por la cual se cubre la noticia, el foco principal se encuentra en la fuente que entrega la información (por ejemplo, entrevistas).

- Conflicto: La noticia se centra en dos posturas o visiones contrapuestas en el tratamiento del hecho informativo.

OJO: Hay que considerar que las cartas al director y columnas de opinión no son noticias propiamente tal, por lo tanto para el criterio de noticiabilidad lo que prima es el criterio del editor al escoger esa carta o ese columnista (ej: si un periodista tiene una columna semanal, el criterio del editor es periodicidad. Si una carta trata sobre una noticia ocurrida el día anterior, es actualidad).

## **20) Aparición de fuentes relativas a la salud**

Ya sea en cita o paráfrasis, si existe referencia a alguna de las autoridades la respuesta será "si". Si la autoridad se encuentra mencionada también aplica, indistintamente si aparece el nombre o el cargo.

## **21) Cantidad de fuentes**

El número de fuentes es excluyente, es decir no puede haber una fuente que pertenezca a dos categorías distintas. En el número total de fuentes se incluye tanto citas como paráfrasis, y se cuenta el total de aparición de la fuente, y no el número de fuentes (por ejemplo, si el Ministro de salud aparece citado 3 veces, autoridad sanitaria nacional tendrá una frecuencia de 3).

- Autoridad sanitaria local: Autoridades relacionadas con los temas de salud, que responden a un espacio no-nacional (región, provincia, comuna, etc.).

- Autoridad sanitaria nacional: Autoridades relacionadas con los temas de salud, que responden a un espacio nacional (como Ministros o Subsecretarios).
- Autoridad política local: Autoridad no sanitaria de representación local. En este caso, se consideran alcaldes, concejales, SEREMIs de áreas distintas a la salud, etc. No se consideran como autoridades políticas locales a los senadores o diputados.
- Autoridad política nacional: Autoridad no sanitaria de representación nacional, por ejemplo Ministros de áreas distintas a la salud. En esta categoría se consideran senadores o diputados.
- Autoridad técnica: Autoridad no política relacionada técnicamente con el tema, como directores de Clínicas, presidente de Colegio Médico, etc.
- Beneficiarios: Personas que se ven beneficiadas con los programas de alguna de las campañas cubiertas, por ejemplo pacientes vacunados.
- Afectados: Personas que se encuentran directamente afectadas por alguna de las enfermedades o condiciones que abordan alguna de las campañas, por ejemplo personas contagiadas por hanta.
- ONGs: Organizaciones relacionadas con temas de salud en general o con alguna de las condiciones de salud en particular, ya sean de investigación, apoyo psicológico, de difusión, etc.
- Expertos en el tema: Conocedores de los temas de salud abordados en las campañas que no entran en las categorías anteriores, por ejemplo médicos expertos en un área, autoridades extranjeras de salud, etc.
- Otros miembros de la sociedad civil: Que no se incluyan en ninguna de las demás categorías (personas a pie).

## **22) Georreferencialidad**

Se escoge la referencia geográfica principal de la noticia. Por ejemplo, si el foco de la noticia es en Talca pero se menciona un caso en Santiago, la georreferencialidad

sería local excluye RM, pues a pesar de ser mencionado Santiago, es una información anexa y no principal en la noticia.

### **23) Antecedentes contextuales**

Si existen antecedentes contextuales, se debe marcar obligatoriamente al menos una opción de la pregunta 23.1. Debido a que la noticia puede tener más de un antecedente contextual, se permite seleccionar hasta dos opciones (una en cada casilla; no escribir dos números en una casilla), pero no es obligatorio. De escoger la opción 5-otros, debe especificar al menos un antecedente contextual que no se encuentre en el listado principal.

### **24) Tema principal de la cobertura**

Para esta variable, se marca sólo una opción que logre reflejar de mejor manera el tema principal de la cobertura de la noticia.

### **25) Percepción principal sobre salud/enfermedad**

- Prevención: Cuidados o medidas previas al contagio o adquisición de la enfermedad o condición.
- Atención y tratamiento: Cuidados posteriores al contagio de la enfermedad o condición.
- Contención: Responde a un hecho o serie de hechos relativos a la enfermedad o condición, evitando un conflicto mayor.
- Condenatorio: Se presenta un tono de sanción frente a la enfermedad o condición, así como frente a quienes la poseen.

### **26) Referencia a la red de salud**

Si las redes de salud aparecen mencionadas, ya sean públicas o privadas, la variable 26 tendrá una respuesta positiva. De ser así, se puede responder tanto la 25.1 como la 25.2. Se entenderá como referencia positiva la mención de logros y metas de la

red pública; como referencia negativa la referencia a crisis, conflictos, problemas de cobertura y de acceso; y como referencia neutral a la mención de la red.

## **Pauta de Entrevista Semiestructurada.**

**Informantes clave: periodistas que cubrieron las campañas sanitarias del año 2012.**

### **Dimensión 1: Nivel de Conocimiento de la Campaña**

- ¿Cuál o cuáles considera como principales temas de cobertura en salud?
- ¿Qué lugar cumpliría la prevención en salud dentro de dicha cobertura?
- De su trabajo habitual en qué ocasiones ha tenido que cubrir temas asociados a la prevención.
- Qué campañas recuerda como significativas o de mayor interés periodístico.
- Durante los últimos 4 años cuál de las siguientes campañas cree usted que ha sido más efectiva ? (nombrar) Por qué razones.

### **Dimensión 2. Percepción sobre los principales agentes de salud involucrados en la campaña.**

- ¿Cuáles son sus principales fuentes en los temas de salud?
- En las siguientes campañas ¿cómo evaluaría el desempeño de las distintas autoridades de salud?.
- ¿Qué importancia le asigna a los especialistas, a los líderes de la sociedad civil en la cobertura de la información preventiva en salud?

### **Dimensión 3. Percepciones sobre la audiencia.**

- Pensando en la audiencia de su medio. ¿Cómo observa usted el interés por los temas sanitarios? ¿Es de interés la prevención?
- ¿En qué medida considera usted que las campañas sanitarias son efectivas en la población?.
- ¿Cuál es su percepción sobre los mensajes que promueven las campañas? ¿Considera que algunos de ellos han sido más efectivos? ¿Cuál o cuáles cree usted que han tenido más impacto?

### **Dimensión 4. Cobertura y rutinas periodísticas**

- Considerando las múltiples informaciones que su medio cubre, ¿en qué lugar o escala ubicaría la cobertura de los temas sanitarios?
- Frente a esta selección, ¿cómo describiría el lugar que cumplen las campañas?
- ¿Qué criterios periodísticos considera usted que son relevantes para cubrir una información sobre prevención en salud?
- ¿Cuál cree usted que es la responsabilidad del medio y de los periodistas en estos temas de prevención?

## **Pauta para Informantes clave: Gestores de Campañas**

### **Dimensión 1: Orientaciones estratégicas**

- ¿Cuál es el proceso de toma de decisiones comunicacionales en el diseño de la campaña?
- ¿Cómo fue la relación, dentro del plano de decisiones comunicacionales, con las autoridades del Ministerio de Salud?
- ¿El diseño de la campaña incluyó procesos de evaluación? De ser así, cómo fue considerada la cobertura mediática.

### **Dimensión 2: Construcción de mensajes y dispositivos**

- ¿Qué papel tuvo la información médica y epidemiológica disponible?
- ¿La instalación transversal del concepto elige, cómo la evalúa?
- ¿Los mensajes fueron pilotados? ¿Cómo fueron validadas las piezas?

### **Dimensión 3: medios y campaña**

- ¿Cuáles fueron los criterios que consideraron en la construcción de los planes de medios?
  - ¿De qué manera se asoció la campaña con la gestión comunicacional del ministerio, particularmente en su relación con la prensa?
  - ¿Hubo diseño de gestión de crisis o de conflicto potencial en algunas temáticas de las campañas?
-