

PROYECTO COMSALUD:

***UN ESTUDIO COMPARATIVO DE MENSAJES
RELACIONADOS CON SALUD
EN LOS MEDIOS MASIVOS LATINOAMERICANOS***

by

Rina Alcalay, Ph.D.
Carmen T. Mendoza, M.S.PH., M.S.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA
SALUD
(OPS/OMS)

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE FACULTADES DE COMUNICACIÓN SOCIAL
(FELAFACS)

BASIC SUPPORT FOR INSTITUTIONALIZING CHILD SURVIVOR
(BASICS)

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, CIENCIA Y CULTURA
(UNESCO)

AGENCIA INTERNACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO
(USAID)

Octubre 2000

**PROYECTO COMSALUD:
UN ESTUDIO COMPARATIVO DE MENSAJES RELACIONADOS CON
SALUD EN LOS MEDIOS MASIVOS LATINOAMERICANOS**

Programa de Salud de la Familia y Población
División de Promoción y Protección de la Salud

Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
División de Sistemas de Salud y Desarrollo de Servicios

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C.

© Organización Panamericana de la Salud, 2000

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| PREFACIO | 1 |
| AGRADECIMIENTOS | 3 |
| AUTORAS | 3 |
| UNIVERSIDADES COLABORADORAS | 4 |
| ORGANISMOS AUSPICIADORES..... | 5 |
| RESUMEN | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| MÉTODOS | 11 |
| PROTOCOLO | 11 |
| MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE MASAS..... | 11 |
| GÉNERO Y FORMATO..... | 12 |
| COMPORTAMIENTO SALUDABLE | 13 |
| DESCRIPTORES TEMÁTICOS..... | 13 |
| ARGUMENTO Y APELACIÓN DEL MENSAJE..... | 14 |
| SUJETO REFERENTE..... | 15 |
| DEMOGRAFÍA REFERENTE..... | 15 |
| DESCRIPCIÓN DEL EVENTO | 15 |
| AUSPICIO DEL MENSAJE Y LENGUAJE | 15 |
| DATOS DE LOS PAÍSES | 15 |
| RESULTADOS | 17 |
| NÚMERO DE MENSAJES Y TIPO DE MEDIO | 17 |
| GÉNERO..... | 18 |
| FORMATO | 18 |
| COMPORTAMIENTO SALUDABLE | 19 |
| DESCRIPTORES TEMÁTICOS..... | 20 |
| ARGUMENTO Y APELACIÓN DEL MENSAJE..... | 21 |
| SUJETO REFERENTE | 23 |
| DESCRIPCIÓN DEL EVENTO | 26 |
| APOYO Y LENGUAJE DEL MENSAJE | 26 |
| DISCUSIÓN | 28 |
| CUESTIONES TEMÁTICAS | 28 |
| TEMAS METODOLÓGICOS | 30 |
| REFERENCIAS | 33 |

PREFACIO

Ya en 1922, Walter Lippmann, columnista e investigador pionero sobre los efectos de los medios de comunicación de masas en la opinión pública, sugirió que existe una relación entre lo que se presenta en los medios y lo que la gente piensa. Estudios posteriores demuestran que los medios no sólo le indican a la audiencia en forma exitosa qué debe pensar ésta, sino que también los medios se han transformado en los narradores del mundo. Interesados en aprender más en relación con los mensajes sobre salud presentados en los medios latinoamericanos, la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social (FELAFACS), Basic Support for Institutionalizing Child Survivor (BASICS) y la Organización de Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO) se reunieron en Cuenca, Ecuador, en 1995 y en Lima, Perú, en 1997 para discutir el estado de la comunicación en salud y del periodismo en salud, en los medios latinoamericanos, de contribuir al mejoramiento significativo, sostenido y equitativo de la salud para las personas de las Américas. El resultado de estas discusiones fue el Proyecto COMSALUD. Posteriormente, la Agencia Internacional de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), se constituyó en uno de sus auspiciadores.

Ante la invitación de FELAFACS y OPS, doce facultades de Comunicación Social aceptaron trabajar junto a los organismos auspiciadores, preparando e implementando un protocolo de investigación para estudiar la presencia y el contenido de los mensajes de salud en los medios. Esta publicación presenta un análisis cruzado del estudio de los doce países, implementado por doce facultades de Comunicación Social y el Ministerio de Salud de Panamá.

Durante la implementación del Proyecto COMSALUD, quedó de manifiesto la bienvenida que los medios dan a la oportunidad de incorporar tópicos sobre salud; los medios son proactivos, apoyan y están interesados en obtener la información correcta; los medios buscan activamente noticias sobre salud, especialmente con el advenimiento de la televisión de 24 horas; y lo más importante, “la salud vende” y aumenta la audiencia en los medios.

Es más, la población está buscando información sobre salud que presente ideas claras de lo que puede ser hecho para mantener, mejorar y reivindicar estilos de vida saludables en forma individual y colectiva. La audiencia de los medios constantemente menciona constantemente a la salud como uno de los tres tópicos prioritarios sobre los cuales le gustaría recibir más información.

El desafío para los sistemas y servicios de salud es, por lo tanto, cómo sacarle ventaja al interés de los medios por una mayor información sobre salud, mientras que al mismo tiempo se presenta información para satisfacer las necesidades de la audiencia de los medios. Para aumentar la cobertura de los medios en salud, el personal de salud necesitará tener un entendimiento más amplio de cómo trabajar con los medios, cómo mantener el interés de los medios en la salud, cómo transformarse en vocero de los medios y cómo formular sus mensajes para promover comportamientos saludables. Un gran

desafío enfrentado por los medios es mantener un inventario de los voceros de los medios en cuanto a los diferentes tópicos de salud, que puedan presentar en forma clara y entendible, en pocos segundos —el Centro para Control y Prevención de Enfermedades (CDC) calcula que 5 segundos es el máximo de cada frase de sonido¹ de TV— la información esencial necesaria para las audiencias de los medios. Para cumplir con este desafío, el CDC le pide a todo su personal profesional que sean voceros e incluyan esta actividad en las descripciones de puestos para el personal técnico.

Basados en la información presentada en esta publicación, los organismos de salud- OPS/OMS, BASICS, USAID- trabajarán con los organismos de comunicación — FELAFACS, UNESCO— para mejorar tanto la calidad como la cantidad de la información sobre salud en los medios de comunicación masivos. También se prevé el desarrollo de un plan sólido con los Ministerios de Salud y universidades para construir la capacidad del sector salud que permita desarrollar relaciones duraderas de trabajo con los medios para contribuir en el mejoramiento significativo, sostenido y equitativo de la salud para las personas de las Américas. Entre las actividades programadas para el futuro inmediato, se encuentra la creación de un CD-ROM de educación a distancia sobre periodismo en salud, que está siendo desarrollado en colaboración con FELAFACS, USAID, el Organismo de Información de los Estados Unidos (USIA) y el CDC; el apoyo a la recientemente formada Asociación Panamericana de Periodistas y Comunicadores de Salud; un sitio en internet para comunicadores de salud; y una publicación de documentos de referencia sobre tópicos de salud específicamente para periodistas y comunicadores trabajando en los medios- la primera publicación “Ayudando a crecer” es sobre los seis primeros años, la segunda publicación será sobre el adulto mayor.

*Gloria A. Coe, PhD, MPH
Asesora Regional en Comunicación y Periodismo en Salud
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Washington, DC*

Marzo 2000

1 Sound Bite.

AGRADECIMIENTOS

Los organismos auspiciadores, la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud, Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social (FELAFACS), Basic Support for Institutionalizing Child Survivor (BASICS), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), y la Agencia Internacional de Estados Unidos para el Desarrollo (USAID) están muy agradecidos con la Dra. Rina Alcalay y la Sra. Carmen T. Mendoza por aceptar la invitación de escribir este excelente análisis sobre salud en los medios latinoamericanos, basado en proyectos nacionales de investigación de Argentina, Bolivia, Chile, República Dominicana, Ecuador, México, Panamá, Perú y Venezuela. Fue gracias a su dedicación y preocupación por la salud y el bienestar de todas las personas de América Latina, que esta publicación se hizo posible.

AUTORAS

Rina Alcalay es Profesora del Departamento de Comunicación, de U.C. Davis. La Dra. Alcalay es también Profesora Afiliada de la Facultad de Medicina de U.C. Davis. La Dra. Alcalay posee un M.A. en Educación, y un Ph. D. en Comunicación, ambos de la Universidad de Stanford. También tiene B.A. en Sociología de la Universidad Católica de Santiago, Chile, su país de origen. Antes de formar parte de U.C. Davis, Prof. Alcalay fue miembro de la facultad de la Escuela de Salud Pública de la UCLA. Es especialista en las áreas de comunicación en salud y marketing social, especialmente en los escenarios multiculturales. La Dra. Alcalay ha hecho investigaciones y ha conducido numerosas campañas de promoción de la salud en los medios con poblaciones multiculturales de Estados Unidos, particularmente latinos. Ha publicado extensamente en áreas tales como prevención de enfermedades del corazón, prevención y abandono del tabaco, cuidado perinatal y planificación familiar. Como experta en comunicación en salud, la Dra. Alcalay ha sido consultora y ha participado en comités para organismos como el Instituto Nacional del Corazón, del Pulmón y de la Sangre, Instituto Nacional del Cáncer, Instituto Nacional de Geriátrica, la Sociedad Americana del Cáncer, Cruz Roja Nacional, Organización Panamericana de Salud, la Academia de Educación, la Unión Internacional contra el Cáncer, la Fundación Carnegie, California Wellness Foundation. Actualmente ella es miembro de la Secretary of Health's Advisory Council for the National, Heart, Lung, and Blood Institute, NIH.

Carmen T. Mendoza, M.S.P.H., M.S. es epidemióloga de la Universidad de California, Davis. En el Departamento de Epidemiología y Medicina Preventiva, es encargada de Datos de la Unidad de Apoyo a la Investigación y entrega apoyo técnico a una serie de estudios relacionados con la salud de los latinos y a un importante número de juicios clínicos nacionales. Obtuvo su grado de Magister de la Universidad de California, Los Angeles y fue admitida en el programa de doctorado en Epidemiología de la Universidad de Washington, Seattle. La Sra. Mendoza pronto se unirá al Centro Latino de Educación Médica e Investigación de San Francisco, de la Universidad de California, para empezar a realizar investigaciones focalizadas en Latinos del Valle Central.

UNIVERSIDADES COLABORADORAS

Las autoras y los organismos auspiciadores están muy agradecidos con los investigadores principales, nombrados en primer lugar, y sus colegas de las 12 Facultades de Comunicación Social de América Latina y El Caribe y el Ministerio de Salud de Panamá, por su interés, generosidad, y liderazgo en implementar el *Estudio Comparativo de Mensajes Relacionados con Salud en los Medios Masivos Latinoamericanos*. Reconocemos y agradecemos su compromiso en mejorar la salud y el bienestar de las personas de las Américas:

- Profesora Teresita Sallenave de Sagui y a la Lic. Carmen Gloria Alvarez. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.
- Profesora Hortensia Ayala de Fernández. Directora y Lic. A. López y M. Herbozo Moreno, Canal 11 Universitario, Universidad Gabriel Rene Moreno, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.
- Isaac Epstein, Ph.D. y Lic. Aniger Menezes, Elizabeth de Oliveira, Jacob Daghlían José de Sá, Mónica Caprino, Mónica Macedo, Nicolau Maranini. Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, Brasil.
- Decana y Profesora Lucía Castellón A., Profesor Carlos Araos Uribe, y Lic. Paula Opazo, Marcela Román. Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Profesora Marta Lucía Betancur. Universidad Bolivariana, Medellín, Colombia.
- Rafael Obregón, Ph.D. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Profesor Rafael Nuñez Grassals y Lic. Patricia García, Yosaira Rojas, Vielka Jiménez, Sinthia Sánchez, Maira Lapaz, Yuly Hidalgo, Frank Nuñez. Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.
- Profesor Joaquín Moreno Aguilar y Cecilia Ugalde S., y Lic. María de Lourdes Silva, Alexandra Zafra, Carmita Siguenza, Paola Arias, Victor Barrios, Catalina González, Andrea Amoroso, Tatiana Coronel. Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Delia Covi Druetta, Ph.D y Lic. Erika Argueta Enríquez, Ivonne García Sabag, Dayna Mere Vega, Judith Santiago, María Esther Serrano, Jorge Dávila Rosiles. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Dora de Da Costa, M.D. y Lic. Vienna Torrijos, Dalys Dixon, Julio Ayala, Emma Crovari. Departamento de Comunicación en Salud, Ministerio de Salud, Ciudad de Panamá, Panamá.
- Profesor Max Tello Charun y Lic. Doris Mejía Vázquez, Lissette Montalvo Ambrosio. Universidad de Lima, Perú.

- Profesor Fernando Beramendi y Lic. G. Galli. Universidad de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, Uruguay.
- Profesora Alicia Pineda y Lic. Josefa Barboza, Mariela Rojas, Ana M. Guadama S., Norelba C. Torres B. Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

Agradecemos especialmente y reconocemos la dedicación e interés del Dr. Isaac Epstein, Profesor de la Universidad Metodista de São Paulo quien coordinó las investigaciones entre las 12 universidades y el Ministerio de Salud de Panamá.

Agradecemos a la Lic. Sofia Sánchez por la edición del documento en español.

ORGANISMOS AUSPICIADORES

El protocolo de investigación fue escrito por Eduardo Contreras, OPS, Santiago, Chile, con el apoyo del profesor Max Tello, Universidad de Lima; Dra. Elizabeth Fox, en aquella ocasión trabajando para BASICS; y la Sra. Jennie Vásquez-Solís, OPS, Lima, Perú.

El personal de los organismos auspiciadores es: Profesor Walter Neira Bronttis, Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social (FELAFACS); Alfonso Contreras, M.D., Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS); Gloria A. Coe, Ph.D., Washington, D.C., Eduardo Contreras Budge², Ph.D., Santiago, Chile y Jennie Vásquez-Solís, M.A., Lima, Perú, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); Elizabeth Fox, Ph.D., Agencia Internacional de Estados Unidos para el Desarrollo (USAID); Alejandro Alfonzo, M.A., Organización de Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO).

Los organismos de salud —OPS/OMS, BASICS, USAID— están especialmente agradecidos con el Profesor Walter Neira Bronttis, Secretario Ejecutivo de FELAFACS y con Alejandro Alfonzo, Director, Oficina Regional para la Comunicación en América Latina, UNESCO y representante de UNESCO en Panamá, por su capacidad de previsión y compromiso en incluir la salud en las agendas de trabajo, tanto de la FELAFACS como en las de la UNESCO. Su firme liderazgo en hacer de la salud un tópico central de la comunicación, conducirá a perceptibles mejoramientos no sólo en salud, sino que también en el bienestar social y económico de los latinoamericanos.

2 Dr. Contreras Budge se encuentra ahora en la "Academy for Educational Development" in Washington, D.C., EUA.

RESUMEN

Los líderes en salud de América Latina, reconocen el rol fundamental que juegan los medios en la promoción y educación de la salud debido especialmente a los limitados recursos entregados al cuidado de la salud, y al aumento de las enfermedades crónicas y transmisibles. A pesar del número de mensajes relacionados con salud en los medios latinoamericanos, su propósito y contenido no han sido estudiados en forma sistematizada. Para ese fin, especialistas de organismos internacionales de salud en conjunto con las facultades de las universidades latinoamericanas, diseñaron el proyecto COMSALUD. Auspiciados por OPS, FELAFACS, BASICS, USAID, y UNESCO, COMSALUD fue un primer paso en la evaluación de mensajes de salud difundidos en los principales medios.

Un total de doce universidades, junto al Ministerio de Salud de Panamá, representando doce países latinoamericanos, utilizaron un protocolo estandarizado para la recopilación de datos. Algunas de las variables claves incluidas en el protocolo fueron: el tipo de medio emitiendo mensajes relacionados con salud; el género y el formato del mensaje; una caracterización de los principales descriptores del mensaje, o temas claves; argumentos sugeridos y tipos de atractivo; edad y status socioeconómico de la audiencia; y accesibilidad del lenguaje. Un total de 3,832 mensajes fueron identificados como relacionados con salud, en periódicos, revistas, radios y televisión para todos los países en su conjunto. El número promedio de mensajes registrados fue 319. Las conclusiones demostraron que las noticias fueron la fuente primaria para transmitir mensajes relacionados con salud (65.3%). Más de la mitad de los códigos de formato fueron identificados como programas informativos (27.2%) o como anuncios pro-salud del servicio público (25%). El cincuenta y cuatro por ciento de los mensajes aconsejaron un comportamiento saludable, y la prevención fue destacada en aproximadamente un quinto de los argumentos de los mensajes. El atractivo del mensaje fue presentado de manera abrumadora como cognitivo (61%) en comparación a lo afectivo o a lo ético, y los sucesos fueron más frecuentemente presentados como relacionados con salud (58%) que relacionados con la morbilidad (42%). Los temas de salud predominantes, presentados en proporciones más o menos iguales, fueron los servicios de salud, salud ambiental, y violencia y accidentes. La gran mayoría de los mensajes utilizó un lenguaje que fue accesible a todos (93.4%) y la mayoría de los mensajes estaban dirigidos a personas con un nivel socioeconómico medio (51.2%) y bajo (34.1%).

Este estudio entrega importantes conocimientos sobre el manejo actual de los mensajes de salud en los principales medios latinoamericanos. Por ejemplo, el auto-cuidado fue sorprendentemente bajo como argumento de los mensajes (solamente 7.4% de todos los mensajes codificados). Este tema merece atención y acciones adicionales, particularmente si se considera que el auto-cuidado era uno de los mensajes claves que los especialistas esperaban encontrar en los medios. Este estudio también demostró que pocos mensajes de salud fueron comunicados a través de programas de entretenimiento, siendo este formato, por lo tanto, ampliamente subutilizado. Lo poco común de los mensajes relacionados con el HIV/SIDA, el bajo número de mensajes dirigidos hacia los más viejos, los jóvenes y en cierto grado los pobres, demuestra falencias en la entrega de una adecuada información en salud a segmentos claves de la población. Por otro lado, la utilización de un lenguaje fácilmente accesible, fue un hallazgo alentador. Este informe

también trató temas metodológicos asociados al protocolo, y ofreció opciones para la recopilación de datos, capacitación, apoyo metodológico y sugerencias a través de líneas internacionales. Es de esperar, que este estudio contribuya en forma productiva al debate sobre estrategias para mejorar las agendas de comunicación en salud en América Latina.

INTRODUCCIÓN

Todos los días, mientras personas de todo el mundo hojean los periódicos, las revistas, prenden las radios, o cambian los canales de televisión, se encuentran con mensajes sobre salud. Estudios en América del Norte y Europa señalan que por cada persona que obtiene información sobre salud por medio de profesionales de la salud, 2 la obtienen de la radio y 15 de la televisión (OPS, 1998). Debido a que los medios entregan mensajes ya elaborados sobre salud, a través de canales regularmente asistidos, pueden ser recursos muy poderosos tanto en la entrega de estos mensajes a amplios sectores de la población, como en el avance de los objetivos de la salud pública (Winett and Wallack, 1996). Los medios de comunicación de masas pueden influenciar el conocimiento en salud, creencias, valores, y comportamientos, principalmente al establecer agendas de salud pública y modelos de comportamientos saludables (Sharf et al., 1996).

Se ha calculado que en los Estados Unidos un mejor control de los factores de riesgo del comportamiento, podría prevenir por sí sólo, un 40 o 70 por ciento de muertes prematuras (McGinnis, 1990). Mensajes bien diseñados y difundidos a través de los medios por diversos canales y formatos, pueden ayudar a reducir la prevalencia de comportamientos de riesgo para la salud. Los mensajes sobre salud pueden tener un efecto positivo sobre los individuos y su entorno, influyendo de este modo, en los comportamientos de salud y en políticas de salud (Alcalay y Bell, 1996; Wallack, 1990; Schooler et al., 1996).

Los líderes en salud de América Latina, reconocen que la educación en salud es vital. Los recursos limitados para el cuidado de la salud, el aumento de la expectativa de vida de la población, el creciente número de enfermedades crónicas y el aumento de algunas enfermedades transmisibles, requieren que los medios jueguen un rol importante en la educación y promoción de la salud en los países latinoamericanos (Alcalay, 1988). No obstante, el propósito y el contenido de los temas relacionados con salud de los medios, no han sido estudiados sistemáticamente en estos países. Es más, la vigilancia de los contenidos sobre salud en los medios, puede permitir que los profesionales del área de la comunicación y de salud, influyan sobre su contenido en forma proactiva y positiva.

El deseo de un mejor y mayor entendimiento metodológico sobre la cobertura de la salud en los medios, reunió a representantes de las universidades latinoamericanas y a varias organizaciones dedicadas a la salud pública y a la comunicación en salud. Especialistas de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Federación de Facultades de Comunicación Social (FELAFACS), Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), y United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) se reunieron en Cuenca, Ecuador en 1995 y en Lima, Perú en 1997 para discutir el estado del periodismo en salud y de los mensajes relacionados con salud en los medios latinoamericanos. El resultado de estas discusiones fue el Proyecto COMSALUD.

El objetivo del proyecto COMSALUD, como lo fue definido en Cuenca, era contribuir al mejoramiento significativo, sostenido y equitativo de la salud, para las personas de las Américas. Se previó que COMSALUD facilitaría el aumento de los vínculos entre salud,

periodismo y los medios, mejorando así, la cobertura sobre temas de salud en los medios. Los cuatro componentes claves del proyecto COMSALUD son:

- capacitación de profesores de nivel universitario en comunicación en salud y periodismo en salud,
- desarrollo de referencias básicas y centros de recursos de los medios masivos en cada universidad,
- evaluación e investigación,
- talleres y seminarios especializados en salud asistido por computadoras para periodistas y editores.

Este estudio comparativo de mensajes relacionados con la salud en los medios masivos latinoamericanos, es parte del componente de investigación del proyecto COMSALUD.

Algunas de las preguntas planteadas por los especialistas para el Estudio Comparativo fueron las siguientes: ¿Qué sabemos en general sobre la cobertura de los medios respecto al tema de Salud? ¿Cuáles son los contenidos de los mensajes “saludables” emergentes en los medios? ¿Es cubierta la salud en forma adecuada por los medios? ¿Están los medios difundiendo información útil en cuanto al auto-cuidado, la prevención de enfermedades, la identificación de factores de riesgo, la promoción de estilos de vida y ambientes saludables, y la promoción de servicios de cuidados de salud adecuados y accesibles?

El objetivo del Estudio Comparativo de los mensajes relacionados con salud, en los medios latinoamericanos, fue explorar algunas de estas preguntas mediante el análisis de los mensajes de salud difundidos a través de los principales medios en los países latinoamericanos. Se supuso que una adecuada información puede ser un factor positivo que contribuye a un mejor estado de salud entre la población (Epstein, 1999). El conocimiento sobre la cobertura de los medios, también proporcionaría la base para sugerir otras prioridades en la agenda, para llevar a cabo una “defensa de los medios”, y para estimular a los medios a ser una mejor influencia para su público (*Protocolo de Investigación del Proyecto COMSALUD Cobertura de la salud en los medios*, 1997).

Para conseguir una visión panorámica del estado de la cobertura de la salud en los medios (Contreras, 1999), se decidió que los valores de fondo debían ser evaluados en un estudio piloto, para poder proceder con investigaciones en profundidad en una etapa posterior. Los ítems estudiados en esta primera etapa incluyeron el tipo de medio que entrega mensajes relacionados con la salud; género y formato del mensaje; una caracterización de los descriptores de los mensajes relacionados con salud o morbilidad; argumentos sugeridos y tipos de atractivo; edad y geografía referente; y accesibilidad en términos de lenguaje. Éstos y otros ítems, fueron desarrollados en un protocolo de investigación, el *Protocolo de Investigación del Proyecto COMSALUD “Cobertura de la Salud en los Medios”*.

Este artículo sintetiza los resultados del estudio comparativo piloto. Este estudio no pretende generalizar con respecto a países específicos o tendencias. Al contrario, ofrece una compilación de información para los 12 países latinoamericanos que contribuyeron en este estudio. Los datos ofrecidos en los informes desarrollados por cada país, proveen valiosa información que debiera ser de utilidad para los diagnósticos locales, y para trabajar a niveles nacionales, de acuerdo a la infraestructura cultural, social y política única de cada país [Betancur M.L; Epstein I.et al; Moreno Aguilar J. et al; Nuñez Grassals R. et al; Obregon, R; Tello Charún, M et al. (1997); Ayala de Fernandez H. et al; Bermendi F. y Galli G.; Castellón L. et al; Covi Druetta D.et al; Da Costa, D. et al; Pineda A. et al; Sallenave de Sagú T. et al. (1998)].

MÉTODOS

PROTOCOLO

El *Protocolo de Investigación del Proyecto COMSALUD*, fue desarrollado primero en Cuenca, Ecuador en 1995 y revisado posteriormente por profesionales de Universidades y de organizaciones internacionales, en la Universidad de Lima, Perú en 1997. Un total de doce universidades y el Ministerio de Salud de Panamá, representando 12 países latinoamericanos, utilizaron el protocolo para la recopilación de los datos. (Tabla 1).

El tema subyacente básico del protocolo, fue investigar qué se sabe sobre tales mensajes recorriendo los tipos de medios con el objetivo de documentar proactivamente la cobertura de la salud. Las indicaciones para cada país participante fueron:

- 1) obtener una aproximación sobre los tópicos de salud a través de los diversos tipos de medios, de acuerdo a una serie de descriptores comunes básicos de temas de salud;
- 2) reunir un archivo de mensajes ilustrativos para la codificación recopilada durante una semana en mayo de 1997³; y
- 3) desarrollar, ejecutar y probar el protocolo para que, al final del período de estudio, los investigadores pudieran tener resultados del diagnóstico de la investigación y sugerencias concretas para afinar el protocolo y las operaciones de investigación.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE MASAS

El tipo de medio de comunicación de masas elegido para el estudio durante el período de una semana, incluyó a los medios impresos y a los audiovisuales. Los medios impresos incluyeron como mínimo dos y como máximo tres periódicos y una revista. Al menos uno de los periódicos elegidos debía ser de gran influencia, “serio”, y de amplia cobertura regional y nacional. La revista elegida debía poseer investigaciones nacionales e internacionales, y tener gran influencia en una amplia audiencia, del estilo de *Time* o *Newsweek*. Los medios audiovisuales incluyeron como mínimo una y como máximo dos estaciones de radio, y una estación de televisión a nivel nacional. La estación de televisión debía ser una red principal, con autoridad sobre una extensa audiencia. La programación de la radio y televisión fue seguida entre las 5:00 a.m. y las 10:00 p.m.

³ Debido a que se unieron al proyecto en diferentes momentos, el segundo grupo de universidades pudo elegir una semana distinta para la recopilación de los datos.

Tabla 1. Universidades y Ministerios de Salud participantes en el Proyecto COMSALUD

| País | Universidades y Ministerio de Salud |
|----------------------|--|
| Argentina | Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza |
| Bolivia | Universidad Gabriel René Moreno, Santa Cruz |
| Brasil | Universidade Metodista de Sao Paulo |
| Chile | Universidad Diego Portales, Santiago |
| Colombia | Universidad Bolivariana, Medellín Universidad del Norte, Barranquilla |
| Ecuador | Universidad del Azuay, Cuenca |
| México | Universidad Nacional Autónoma de México, D.F. |
| Panamá | Ministerio de Salud |
| Perú | Universidad de Lima |
| República Dominicana | Universidad Autónoma de Santo Domingo |
| Uruguay | Universidad de la República Oriental del Uruguay |
| Venezuela | Universidad del Zulia, Maracaibo |

GÉNERO Y FORMATO

El género predominante de los mensajes fue clasificado en una de las siguientes categorías: noticias, crónicas, reportajes, entrevistas, editoriales y opinión. Tipos básicos de formato incluyeron radio o programas de televisión informativos, programas especializado en salud, teleseries (telenovelas), radionovelas, documentales, programas femeninos, programas musicales, concursos, programas de variedades, páginas especializadas, suplementos especializados, anuncios pro-salud de servicio público, informes públicos pro-salud, suplementos de diarios y revistas, programas humorísticos o de ficción. Debido a la pequeña cantidad de mensajes registrados en algunas categorías

varias de estas fueron recodificadas en categorías establecidas. Además, los programas musicales, de ficción, concursos y los de variedades fueron registrados bajo “otro formato”.

COMPORTAMIENTO SALUDABLE

Los comportamientos saludables fueron definidos como los tipos de actividad que uno debiera realizar regularmente, para mantener y promover el bienestar y vivir así en forma saludable. Ejemplos de comportamientos saludables incluyeron el cepillarse los dientes, beber con moderación, perder exceso de peso, ejercicios físicos y sexo seguro. Junto a cada mensaje debía anotarse si los comportamientos sugeridos correspondían a actividades/comportamientos saludables o no. Si claramente lo eran, los investigadores de los países participantes registraron si la acción o comportamiento estimulado estaba dirigido hacia el individuo (e.g., abrochase el cinturón de seguridad), la comunidad (e.g., grupos de auto-ayuda para disminuir la violencia), el público/gobierno (e.g., estimulando la lactancia materna), el nivel privado/institucional (e.g., vacunación de niños en la posta local).

DESCRIPTORES TEMÁTICOS

Los descriptores temáticos fueron definidos como los temas claves de los mensajes. El tema central debía ser clasificado como básico o primario. Los temas adicionales de cada descriptor básico fueron categorizados como temas de segundo o tercer nivel. Los descriptores temáticos incluyeron salud y desarrollo, salud ambiental, salud mental y psicosocial, servicios de salud, medicina tradicional, avances médicos/científicos, enfermedades transmisibles, SIDA, enfermedades no transmisibles, cáncer, enfermedades cardiovasculares, alimentación y nutrición, ejercicios físicos, estética y belleza, sexualidad y salud reproductiva, embarazo adolescente, tabaco, drogas, alcohol, violencia y accidentes, promoción de comportamientos saludables, otros que se justifiquen y los de interés local. Este último incluyó temas relacionados con la edad o con género u otras condiciones que afectan la salud local, tales como la legislación o la seguridad social.

Una descripción meticulosa de lo que se iba a incluir o excluir, fue proporcionada para cada descriptor. Por ejemplo, bajo la categoría de salud y desarrollo, el protocolo incluyó categorías tales como grupo socioeconómico, social, humano, marginal, educación y desarrollo político. En el protocolo original se decidió que el número de mensajes sobre SIDA, cáncer, y enfermedades cardiovasculares podrían ser lo suficientemente altos como para justificar categorías propias. A pesar del conjunto preestablecido de categorías, un par de países crearon categorías adicionales. En su gran mayoría, los 92 mensajes codificados en 19 categorías adicionales fueron ubicados dentro de categorías existentes. En otros casos, como en el de violencia y accidentes, algunos países combinaron estas dos categorías distintas, por consiguiente, nosotros también las combinamos en este estudio. Finalmente, debido a pequeños números de elementos, un número de categorías fue incorporado dentro de otras. (Tabla 2).

ARGUMENTO Y APELACIÓN DEL MENSAJE

A lo más, tres tipos de argumentos que sugerían mensajes de salud debían ser elegidos entre prevención, curación, auto-cuidado, consulta, promoción, competencia, incompetencia, incomodidad, bienestar, pobreza, no-pobreza (carencia de referencias para pobreza o carencia de recursos), participación, apatía, libertad, y represión. Las apelaciones del mensaje fueron caracterizados como cognitivos (transmitiendo información real, referencia y objetivo), afectivo positivo (despertando interés en favor de la salud) o afectivo negativo (invocando aprehensión o miedo), y los éticos.

Tabla 2. Recodificación de categorías para los descriptores temáticos seleccionados

| Descriptor temático | Categoría recodificada |
|---|--|
| Violencia | Violencia y accidentes |
| Accidentes | Violencia y accidentes |
| Cancer | Enfermedades crónicas y no transmisibles |
| Enfermedades cardiovasculares | Enfermedades crónicas y no transmisibles |
| Enfermedades no transmisibles | Enfermedades crónicas y no transmisibles |
| Demografía y población | Salud integral/grupo |
| SIDA | Enfermedades transmisibles |
| Alcohol | Factores de riesgo |
| Tabaco | Factores de riesgo |
| Alimentación y nutrición | Factores de riesgo |
| Ejercicio físico | Factores de riesgo |
| Drogas | Factores de riesgo |
| Otras condiciones de interés local | Temas de salud de interés |
| Otras enfermedades, dolores | Temas de salud de interés |
| Estética y belleza | Otro |
| Eventos/congresos/conferencias | Otro |
| Investigaciones epidemiológicas | Otro |
| Bioética | Otro |
| Carreras académicas, formación de habilidades | Otro |
| "Para la vida" ⁴ | Otro |

⁴ "Para la Vida" son mensajes básicos recomendados en el libro *Para la Vida* (Anderson y Williams, 1989), en el cual se promueven estilos de vida saludables. Supuestamente estos debían ser codificados como parte de un subconjunto del estudio piloto sobre salud infantil. Este estudio no analizó los datos "Para la Vida" en forma separada debido al alto grado de inconsistencia de los países en la cobertura, si es que la había. Además, el número de mensajes dedicados a la juventud era en general bajo (ver sección de resultados).

SUJETO REFERENTE

La edad referente fue definida como la edad del sujeto destinatario en el mensaje y fue categorizada individualmente como genérica (todas las edades), lactante menor (0-1), infante lactante (1-2), preescolar (2-5), edad escolar (6-9), adolescente (10-19), juventud (20-24), adulto (25-49), y mayor (50+). Para género, la elección predominante fue identificada como afectando a ambos sexos, sólo a mujeres, sólo a hombres, u homo/bisexuales.

DEMOGRAFÍA REFERENTE

El escenario en donde ocurrió el evento fue categorizado como internacional, nacional, regional, o local. Para los lugares fuera del ámbito internacional, se desarrolló una dicotomía adicional entre lugares urbanos y rurales. El status socioeconómico referente (SSE) fue categorizado basado en una jerarquía social como: bajo, medio, alto.

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

Los eventos relacionados con salud fueron definidos como aquéllos que 1) estimulan cambios en el comportamiento para prevenir enfermedades o 2) tratan la enfermedad en forma adecuada. Los eventos relacionados con enfermedades fueron definidos como descripciones de enfermedades con estadísticas que apelan a lo negativo, al miedo, a la muerte y al sufrimiento, y aquéllas que no incluyen la prevención de enfermedades. La presentación de eventos relacionados con la salud o relacionados con enfermedades fueron anotadas en cada mensaje. En cualquiera de los casos, la presencia de los antecedentes del evento (origen/circunstancias) o de las consecuencias (resultado final o desenlace), fueron registradas si estaban disponibles.

AUSPICIO DEL MENSAJE Y LENGUAJE

Si el mensaje era patrocinado por un auspiciador, debía ser caracterizado como apoyado por el estado (Ministerio de Salud), por el seguro social, otros organismos del estado, sector privado, organizaciones internacionales, u organizaciones comunales. La accesibilidad del lenguaje en términos de la audiencia, fue clasificada como accesible al público en general, inaccesible al público en general, de lenguaje confuso, o con terminología especializada. Para la mayoría de los esquemas clasificación/categorización en el protocolo, la opción “no aplicable” también fue ofrecida.

DATOS DE LOS PAÍSES

La Organización Panamericana de la Salud, recopiló los resultados de la investigación preliminar a través de informes elaborados por los doce países participantes. Los datos de los informes individuales fueron ingresados en una hoja de cálculos de Excel, para las estadísticas descriptivas y la presentación de los gráficos. Para los datos extraídos de los porcentajes dados, las frecuencias fueron determinadas cuando el tamaño de la muestra

original fue entregado. Seis de los doce países presentaron datos para cada tipo de medio, mientras que otros seis presentaron datos combinados. Para poder hacer algunas comparaciones de manera uniforme los datos de todos los tipos de medios (periódicos, revistas, radio, y televisión), son presentados en un formato agregado. No todos los países siguieron el protocolo todo el tiempo, resultando en que en algunas categorías no fueron codificadas, o se crearon categorías extras. En consecuencia, los datos presentados en este estudio excluyen a algunos de los países en género (1 país), formato (3), comportamiento saludable (2), descriptores temáticos (1), argumento (1), atractivo (1), edad (4), género (1), lugar (4), SSE (2), antecedentes/consecuencias (3), y lenguaje (1). A lo largo de este informe, los datos son presentados en forma agregada seguidos de datos específicos para determinados países en todas las categorías codificadas; esto excluye las categorías de “no aplicable”.

RESULTADOS

NÚMERO DE MENSAJES Y TIPO DE MEDIO

Un total de 3,832 mensajes relacionados con salud fueron identificados en los países combinado; 216 en Argentina, 203 en Bolivia, 335 en Brasil, 97 en Chile, 375 en Colombia, 292 en Ecuador, 879 en México, 642 en Panamá, 124 en Perú, 144 en República Dominicana, 254 en Uruguay, y 271 en Venezuela. El número promedio de mensajes registrados fue de 319 por semana. Ocho de los doce países recopilaron datos por cada tipo de medio especificado en el protocolo (Tabla 3). Panamá recopiló datos únicamente de los periódicos, Chile y Perú no recopilaron información de las estaciones de radio, mientras que Venezuela omitió información de las revistas. Los resultados descritos a continuación fueron derivados de los datos ingresados de 29 periódicos, 13 revistas, 14 estaciones de radio y 13 estaciones de televisión.

Tabla 3. Medios de comunicación masiva incluidos en el proyecto COMSALUD por país

| Sub-región y país | Medios Imprenta | | Medios Audiovisuales | |
|------------------------|-----------------|---------|----------------------|----|
| | Periódico | Revista | Radio | TV |
| <i>Area Andina</i> | | | | |
| Bolivia | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Colombia | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Ecuador | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Perú | 2 | 2 | 0 | 1 |
| Venezuela | 2 | 0 | 1 | 2 |
| <i>Cono Sur</i> | | | | |
| Argentina | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Chile | 2 | 2 | 0 | 1 |
| Uruguay | 2 | 1 | 2 | 1 |
| <i>Brasil</i> | 2 | 1 | 2 | 1 |
| <i>América Central</i> | | | | |
| Panamá | 6 | 0 | 0 | 0 |
| México | 2 | 2 | 1 | 1 |
| <i>Caribe Latino</i> | | | | |
| República Dominicana | 2 | 1 | 2 | 1 |

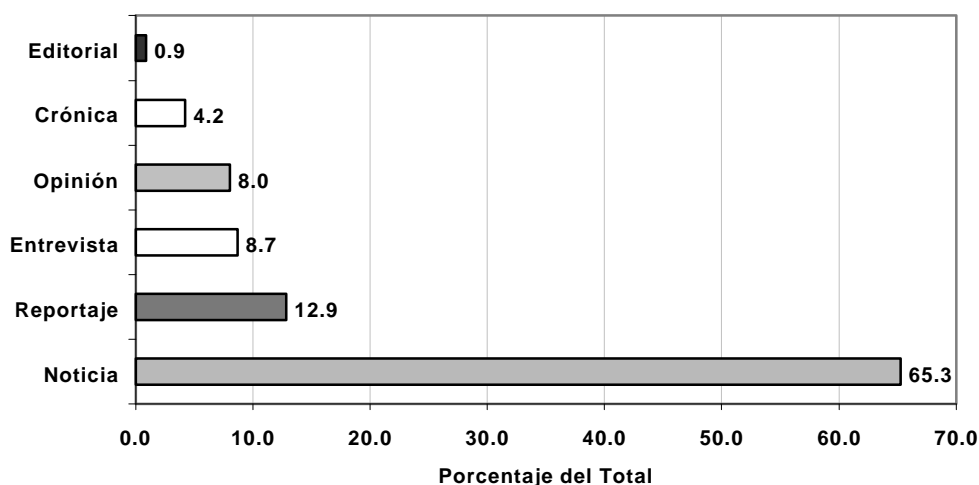
En vista y considerando que algunos países presentaron datos disponibles en formatos agregados, mientras otros presentaron los datos como fueron registrados en cada tipo de medio, no pudimos identificar series para cada tipo de medio. De la información disponible,

observamos que el número de mensajes para el período de una semana, abarcó desde los 2 mensajes hasta 461 para los distintos tipos de medios.

GÉNERO

En relación al género, 3,593 mensajes fueron codificados según el protocolo; 26.6% de los géneros de esos mensajes fueron codificados como no aplicables. De los 2,637 mensajes restantes (Diagrama 1), la mayoría fue codificada como noticia (65.3%), seguido por reportaje (12.9%), entrevista (8.7%), opinión (8.0%), crónica (4.2%) y editorial (0.9%). Los datos de los informes individuales de los doce países participantes, demostraron coincidir sin excepción, en cuanto a la predominancia de la noticia como género de mensaje. Sólo en Brasil donde el 38.9% de los mensajes pertenecen al género noticia, hubo otro tipo de género con un porcentaje similar (reportaje 34.5%).

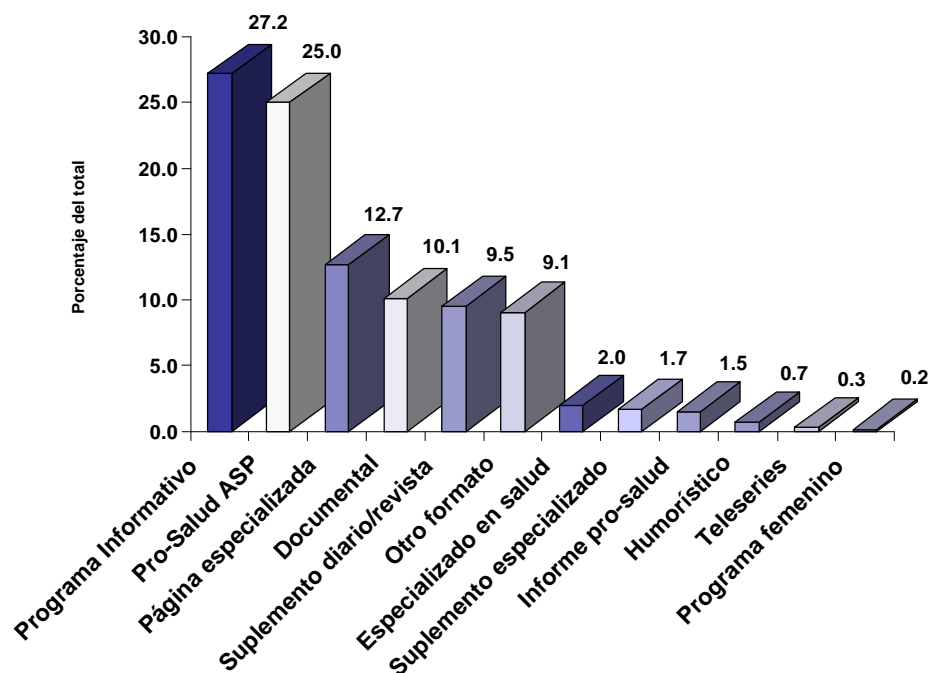
Diagrama 1. Género del Mensaje



FORMATO

Un total de 2,802 mensajes fueron codificados por formato, 515 de los cuales fueron codificados como no aplicables. Más de la mitad de los 2,287 códigos de formato fueron identificados como programas informativos (27.2%) o anuncios pro-salud del servicio público (25%). El balance fue codificado como: página especializada (12.7%), documental (10.1%), suplemento de diario/revista (9.5%), otro formato (9.1%), especializado en salud (1.7%), informe pro-salud (1.5%), humorísticos, teleseries y programas femeninos (1.2%). El principal tipo de formato en Brasil, fue de programas informativos (92.5%), Colombia (38.8%) y Venezuela (41.2%), mientras que los anuncios pro-salud del servicio público obtuvieron alto porcentaje en México (50.6%) y Uruguay (32.9%). En Argentina y Panamá, los documentales fueron los principales tipos de formato (65.3% y 47.6%, respectivamente).

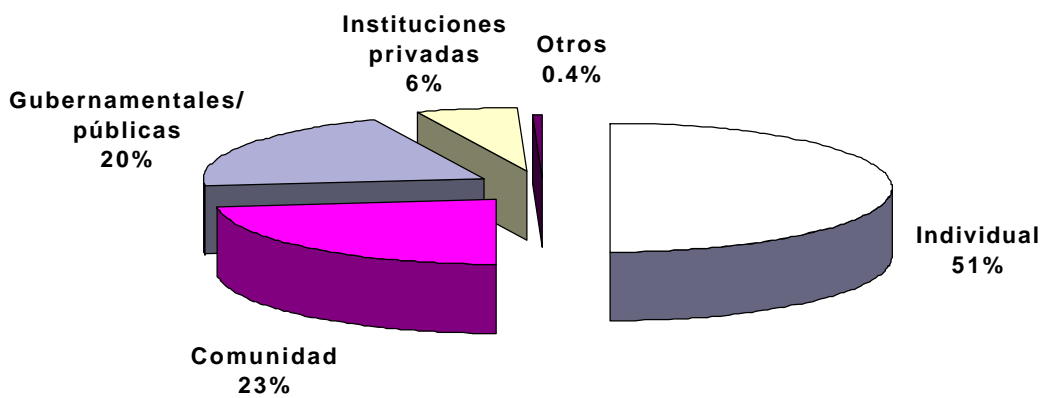
Diagrama 2. Formato del Mensaje



COMPORTAMIENTO SALUDABLE

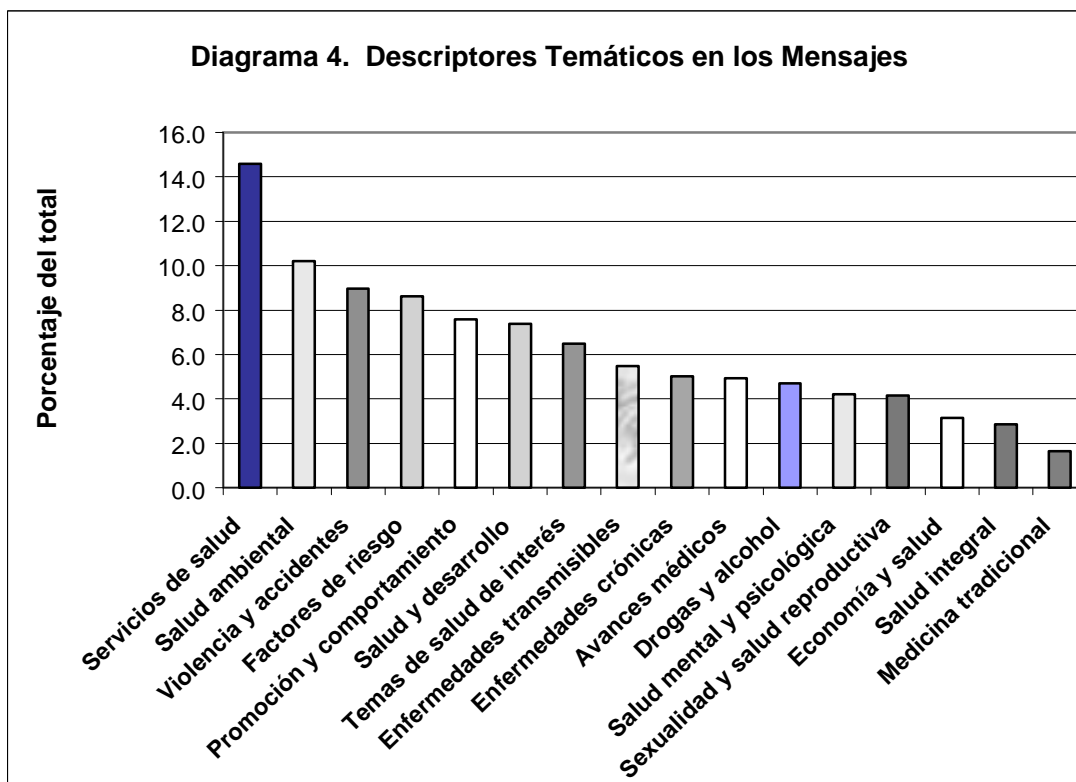
La inclusión de comportamientos saludables explícitamente definidos fueron observada en 3,750 de los mensajes. En términos generales podría decirse que 54% de esos mensajes sugirieron comportamientos saludables, mientras que un 46% no lo hicieron. Una pequeña diferencia se evidenció en Brasil (49.8% si, 50.4% no) y Colombia (51.7% si, 48.3% no). Los países en donde la sugerencia se centró principalmente en los comportamientos saludables, fueron Chile (64.9%), México (76.3%), Perú (60.5%), y Uruguay (63.8%). La mayoría de los mensajes en donde se sugirieron comportamientos enfocados en la enfermedad fueron registrado en Argentina (49.1%), Bolivia (72.4%), República Dominicana (57.6%), Panamá (57.8%), y Venezuela (59%). El diagrama 3, señala que de los 1,888 mensajes que sugirieron comportamientos saludables, 51% tenían como objetivo la acción individual, 23% la acción comunitaria, 20% de instituciones gubernamentales/públicas, las privadas y otro tipo de instituciones (6% y 0.4%, respectivamente). La acción individual fue el principal objetivo de los mensajes en Chile, Colombia, República Dominicana, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela. La comunidad fue blanco para la acción 48% del tiempo en Bolivia, mientras que las instituciones gubernamentales/públicas lo fueron principalmente en Brasil (47%).

Diagrama 3. Comportamiento Saludable - Acción por Persona o Institución



DESCRIPTORES TEMÁTICOS

Este análisis registró un promedio de 1.2 descriptores temáticos por mensaje, para un total de 4,756 descriptores. Quinientos diez descriptores temáticos codificados como “otro” fueron excluidos en el Diagrama 4. Los mensajes restantes de los informes de 11 países (1 no entregó información), fueron básicamente sobre servicios de salud (14.6%), salud ambiental (10.2%), violencia y accidentes (9%), factores de riesgo (8.6%), promoción de la salud y comportamiento (7.6%), temas de salud de interés (6.5%), enfermedades transmisibles (5.5%), enfermedades crónicas (5%), avances médicos (4.9%), drogas y alcohol (4.7%), salud mental y psicosocial (4.2%), sexualidad y salud reproductiva (4.1%), economía y salud (3.1%), salud integral (2.9%), y medicina tradicional (1.6%).



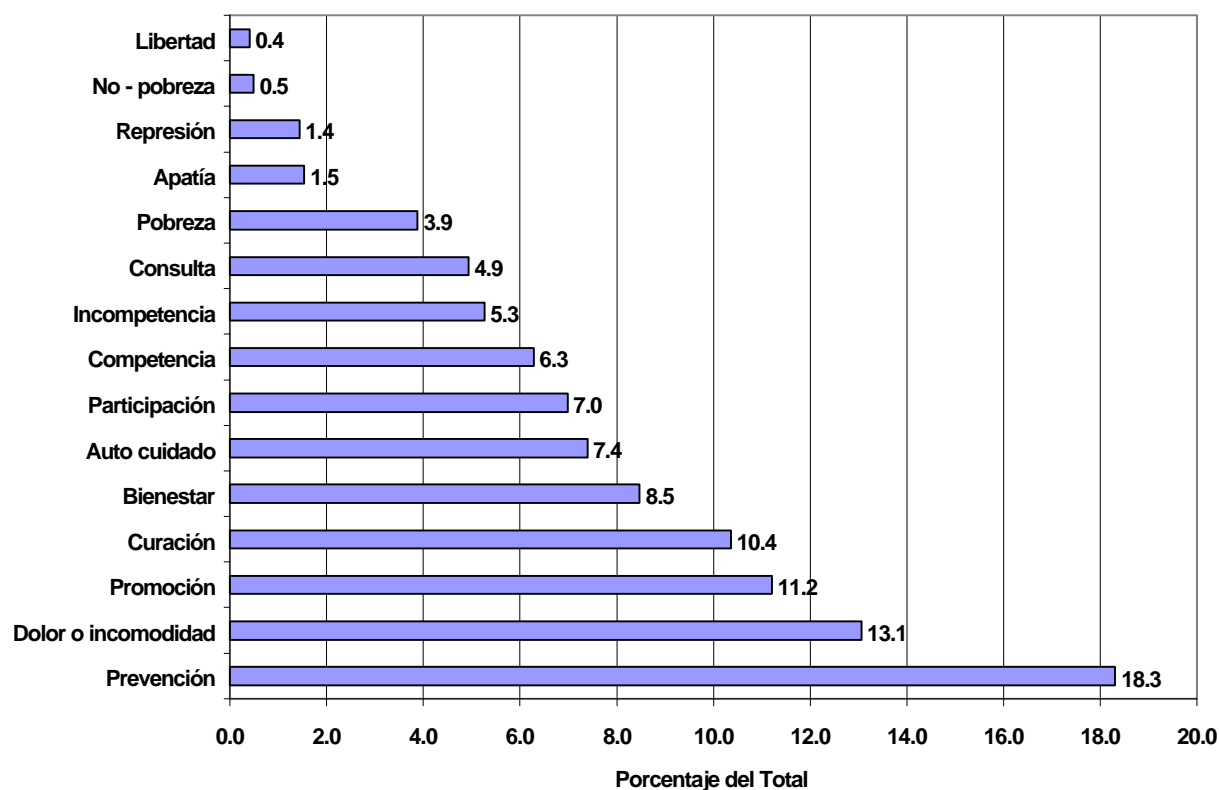
Aunque la distribución de los descriptores temáticos se extendió equitativamente entre los países, algunos puntos sobresalientes son dignos de ser mencionados. Los mensajes de servicios de salud fueron en mayor número en Panamá ($n=155$), los cuales significaron un 26.8% de los descriptores temáticos de ese país. También fueron descriptores claves en Brasil (21%) y en República Dominicana (26.7%). La mayor cantidad de mensajes sobre salud ambiental fueron registrados en México ($n=124$ o 15.9% del total de mensajes de México). Salud ambiental también fue un tema predominante en Argentina (26.1%) y Chile (26.2%). Aunque la mayor cantidad de mensajes sobre violencia y accidentes fue registrada en Colombia ($n=67$), también resultaron ser descriptores temáticos de importancia en Uruguay (17.3%) y Venezuela (23.4%). Promoción de la salud y comportamiento fue el más alto en número de mensajes ($n=119$) y el tema principal cubierto en Colombia (15.4%). En Bolivia, salud y desarrollo tuvo la mayor cantidad de mensajes en esa categoría ($n=112$) y un 31,9% de los descriptores temáticos de ese país. Temas de salud de interés fueron el foco temático en Ecuador (15.7%).

ARGUMENTO Y APELACIÓN DEL MENSAJE

De todas las variables del protocolo, los argumentos de los mensajes fueron los codificados de forma más clara dentro de las categorías prescritas. (Diagrama 5). Un total de 5,926 mensajes fueron catalogados por argumento del mensaje, un promedio de 1.5 por argumentos por mensaje (hasta 3 permitidos). Acumulativamente, las categorías más extensas incluyeron prevención (18.3%), dolor o incomodidad (13.1%), promoción (11.2%), curación (10.4%), y bienestar (8.5%). Otros argumentos incluyeron auto-cuidado (7.4%), participación (7%), competencia (6.3%), incompetencia (5.3%), consulta (4.9%), pobreza

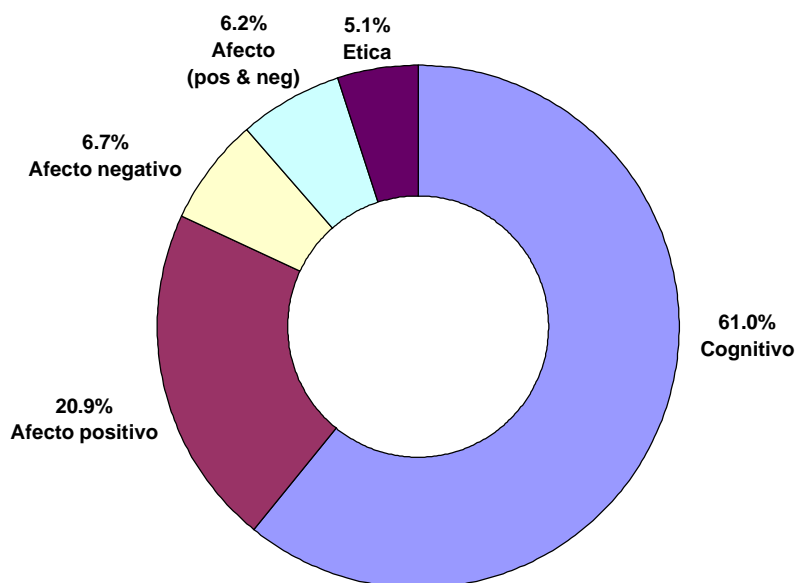
(3.9%), y en menor grado, apatía, represión, no-pobreza, y libertad (3.8%). En forma separada, los datos de los países revelaron que en Bolivia y Colombia, el bienestar encabezó como argumento del mensaje (15.6% y 15.5%, respectivamente), seguidos de cerca por prevención e incomodidad. Prevención fue destacada como argumento de mensaje en Brasil (19.1%), Chile (45%), Colombia (15.4%), Ecuador (12.4%), México (32.2%), y Panamá (16.4%), mientras que la incomodidad fue frecuentemente mencionada en Argentina (52.9%), Bolivia (15.2%), Panamá (16.4%), y Venezuela (20.3%). Competencia fue el argumento principal en República Dominicana (18.2%) y promoción lo fue en Uruguay (22.7%).

Diagrama 5. Argumento del Mensaje



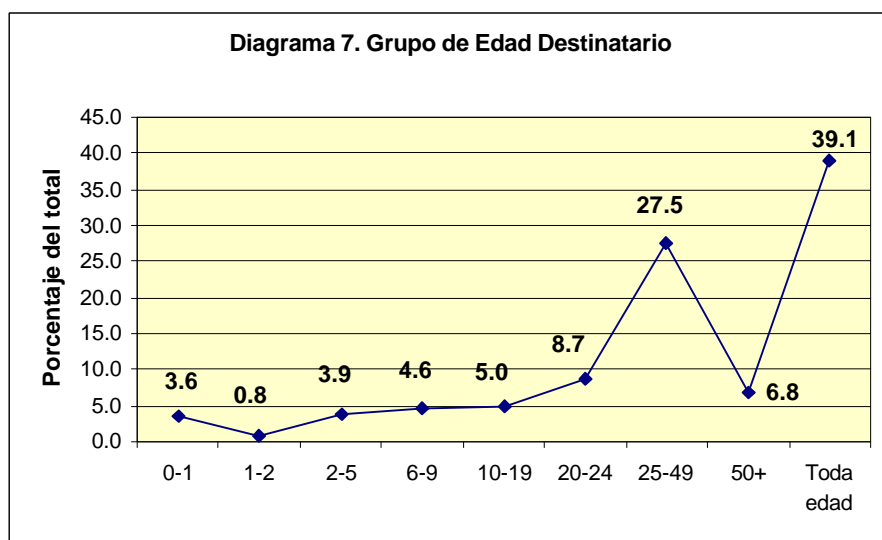
La apelación del mensaje fue incluida en 94% de todos los mensajes registrados (n=3,602). La apelación fue presentada en forma abrumadora como cognitiva (61%), seguida por afecto positivo con un 20.9%, y afecto negativo con un 6.7% de los mensajes. Seis por ciento de los mensajes fueron codificados como afectivos, sin distinción de afecto positivo o negativo. La apelación cognitiva fue predominante en Bolivia (68.5%), Brasil (60.8%), Chile (67%), Colombia (77%), República Dominicana (71.7%), Ecuador (80.1%), Panamá (70.6%), Perú (49%), Uruguay (59.3%), y Venezuela (88.6%). Afecto positivo fue más alto en México (43,2%), en donde la apelación cognitiva significó un 29.9% de los mensajes. Acumulativamente, la ética contribuyó con un 5.1% en la apelación de los mensajes en el Diagrama 6. El mayor registro de mensajes con apelación ética fue Brasil (n=57).

Diagrama 6. Apelación del mensaje



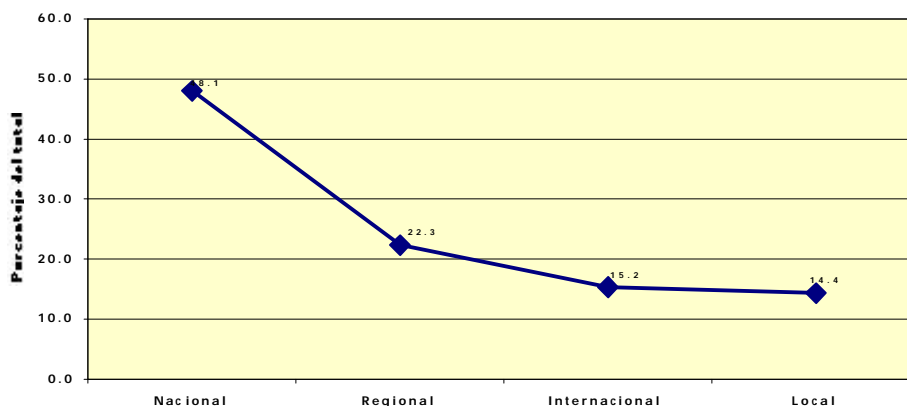
SUJETO REFERENTE

De los 2,622 mensajes que fueron codificados para edades destinatarias, los investigadores encontraron que 1,077 no estaban dirigidos a un grupo de edad en particular un gran número de los códigos de edad no fue “aplicable”. En 5 países: Chile (78.4%), Colombia (80%), República Dominicana (64.5%), Ecuador (63%), y Uruguay (40.9%). Treinta y nueve por ciento de los mensajes con edad objetiva fueron dirigidos a todos los grupos de edad y 27.5% a adultos entre las edades de 25-49 (Diagrama 7). Los porcentajes más altos observados en los datos de los países en forma individual mostraron la misma tendencia para todos los grupos de edad (57.6% Brasil, 40.9% en México, 38.7% en Uruguay, y 55.6% en Venezuela) y en el rango de edad de 25-49 (50.7% en Colombia, 34% en República Dominicana, y 55.6% en Ecuador). Los dos extremos del espectro, los grupos de edades más jóvenes y los adultos mayores, fueron blanco mínimos, acumulativamente (4.4% infantes lactantes, 3.9% niños preescolares, 4.6% niños en edad escolar, 5% adolescentes, 8.7% adultos jóvenes, y 6.8% personas de edad por sobre los 50).



En cuanto al género, se codificaron 3,154 mensajes, 504 de los cuales no hizo referencia al género, y 2 de los cuales estaban dirigidos hacia homo/bisexuales. Esta última, es una categoría que no estaba referida al género y fue removida de análisis posteriores junto con los mensajes no aplicables. La gran mayoría de los mensajes restantes fueron dirigidos a personas de ambos sexos (83%), seguido por aquéllos dirigidos hacia las mujeres (10%) u hombres (7%). Independientemente, la gran parte de los mensajes aplicables a cualquiera de los géneros fue orientada a ambos sexos en Brasil (85.1%), Chile (82.2%), Colombia (79.7%), República Dominicana (75.7%), Ecuador (74.2%), México (84.1%), Panamá (91.9%), Perú (74.5%), Uruguay (73.7%), y Venezuela (72%). Solamente en Panamá, Perú y Venezuela los mensajes fueron levemente más dirigidos a los hombres que a las mujeres.

Diagrama 8. Referencia Geográfica

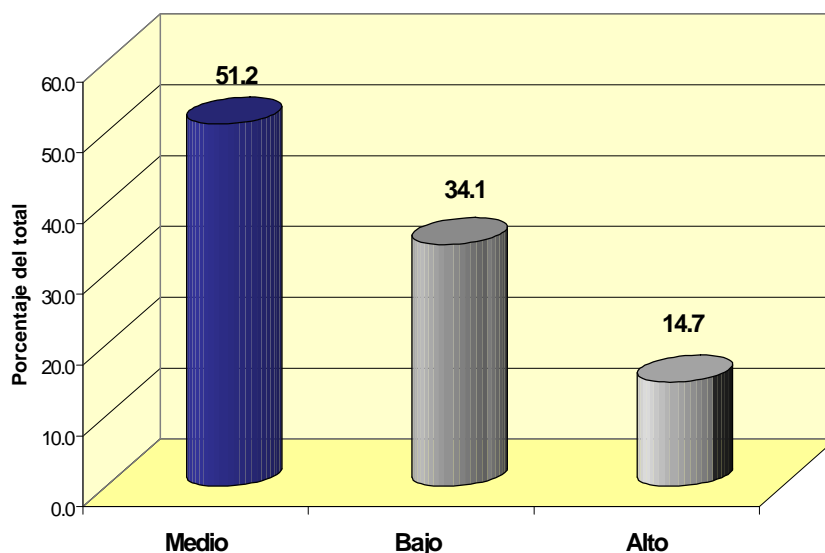


DEMOGRAFÍA REFERENTE

En aquellos casos donde la referencia geográfica fue codificada, el contenido de los 3,212 mensajes se dirigió básicamente a sucesos nacionales (48.1%) y regionales (22.3%). Los medios se ubicaron en el ámbito internacional y local en un 15.2% y 14.4% del tiempo, respectivamente (Diagrama 8). La mayoría de los datos individuales de cada país mostraron la misma tendencia hacia la referencia nacional: 63.3% en Brasil, 50.9% en Colombia, 37% en República Dominicana, 67.5% en México, 49.4% en Panamá, 37.1% en Uruguay, y 38.5% en Venezuela. La referencia regional fue más importante en Bolivia con un 39.7% de los mensajes, mientras que la referencia local fue predominante en Ecuador (42.4%). En ambos países, la referencia nacional no estuvo muy atrás (28.7% y 37.2% respectivamente). En forma colectiva, los escenarios urbanos fueron los lugares primarios en la incidencia de 1,829 mensajes no internacionales, codificados por lugar (83.7%), mientras que la incidencia rural sólo significó un 16.3%. Los datos de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú, Uruguay, y Venezuela señalaron en forma unánime, la tendencia hacia el ámbito urbano.

Cuarenta y tres por ciento de los mensajes codificados no se refirieron a status socioeconómico (SSE). SSE fue categorizado en tres niveles en 1,814 de los mensajes. El diagrama 9 señala que la mayoría de los mensajes en cuestión, relacionados con salud fueron dirigidos a personas con niveles SSE medios (51.2%) y bajos (34.1%). Menos del 15% de los mensajes fueron dirigidos a niveles altos de SSE. Con la excepción de Panamá, los datos individuales por país señalaron que el SSE no fue referido en Bolivia (88%), Brasil (68%), Chile (77.7%), Colombia (79.3%), Ecuador (58.2%), y Venezuela (54.6%). El SSE no fue aplicable en República Dominicana (24.3%), México (28.4%), y Uruguay (42.9%). De los mensajes restantes, el SSE bajo fue el blanco fundamental de los mensajes en Bolivia, Chile, Colombia, República Dominicana, Panamá, Uruguay y Venezuela. SSE medio fue el blanco principal en México, mientras que el nivel más alto de SSE fue el objetivo de los mensajes en Brasil.

Diagrama 9. Nivel Socioeconómico



DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

La descripción del evento fue prácticamente codificada para cada mensaje registrado (n=3,643), una pequeña parte de éstos (n=217), no presentó una descripción particular de salud o morbilidad. En cuanto al resto, los mensajes fueron claramente presentados como relacionados con salud (58%), o relacionados con enfermedad (42%). La presentación de mensajes como relacionados con salud o enfermedad, estuvo dividida equitativamente entre los países. En Bolivia, Chile, Colombia, República Dominicana, México, y Perú los mensajes estuvieron relacionados principalmente con salud, mientras que en Argentina, Brasil, Ecuador y Venezuela estuvieron mayormente relacionados con enfermedad. Debe mencionarse que la diferencia de cómo la información fue presentada en Panamá (48.5% salud, 50.3% enfermedad) y Uruguay (52.2% salud, 43.5% enfermedad) fue muy pequeña. Para todos los países que documentaron si se le dieron descripciones adicionales sobre los eventos (Bolivia, Colombia, República Dominicana, Ecuador, México, Panamá, Perú, Uruguay, y Venezuela), se documentaron antecedentes en el 51.5% de los 3,822 mensajes, mientras que las consecuencias fueron anotadas en un 48.5%.

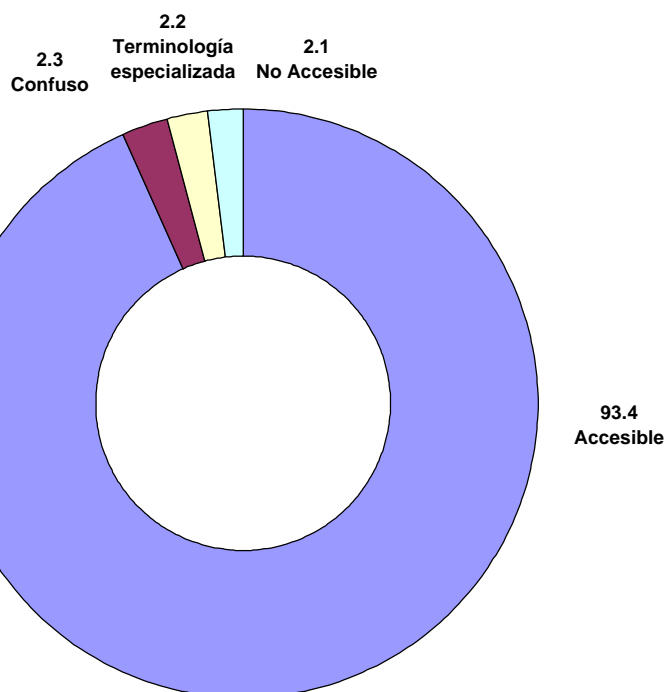
APOYO Y LENGUAJE DEL MENSAJE

En este proyecto, el apoyo u organización auspiciadora de los mensajes relacionados con salud fue codificado solamente por pocos países. Cuando se hizo, fue codificado en forma inconsistente e incompleta. Esto se puede deber al hecho de que esta pregunta del protocolo no apareció en la página de codificación utilizada por los codificadores. Por lo tanto, sólo algunos países se refirieron a este tópico. De los países que sí lo hicieron sólo Uruguay, República Dominicana, Venezuela, y Panamá (este último sólo incluyó los periódicos en su análisis de COMSALUD) mencionaron al Estado como fuente significativa

de auspicio del mensaje (alrededor del 40% de los mensajes). Brasil, Ecuador, México y Perú, los otros países que también se refirieron al auspicio, identificaron a los organismos del Estado en forma poco frecuente. En el caso de Ecuador, sólo 7% de los mensajes obtuvieron auspicio del Estado, y ninguno de estos mensajes del estado fue auspiciado por el Ministerio de Salud o Seguridad Social. En México, 81% de los auspicios correspondió a fuentes privadas. Sin embargo, no se puede llegar a ninguna conclusión en cuanto a estos resultados, debido al carácter inconcluso y a la falta de consistencia en la información.

De los 3,234 mensajes (93.4%), el lenguaje fue codificado como accesible para todos. Terminología especializada fue incorporada el 2.2% del tiempo. El lenguaje del mensaje fue codificado como confuso o no accesible a todos en un 4.4% de los mensajes. (Diagrama 10). En Chile, el lenguaje fue accesible en el 100% de los mensajes codificados para este ítem. En esta categoría, para el resto de los países el lenguaje fue accesible 80.9% del tiempo en Bolivia, 95.2% en Brasil, 96.5% en Colombia, 93.1% en República Dominicana, 93.8% en Ecuador, 99.3% en México, 89.9% en Panamá, 72.6% en Perú, 91.7% en Uruguay, y 99.1% en Venezuela.

Diagrama 10. Lenguaje del Mensaje



DISCUSIÓN

El objetivo del Proyecto COMSALUD fue obtener un entendimiento acerca de tópicos de salud cubiertos a través de varios medios, en 12 países latinoamericanos. Específicamente, este estudio exploratorio analizó un conjunto de mensajes reunidos durante un período de una semana, y aumentó los conocimientos sobre conducción de análisis de contenidos en los medios. Esta sección discute posibles lecciones derivadas de las conclusiones claves del estudio, y ofrece sugerencias metodológicas para estudios posteriores con el objetivo de sobrellevar las limitaciones de esta primera etapa exploratoria.

CUESTIONES TEMÁTICAS

Qué tan bien este estudio exploratorio respondió a las preguntas planteadas por los especialistas en la reunión inicial de Cuenca? Los datos de este estudio piloto mostraron que, independientemente del canal de los medios, las noticias fueron la fuente principal para comunicar mensajes relacionados con salud, y que los programas informativos y los anuncios del servicio público fueron los formatos más frecuentemente utilizados. En relación con las características del mensaje, la mayoría de los mensajes sugirió comportamientos saludables. Los temas predominantes de salud, mencionados en proporciones más o menos iguales, fueron los servicios de salud, salud ambiental, y violencia y accidentes. Los servicios de salud fueron mensajes prioritarios principalmente en Panamá, Brasil y República Dominicana. Mensajes sobre salud ambiental fueron particularmente frecuentes en México, Argentina y Chile. Violencia y accidentes fueron temas claves en Colombia, Uruguay y Venezuela. La prevención fue presentada como argumento en alrededor de un quinto de los mensajes; los atractivos de los mensajes se presentaron en su inmensa mayoría como cognitivos, y los eventos fueron presentados más frecuentemente relacionados con salud que con la morbilidad.

Los mensajes fueron dirigidos básicamente a personas de todas las edades, y en segundo lugar adultos entre las edades de 25-49. Mensajes dirigidos a la población de adultos mayores y a la juventud, fueron poco frecuentes. La gran mayoría de los mensajes fue dirigida a personas de ambos géneros, y una mayoría abrumadora de los mensajes utilizaron un lenguaje que fue accesible a todos.

El argumento de auto cuidado fue sorprendentemente bajo en los mensajes (solamente un 7.4 por ciento de todos los mensajes codificados). Este tema merece mayor atención y acción, particularmente si se considera que el auto cuidado fue uno de los mensajes claves que los especialistas esperaban encontrar en los medios. El afecto también fue raramente presentado como la apelación del mensaje. En otras palabras, la mayoría de los mensajes utilizó la apelación cognitiva. El único país que obtuvo un alto porcentaje en la utilización del afecto (positivo) en sus mensajes de salud fue México. Las ventajas y desventajas de usar el afecto como apelación están siendo extensamente revisadas en la literatura sobre comunicación en salud. En general, parece existir consenso, que para lograr cambios profundos en los comportamientos complejos, tales

como comportamientos saludables, el camino cognitivo hacia la persuasión es más efectivo a largo plazo (Petty y Caccioppo, 1981). La apelación ética fue muy poco frecuente.

El estudio reveló que alrededor de la mitad de los mensajes fueron dirigidos hacia individuos, mientras que la otra mitad tuvo como objetivo, casi en la misma proporción, a la comunidad y al gobierno/instituciones públicas. Por otro lado, las instituciones privadas rara vez fueron blanco de estos mensajes. Los medios deberían promover mayores niveles de participación por parte de las instituciones privadas, y aumentar su sentido de responsabilidad en la construcción de sociedades saludables.

El estudio demostró que pocos mensajes sobre salud fueron comunicados a través de los programas de entretenimiento. La mayoría de los mensajes sobre salud se encontraron en programas informativos o en anuncios del servicio de salud pública. Este resultado es interesante, ya que esta conclusión contradice la creencia en los Estados Unidos, que el entretenimiento es un vehículo preferido para la educación y promoción de la salud en América Latina (Rogers y Singhal, 1989). Basadas en esta creencia, muchas intervenciones sobre salud dirigidas a los latinos en Estados Unidos, confían plenamente en los mensajes de los medios de entretenimiento. Por otro lado, influenciar los contenidos de programa de entretenimiento se ha transformado en una estrategia implementada mediante esfuerzos conjuntos entre salud pública, comunicación y profesionales de la televisión (Montgomery, 1990). Un ejemplo exitoso de este esfuerzo es el Centro de Investigación de los Medios y Salud, de la UCLA. Los estudiosos en salud pública y comunicación han ofrecido paquetes de guías pre fabricadas a los productores de televisión, para enfatizar la importancia de los comportamientos saludables, y han logrado transmitir su mensaje en una gran cantidad de programas de televisión (UCLA School of Public Health Newsletter, 1999).

Una conclusión más bien estimulante fue la coincidencia abrumadora entre todos los países en cuanto a que los mensajes utilizaron un lenguaje que fue accesible a todos. Este resultado alentador, tan distinto al de otras sociedades, puede deberse sobre todo a la homogeneidad lingüística de América Latina, basada en el español como lengua común. Los dos países que evaluaron la accesibilidad del lenguaje algo más baja que el resto, fueron Perú y Bolivia, ambos de los cuales poseen una gran población indígena que habla otras lenguas además del español.

Pudimos observar un par de conclusiones perturbadoras relacionadas con la naturaleza de la audiencia destinataria, y la escasez de mensajes sobre el HIV/SIDA. Como fue señalado en la sección de resultados, los dos extremos en el espectro de edades, los jóvenes y los adultos mayores, fueron objetivos poco centrales. Aunque ambos, son usuarios fundamentales de los medios masivos. Hay que agregar, que se calcula que las personas bajo los 30 años de edad, representarán el 67 por ciento de la población total en el año 2000. (Murray y López, 1996). Las tasas de muertes por accidentes y violencia, son más altas entre los jóvenes que en otros grupos (OPS, 1998). Por otro lado, la población sobre los 55 está creciendo de un 9.7 por ciento en 1990 a un 9.7 por ciento para el año 2000. Las tasas de enfermedades crónicas, entre la población mayor han aumentado dramáticamente en comparación con las tasas de los grupos de mediana edad (OPS, 1998). Por ahora, es evidente que los medios han descuidado estos dos importantes segmentos de la población.

En forma adicional, los grupos socioeconómicos más bajos fueron blancos de los mensajes relacionados con salud de los medios en una proporción mucho menor que los grupos socioeconómicos medios. Vale la pena mencionar dicha conclusión dado el hecho que, en América Latina, los grupos socioeconómicos bajos han sido reconocidos por tener un acceso significativamente menor a los cuidados de salud que otros grupos, que sufren peores condiciones de vida que el resto, y en forma consistente poseen peores indicadores que los grupos socioeconómicos altos y medios (OPS, 1998). El descuido relativo de los grupos menos aventajados es particularmente serio, a la luz de la suposición que la información relacionada con la salud contribuye a conferirle a los individuos la posibilidad de hacerse responsable de su salud (Epstein, 1999). Finalmente, otro motivo de gran preocupación fue la ausencia casi completa de mensajes relacionados con el HIV/SIDA en los medios, con la excepción de algunos casos encontrados en Brasil. La poca frecuencia de estos casos puede ser debida a no haber incluido los mensajes de HIV dentro de la categoría del SIDA en los descriptores temáticos. Otras razones explicativas pueden incluir tabúes culturales, restricciones macroeconómicas, o la percepción que no hay suficientes casos de HIV/SIDA como para que exista una demanda de tales mensajes. De hecho, con un número total calculado en 1,273,900 casos de adultos infectados por el HIV en América Latina y El Caribe, comparado a los 650,000-900,000 en América del Norte (Salud en las Américas, 1998), esta ausencia es desconcertante e imperdonable.

TEMAS METODOLÓGICOS

En el curso de este estudio se aprendieron varias lecciones en cuanto al diseño del protocolo del Proyecto COMSALUD y al proceso de estandarización. Fueron tres las principales áreas metodológicas problemáticas: 1) falta de estandarización, 2) limitaciones de codificación y 3) falta de especificidad del protocolo.

- 1) Falta de estandarización. La falta de estandarización, tal vez y la limitación más grave y consistente de este estudio piloto, fue evidente tan pronto se hizo la recopilación de los datos relacionados con salud, basándose en algunos medios, y no en todos. Algunos países registraron datos solamente de los periódicos, mientras otros incluyeron los cuatro tipos requeridos: periódicos, radio, televisión y revistas. Para los mensajes transmitidos por programas de televisión, algunos países eligieron determinados programas, en vez de solucionar el tiempo completo como se especificó en el protocolo. Mientras algunos de estos programas pueden haber sido exclusivos de una franja horaria, otros puede que no. Esto no fue bien documentado.

En forma adicional, la falta de estandarización generalmente ocurrió en las siguientes áreas: a) mensajes sobre salud registrados en forma agregada en vez de dividido en distintas categorías, b) datos no registrados en las categorías designadas por el protocolo, c) datos proporcionados únicamente en porcentajes en vez de frecuencias y porcentajes y d) número total de mensajes no registrados, por lo que los investigadores no pudieron determinar las frecuencias a partir de los porcentajes.

Para poder maximizar la estandarización en estudios futuros, programas de computadora tales como Epilinfo, Access, 4ta. Dimensión y otras bases de datos relacionales, pueden ser creados para llevar al recopilador de datos de un campo requerido del protocolo a otro. Tales programas evitan errores de codificación y de

suma de categorías inexistentes, al restringir las opciones del menú de control. Además, en el caso que el protocolo no esté disponible de inmediato, las definiciones de las categorías pueden ser programadas para que aparezcan en la parte de abajo de la pantalla, para guiar al usuario en programas tales como Access.

- 2) Limitaciones de codificación. Un número de informes incluyó categorías que no estaban dentro de aquéllas descritas en el protocolo, e.g., categoría no aplicable a comportamientos saludables en donde las opciones estaban claramente divididas como mensajes “sí” (promueven comportamientos saludables) o “no” (no promueven comportamientos saludables). Este error puede ser minimizado proporcionando un gran número de categorías, condensándolas al punto de análisis en lugar de estimular la calificación errónea. Otro ejemplo estuvo relacionado con la clasificación del status socioeconómico. En un par de países, las categorías para status socioeconómico se expandieron a medio alto, en donde las opciones prescribían claramente: medio o alto. Proporcionar niveles de ingreso o de educación como sustitutos de SSE puede ayudar al investigador a elegir la categoría establecida en el protocolo.
- 3) Falta de especificidad del protocolo. Aunque algunos errores pueden ser atribuidos a la codificación de los recolectores de datos, otros pueden ser atribuidos a la falta de especificidad desde el punto de vista del diseño del protocolo. Por ejemplo, a diferencia de muchas categorías codificadas en el protocolo, no había ningún tema que liderara entre los descriptores temáticos. Aunque esto pueda reflejar la diversidad de los indicadores claves de salud en los distintos países, también puede reflejar la cobertura y el diseño del protocolo. Si bien se instruyó a los países a que registraran descriptores temáticos primarios, secundarios hasta terciarios, fue difícil descifrar, a partir de los datos agregados, cuál de éstos era el descriptor primario. Por otro lado, el protocolo pidió específicamente la identificación de un único descriptor, y si estuvieran disponibles, un secundario y terciario. Los datos de los informes individuales parecen haber mezclado todos los niveles de descriptores, ya que fueron presentados sin distinción de nivel. No queda claro que pasó en última instancia.

Asimismo, los descriptores que debieron separarse en cuanto a prevención fueron combinados. En el protocolo, había una compilación de lesiones intencionales y no intencionales como en violencia y accidentes. La distinción entre las dos puede no ser tan clara para los especialistas en comunicación, como lo es para los médicos o para los profesionales de la salud pública, en donde los epidemiológicos han calificado a los “accidentes” como no intencionales, basándose en la noción de que estos últimos son vistos, de hecho, como prevenibles. La visión de que las enfermedades y las lesiones son prevenibles debiera ser en última instancia el enfoque de los mensajes de salud.

En etapas futuras de la investigación de COMSALUD, un pre-testeo más extensivo de los instrumentos, combinado con una capacitación más profunda de los participantes, debería prevenir que ocurrieran estas inconsistencias. En un proyecto de mayor escala, se podría introducir una página electrónica para proporcionar una fuente continua de interacción para dirigir y clarificar temas de investigación. La comunicación electrónica a través de listas de servidores podrían facilitar la provisión en línea de asesoría y apoyo metodológico.

Finalmente, es importante reconocer que los medios tienen un efecto limitado en el bienestar de la población. Cambios ambientales y de políticas, características socioeconómicas, condiciones estructurales favorables, tales como el acceso de todos a los cuidados de salud, son necesarios para alcanzar el objetivo de comunidades saludables. Dentro de estos parámetros, los mensajes de los medios pueden tener un significativo efecto positivo complementario en fijar y mantener agendas saludables.

Además de promover mensajes saludables en los programas regulares de los medios, el enfoque de utilizar intervenciones intencionales de comunicación, es de importancia clave. Estas intervenciones tienen la ventaja que, si son bien planificadas, diseñadas, implementadas y evaluadas, pueden alcanzar a los destinatarios apropiados con mensajes especialmente confeccionados para sus necesidades de salud. A la luz de nuestras conclusiones, esto sería particularmente deseable para los grupos desaventajados tales como los de bajo status socioeconómico, los adultos mayores, que no fueron blanco principal de los mensajes relacionados con salud, según este estudio. Profesionales de comunicación en salud de América Latina, deberían asumir el liderazgo en capacitar a los medios y a los profesionales de salud pública, en el arte y ciencia de las intervenciones en comunicación.

A pesar de lo limitado y exploratorio que fue este estudio, éste ofreció importantes conocimientos sobre el manejo de mensajes de salud en los principales medios latinoamericanos. Esperamos además que haya proporcionado material de reflexión, acción e investigación sistemática y profunda para futuros esfuerzos en esta área.

REFERENCIAS

1. Alcalay R. (1987) "Health Education Perspectives in Latin America," *Health Promotion*, 8 (3): 283-288.
2. Alcalay R. y Bell R. (1996) "Ethnicity and Health Knowledge Gaps: Impacts of the California Wellness Guide on Poor African-American, Hispanic, and non-Hispanic White Women." *Health Communication*, 8 (4): 303-330.
3. Anderson P. y Williams G. (1989) Para La Vida: Un reto de comunicación. OMS, UNESCO, UNICEF: New York.
4. Ayala de Fernández H., López Moreno A., Herbozo M. et al. (1998) Investigación de la Cobertura de Salud en los Medios Masivos de Comunicación Social de Santa Cruz. Santa Cruz, Bolivia.
5. Bermendi F. y Galli G. (1998) PROYECTO COMSALUD Cobertura de la Salud en los Medios de Comunicación del Uruguay. Uruguay.
6. Betancur ML. (1997). Resultados Preliminares de la Investigación COMSALUD en Colombia. In conjunction with Obregon R. (Barranquilla, Colombia). Medellín, Colombia.
7. Bratic Arkin E. (1990). "Opportunities for Improving the Nations' Health Through Collaboration with the Mass Media." *Public Health Reports*. 105 (3): 219-223
8. Castellón L., Araos Uribe C., Opazo P., Román M (1998) Proyecto COMSALUD: Cobertura de lo Temas sobre Salud en los Medios de Comunicación Chilenos. Santiago, Chile.
9. Covi Druetta D., Argueta Enríquez E., García Sabag I., Mere Vega D., Santiago J., Serrano ME., Dávila Rosiles J. (1998). PROYECTO COMSALUD MEXICO. Cobertura de la Salud en los Medios de Comunicación Mexicanos. México D.F., México.
10. Da Costa D., Torrijos V., Dixon D., Ayala J., Crovari, E. (1998). Publicación de Mensajes de Salud en los Medios Impresos. Departamento de Comunicación en Salud, Ministerio de Salud, Panamá City, Panamá.
11. Epstein I. (1999). Public Health and Communication: An Integrated Project. *Draft Manuscript*.
12. Epstein I., Caprino M, Macedo M, Maranini N., Maurenza E., Sá L. (1997). Proyecto COMSALUD Cobertura de la Salud em los Medios. São Bernardo do Campo, Brasil.
13. Lievrouw, LA. (1994) "Health Communication Research Reconsidered: Reading the Sign." *Journal of Communication*, 44 (1): 92.

14. Mc Ginnis, J.M. (1990). "Communication for Better Health." *Public Health Reports*, 105 (3): 217-218.
15. Montgomery, K. (1990). "Promoting Health Through Enterramiento Television." In *Mass Communication and Public Health*, Atkin C. and Wallack, L. (Eds.) Sage Publications, Newberry Park.
16. Moreno Aguilar J., Ugalde S.H., Silva M, Zafra A., Siguenza C., Arias P., Barros V., González C., Amoroso A., Coronel T. (1997). "Investigación Cobertura de Salud en Los Medios." Cuenca, Ecuador.
17. Murray, C.J.L. y López, A.D. (1996) *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Disease, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020.*
18. Nuñez Grassals R., García P., Rojas Y., Jimenez V., Sánchez S., Lapaz M., Hidalgo Y., Nñez F. (1997). *Proyecto COMSALUD – Cobertura de los Temas Sobre Salud en los Medios de Comunicación Dominicanos.* Santo Domingo, República Dominicana.
19. Obregón, R. (1997) *Resultados Preliminares de la Investigación COMSALUD en Colombia.* In conjunction with Betancur ML (Medellín, Colombia). Barranquilla, Colombia.
20. Organización Panamericana de la Salud, Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social, Basic Support for Institutionalizing Child Survival, and United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (1995) *Propuesta de Curriculum Académico para Periodismo en Salud.* Organización Panamericana de la Salud: Washington, D.C.
21. Pan American Health Organization. (1998). *Health in the Americas.* Scientific Publication No. 569: 210.
22. Petty , R.E. y Cacioppo, J.T. (1981) *Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches.* William C. Brown, Co. Dubuque, IA.
23. Pineda A., Barboza J., Rojas M., Guadama S. AM., Torres B. NC. (1998). *Proyecto COMSALUD y los Medios Masivos Venezolanos.* Maracaibo, Venezuela.
24. Rogers, E. y Singhal, A. (1989). "Prosocial Television for Development in India." In *Public Health Campaigns*, Rice, R. y Atkin, C. (Eds.) Sage Publications, Newberry Park.
25. Rootman, I. (1996). "Health Communication Resarch and Health Promotion" *Reune Canadiense de Sant Publique*, 87 (2): S84-S86.

26. Sallenave de Saguí, T., Alvarez, C.G., Ferrero M., Sacchi, O. (1998) PROYECTO COMSALUD – Cobertura de la Salud en lo Medios de Comunicación Argentinos. Mendoza, Argentina.
27. Schooler, C., Sundar, S., Flora, J. (1996). “Effects of the Stanford Five-City Project Media Advocacy Program,” *Health Eduaction Quarterly*, 23: 346-364.
28. Sharf, B., Freimuth, V., Greenspan, P., Plotnick, C. (1996). “Confronting Cancer in Thirtysomething: Audience Response to Health Content on Entertainment Television,” *Journal of Health Communication*, Vol. 1, pp. 157-172.
29. Tello Charún, M, Mejía Vásquez, D., Montalvo Ambrosio, L. (1997). PROYECTO COMSALUD Cobertura de la Salud en la Medios de Comunicación Peruanos. Lima, Perú.
30. UCLA School of Public Health Newsletter. (1999) Health and Media Research Center Takes Proactive Approach to Influencing TV. Fall Edition. Los Angeles, California.
31. Universidad de Lima, Perú, OPS, OMS, BASICS, UNESCO. (1997) Protocolo de Investigación del Proyecto COMSALUD. Cobertura de la Salud en los medios.
32. Wallack, L. (1990) “Improving Health Promotion: Media Advocacy and Social Marketing Approaches.” In *Mass Communication and Public Health*, (Atkin, C. y Wallack, L. (Eds.). Sage Publications, Newberry Park.
33. Winett, L. y Wallack, L. (1996) “Advancing Public Health Through the Mass Media” *Journal of Health Communication*, Vol. 1, pp. 173-196.