



COMUNICACIÓN COLECTIVA 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

(TRABAJO REALIZADO PARA LA OBTENCIÓN DEL D.E.A.)

Autor: Aitor Ugarte Iturrizaga

Director: Ubaldo Cuesta Cambra

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN**

Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II. Programa de
Doctorado en "Técnicas y procesos en la creación de imágenes:
aplicaciones sociales y estéticas".

A Laura, Nerea y Loreto,
por las horas que les he robado

A mis padres,
porque siempre están ahí

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la participación y el apoyo de muchos compañeros y amigos. Sin duda, el principal responsable de las virtudes que pueda tener es el profesor Ubaldo Cuesta, maestro, amigo, director de este D.E.A. y mi hermano mayor en la Academia. Ambos tenemos una hermana pequeña, Tania Menéndez, que, no solo es inteligente y trabajadora, sino que siempre está dispuesta a ayudar. Gracias también a ella. El equipo de doctorandos del CAVP II, que soporta la parte menos gratificante del análisis de contenidos de los medios, también merece un reconocimiento.

Este estudio tampoco habría visto la luz sin la ayuda y la comprensión de mis compañeros en Madrid Salud. Y, de entre ellos, especialmente Dioni, Carlos, Juanrra, Carlitos, Charo, Marisa, Mari Paz, Juan, Paco, María, Miguel y, por supuesto, ese amigo a quien tengo el honor de tener por jefe, José Manuel.

En mi nuevo acercamiento a la Academia también ha tenido importancia el profesor Rafael Alberto Pérez, que siempre ha estado dispuesto a prestar un buen consejo.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
ÍNDICE	4
INTRODUCCIÓN	6
INTERÉS SOCIAL	9
INTERÉS CIENTÍFICO.....	13
ANTECEDENTES: INFORME QUIRAL	15
PRIMERA PARTE: LA TEORÍA	17
1.1 LA SALUD: “LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS”	17
1.1.1 LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS	20
1.1.2 PREVENIR: CUESTIÓN (PRINCIPALMENTE) SOCIAL.....	23
1.1.3 EL PAPEL DE LA ACCIÓN COMUNICATIVA	26
1.2 EL BINOMIO COMUNICACIÓN Y SALUD.....	27
1.3 INVESTIGANDO EN COMUNICACIÓN Y SALUD: UNA REVISIÓN	29
1.3.1 CIENCIA EN INGLÉS: MANDA ESTADOS UNIDOS.....	30
1.3.2. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA.....	34
1.4 LA COMUNICACIÓN COLECTIVA	37
1.4.1 PRINCIPALES TEORÍAS SOBRE LA COMUNICACIÓN COLECTIVA	38
PRIMERA ETAPA: LA AGUJA HIPODÉRMICA.....	39
SEGUNDA ETAPA: LOS EFECTOS LIMITADOS.....	41
1.4.2 TEORÍA DEL GATEKEEPING	43
1.4.3 TEORÍA DE LA AGENDA SETTING.....	44
MODELO INICIAL	45
EXTENSIÓN DEL MODELO	48
REALIDAD Y NOTICIAS.....	49
AGENDA POLÍTICA (Y OTRAS), AGENDA MEDIÁTICA Y AGENDA CUTTING	50
SEGUNDO NIVEL DE LA AGENDA SETTING: ATRIBUTOS Y FRAMING	52
INCLUSIÓN DEL ANÁLISIS DEL CULTIVO Y LA ESPIRAL DEL SILENCIO	55

CRÍTICAS Y RETOS.....	55
SEGUNDA PARTE: LA INVESTIGACIÓN	59
2.1 DESCRIPCIÓN.....	59
2.2 INVESTIGACIÓN	60
2.2.1 OBJETIVOS.....	60
2.2.2 PROBLEMAS CIENTÍFICOS.....	61
2.2.3 HIPÓTESIS	62
2.2.4 METODOLOGÍA.....	63
ANÁLISIS DE CONTENIDOS.....	64
ENCUESTAS TELEFÓNICAS (C.A.T.I.).....	65
GRUPOS DE DISCUSIÓN	65
ENTREVISTAS.....	66
2.2.5 RESULTADOS	67
AGENDA POLÍTICA Y GATEKEEPING	67
AGENDA MEDIÁTICA	69
AGENDA PÚBLICA: ENCUESTA.....	72
AGENDA PÚBLICA: GRUPOS DE DISCUSIÓN	74
2.2.6 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	76
2.2.7 CONCLUSIONES.....	79
BIBLIOGRAFÍA	82
ANEXO	87

INTRODUCCIÓN

La investigación que ahora se presenta aún a diversas inquietudes intelectuales que, aunque no se hiciesen explícitas en esta introducción, aflorarían de una manera o de otra a lo largo del texto. Sin embargo, poner las cartas sobre la mesa desde el principio puede aportar una transparencia y un hilo conductor que quizá ayude a paliar la eventual (y siempre amenazante) ausencia de alguna transición aclaratoria y necesaria entre párrafos, entre secciones o entre capítulos.

Las certezas y/o intuiciones que soportan, pues, las reflexiones de la primera parte de este trabajo y el estudio empírico que se expone en la segunda parte son las siguientes:

1. Que quienes no puedan contener su entusiasmo por estudiar cómo funciona la comunicación, siguiendo el consejo de Guillermo de Ockham y su navaja, deben centrar una parte fundamental de sus esfuerzos en simplificar, hermanar y dar sentido global a las innumerables teorías y modelos que generó el S.XX. De lo contrario, se corre el riesgo de generar más ruido que conocimiento. Coda: en aras de este objetivo aclaratorio convendría que las Facultades de Ciencias de la Información cambiaran su nombre por el de Facultades de Comunicación.
2. Que la acción comunicativa es uno de los factores psico-sociales y culturales que condicionan el estado de salud de una población en un tiempo y un espacio definidos.

3. Que, para hacerlo sostenible, el actual sistema público de salud (hijo predilecto del Estado del Bienestar) tiene la exigencia científica, moral y económica de virar hacia una concepción esencialmente preventiva y secundariamente asistencial.
4. Que la epistemología científica cartesiana de la fragmentación debe perder peso ante fundamentos y métodos que permitan la emergencia de la complejidad, de lo relacional y de lo sistémico; opciones éstas más adecuadas para abordar las intersecciones, confluencias, encuentros y desencuentros de tramas como la que constituyen la comunicación y la salud. Todo ello sin descender hacia un “complejismo” regresivo que aboque al marasmo.

El rigor del método científico propio obliga a argumentar, aunque sea rápidamente, estas cuatro afirmaciones. Sobre la primera tiene sentido remitirse a las conclusiones de este trabajo, cuando se haya visto si es posible o no integrar algunos modelos, y qué piensan los principales teóricos sobre este asunto.

Respecto a la segunda aseveración, son muchos los estudios en diferentes entornos geográficos (Craig, Tudor-Locke y Bauman, 2007; Huhman, Potter et al., 2005; McDivitt, Zimicki y Hornik, 1997) que ratifican empíricamente que una buena comunicación puede contribuir a elevar -y una mala, a empobrecer- el estado de salud de una población. El reto actual consiste en explorar dónde, cuándo, cómo y por qué la comunicación colabora más eficazmente con la promoción de la salud.

Fundamentar la tercera y la cuarta afirmación permite reflexionar sucintamente, y a modo de ejemplo, sobre el error más determinante de la medicina occidental contemporánea: el olvido del ser humano. La ciencia moderna y su pasión por el análisis ha provocado que la reciente historia de la medicina haya girado en torno a las cubetas y a los experimentos de laboratorio, a los virus, a las bacterias y a otros agentes patógenos. El estudio pormenorizado de los órganos del hombre, entendidos como compartimentos

estanco, ha determinado incluso que el concepto “salud” perdiera relevancia frente al concepto “enfermedad”, y que el “cuidar” sucumbiera ante el “curar”.

Los siglos XIX y XX olvidaron en el ámbito de la medicina -y en otros muchos, a juicio de relevantes personalidades (Juan XXIII, 1961)- que el ser humano es algo más que la suma informe de huesos, piel, corazón, cerebro, ojos, intestinos y demás unidades anatómicas. Como consecuencia evidente y cercana de esta concepción fragmentada del hombre deviene la configuración curricular de los actuales estudios de Medicina. El principal criterio seguido para estructurar las especialidades médicas se basa en la visión organicista del cuerpo humano (cardiología, otorrinolaringología, neumología, psiquiatría...). Hay también algún ejemplo de especialización, como la radiología, que viene marcada por el uso intensivo de una determinada tecnología.

Por fortuna, existen otras especialidades médicas que vulneran esta tendencia a la atomización, bien sea porque su especificidad radica en ocuparse de una determinada etapa vital (pediatría o geriatría) o porque su singularidad se halla precisamente en una visión integral, holística, sistémica del ser humano. Dentro de esta segunda tipología se incluyen la medicina familiar y comunitaria, por un lado, y la medicina preventiva y la salud pública, por otro.

Los médicos de atención primaria, médicos de familia o médicos de cabecera se especializan en tratar los casos menos graves para no sobrecargar de trabajo a los “especialistas de verdad”. De hecho, estos facultativos tienen la función de derivar los pacientes con patologías más complicadas a los “verdaderos especialistas”. Además, su necesaria aportación a la salud preventiva y comunitaria sucumbe en la mayoría de las ocasiones ante la carga de trabajo que inunda sus consultas. Una carga creciente con enormes repercusiones económicas y tecnológicas.

La segunda de las especialidades médicas que expresa un abordaje integral del ser humano tiene menor presencia social que la de los médicos de cabecera. La medicina preventiva y la salud pública aúna lo más valioso de la

tradición humanista del arte de cuidar al hombre individualmente para que no enferme y de determinar científicamente cuáles son las causas que pueden conducir a que la dolencia individual se convierta en un problema de la colectividad.

Entendiendo la salud pública de manera amplia, las herramientas para evitar o, en su defecto, minimizar los riesgos de enfermar de la persona y de la sociedad van más allá de la práctica médica y caben en esta tarea profesiones no estrictamente sanitarias (Ugarte, 2007a). Tienen su papel también los psicólogos, los antropólogos, los sociólogos, los trabajadores sociales y los comunicadores, entre otros. Con esta afirmación no debería entenderse que la acción comunicativa respecto a la salud solo tiene sentido en la labor preventiva. No es así. Pero sí parece que en la prevención es donde mejor se alían la comunicación y la salud. Precisamente el principal interés del estudio del proceso de emisión y recepción de mensajes periodísticos sobre salud en Madrid, objeto de las siguientes páginas, radica en comprender mejor los “cómos” y los “qués” de esta relación entre salud y comunicación.

INTERÉS SOCIAL

¿A la gente le importa su salud, la de sus hijos, maridos, esposas, parejas, padres, hermanos, amigos, tíos, abuelos...? ¿A la audiencia de los medios de comunicación le interesan las noticias de salud? La respuesta intuitiva dice que sí en ambos casos, que a la gente le interesan estas cuestiones, pero busquemos los datos empíricos que lo confirmen.

Según el Barómetro Sanitario 2006, encargado por el Ministerio de Sanidad y Consumo al Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), el 28% de los españoles considera “la sanidad” como el tema de mayor interés para los ciudadanos (Tabla 1). Ciertamente es que a lo largo de los años esta ventaja de la

sanidad sobre otros asuntos ha ido descendiendo en las preferencias de los españoles desde el 36,11% de 1995 hasta el actual 28,3.¹

Tabla 1. Interés ciudadano (CIS)

Defensa	1,2
Educación	18,8
Sanidad	28,3
Vivienda	20,1
Pensiones	9,7
Transportes	0,7
Seguridad ciudadana	13,1
Servicios sociales	4,1
N.S	3,2
N.C	0,8
(N)	(6.756)

Resulta coherente con esta relevancia reconocida demoscópicamente que la salud sea uno de los temas más buscados en internet. Según un estudio de la Fundación BBVA, cuyo trabajo de campo se realizó en 2005, el 22,6% de los internautas españoles había buscado en los últimos 3 meses información sobre salud en la Red y un 31% lo había hecho en alguna ocasión.

“El motivo fundamental para realizar este tipo de búsqueda reside en la rapidez con la que internet permite encontrar la información deseada (56%) y, claramente en un segundo plano, porque se puede consultar información médica de centros o expertos de otros países (14%). Las consultas en internet sobre temas de salud se realizan bien para contrastar la información después de haber acudido a la consulta (32%), o bien como alternativa a la visita a un profesional (28%). En cualquier caso, se trata de una proporción significativa de internautas que recurre a internet para buscar información sobre un tema crucial, que puede tener efectos dispares en función de la calidad de la información.” (Fundación BBVA, 2005).

¹ Los datos relativos a Madrid -que será nuestro ámbito geográfico de estudio- indican que el interés por el *issue* sanidad ha descendido aún más que en la media española: en 1995 la sanidad era el asunto prioritario para el 41% de los madrileños y en 2006 ese porcentaje ha bajado hasta el 24%; 17 puntos porcentuales de descenso, aproximadamente el doble que en el conjunto de España.

Tabla 2. Razones para buscar información de salud en internet (Fundación BBVA).

<p>¿Cuál es la razón principal para buscar información médica o de salud a través de Internet?</p> <p>Base: Usuario de Internet últimos 3 meses que ha buscado en alguna ocasión información médica o de salud a través de Internet (682)</p>	
Se puede encontrar muy rápidamente la información que me interesa	56,4
Se puede acceder a información médica de centros o expertos de otros países	14,2
Se pueden obtener consejos y experiencias de otras personas con el mismo problema de salud	9,6
La información es más sencilla al combinar texto y gráficos o imágenes	4,5
Es información gratuita	3,7
La información es más fiable o de más calidad que la que me da mi médico o centro de salud	2,9
Se obtiene la información anónimamente, esto es, me permite mantener mi privacidad	2,5
Otros	5,0
No sabe – No contesta	1,1
<p>¿La última vez que usted buscó información sobre salud lo hizo...</p> <p>Base: Usuario de Internet últimos 3 meses que ha buscado en alguna ocasión información médica o de salud a través de Internet (682)</p>	
Después de ir al médico o al hospital, para contrastar o ampliar la información que me habían dado	32,0
Como alternativa para informarme de una cuestión o problema de salud y así no tener que ir al médico u hospital	27,8
Antes de ir al médico o al hospital	15,1
No necesitaba ir al médico (NO LEER)	22,3
No sabe – No contesta	2,8

Desde luego los datos españoles no alcanzan a los de los países más avanzados en el uso de la Red. En Estados Unidos, el 80% de los internautas, es decir 113 millones de adultos, ha buscado alguna información sobre salud en internet (Pew Internet, 2006). Es un porcentaje que, según consta en los estudios de años anteriores de Pew Internet, se viene manteniendo desde 2002, independientemente de que el número total de internautas estadounidenses haya crecido en esos cuatro años.

Tal es el interés que despierta la información sobre salud en internet que, en las dos revistas científicas dedicadas monográficamente a la *health communication*, proliferan los artículos admitidos sobre *health seekers*. En ellos las principales variables de estudio suelen apuntar a cuál es el propósito al buscar información, qué pretenden encontrar, a través de qué páginas web se mueven, cuál es su comportamiento (por ejemplo, si consultan o no la fecha del artículo que visitan o las fuentes de las informaciones), edades, sexo, años de conexión a la Red, etc.

En España hemos asistido en los últimos meses al nacimiento de los primeros periódicos (en este caso semanales) gratuitos sobre salud dirigidos a la población general *3S, Sanidad, Salud y Sociedad*, con una tirada de unos 75.000 ejemplares, y *Bien*, con una tirada superior a los 200.000 ejemplares desde su aparición en enero de 2007. Tampoco es casualidad que el diario *El País* haya añadido a sus páginas semanales sobre salud de todos los martes un suplemento mensual de 32 páginas, que se publica desde abril de 2007 cada segundo sábado del mes. El hecho es que la información sobre salud interesa a la gente y, por ello, las empresas dedicadas a la comunicación en España han reaccionado para ofertar nuevos y atractivos contenidos.

Los medios de comunicación trasladan diariamente a su audiencia noticias de salud y en esa tarea, primero, contribuyen a dar relevancia a lo que es importante y lo que no lo es (McCombs, 2006), y, segundo, participan en la construcción social de la salud y de la enfermedad, que es un fenómeno simbólico absolutamente ligado al proceso comunicativo (Cuesta, Ugarte y Menéndez, 2006). Estas dos dinámicas sociales, de por sí importantes,

conviven con las campañas mediáticas de publicidad y marketing orientadas hacia la promoción de la salud (y con las maniobras que hace la industria del tabaco y el alcohol para difundir sus productos). La presencia de la salud en los medios de comunicación colectiva es, por tanto, continua, y tanto el estudio del proceso que siguen esas informaciones hasta llegar al público, como el de los efectos que las noticias consiguen en la audiencia pertenecen al grupo de las realidades sociales que merece la pena investigar.

Los datos, pues, indican la preocupación social por un tema que, ligado al auge de las nuevas tecnologías y la facilidad de acceso a la información, tiene relevantes consecuencias. La salud, en definitiva, es uno de los principales bienes del hombre en tanto que le capacita para desarrollar una vida que pueda ser considerada como plenamente humana. Aunque científicamente se pueda considerar el siguiente argumento como “blando”, cabe recordar que la tradición popular española sitúa a la salud, junto el amor y el dinero, al frente de la tríada necesaria para funcionar bien en la vida.

INTERÉS CIENTÍFICO

Ya se ha hecho referencia a que uno de los vectores más sugerentes del interés científico desde finales del S.XX, y que continúa pujante a comienzos del S.XXI, es el intento de superar el paradigma cartesiano de la fragmentación como método privilegiado de acceso al conocimiento. Descartes definió en 1637 un modelo de acercamiento a la verdad basado en la división de las cuestiones que se abordan en cuantas partes fuera posible. De tal modo que, en la mejor tradición cartesiana, si difícil resulta entender la idea de salud de una forma “clara y distinta”, más complicado sería aún estudiar las relaciones e interacciones de dos asuntos aparentemente tan dispares como la comunicación y la salud. De ahí quizá que la *health communication* como campo de estudio no se plantease de una manera formal hasta los años 70 del S.XX (Thompson, 2003).

Aún con todo, el desarrollo de las investigaciones sobre comunicación y salud no se ha repartido de manera homogénea desde un punto de vista geográfico. La mayoría de edad de los anglosajones en el desarrollo de este campo de estudio no es comparable con el estado embrionario de la investigación en el mundo latinoamericano y en España. En nuestro país, han sido pocos los intentos serios de aplicar los conocimientos científicos de la comunicación al área de la salud, aunque por fortuna esa tendencia empieza a cambiar. Este trabajo pretende colaborar a que crezca esa naciente ola de interés hacia el estudio de la comunicación y la salud, que comienza a hacerse presente en el mar de la investigación social española.

En busca de ese objetivo, y utilizando como herramienta un planteamiento crítico de algunas teorías asentadas en el campo de la comunicación colectiva -*gatekeeping* y *agenda setting*, principalmente-, se ha estudiado el flujo de las noticias de salud que afectan a Madrid publicadas en 8 periódicos, 4 de pago y 4 gratuitos. Para completar esta recogida de información se diseñaron una serie de proyectos empíricos de investigación, tanto cualitativos (entrevistas y grupos de discusión) como cuantitativos (encuesta telefónica), para ratificar o refutar la hipótesis de la transmisión de relevancia entre las agendas política, mediática y pública en el marco de las noticias de salud publicadas por la prensa madrileña en los meses de febrero y marzo del año 2007.

Se ha pretendido, en definitiva, obtener datos empíricos sobre el uso que los ciudadanos hacen de la comunicación, el enfoque con el que abordan los periodistas la selección de las noticias, las diferencias con las que tratan un asunto diversos medios del mismo entorno geográfico y cómo esos mensajes llegan a las audiencias. Con los datos obtenidos, interpretados a la luz de los modelos teóricos mencionados, se aspira a avanzar en el entendimiento teórico del proceso comunicativo.

También se ha querido aportar calidad lingüística al trabajo, solicitando a la Real Academia de la Lengua por medio de su página web que aclarase el concepto más correcto en castellano para referirse a lo que los anglosajones

llaman *health communication*. El autor dudaba si lo correcto era “comunicación en salud”, “comunicación de salud”, “comunicación para la salud”, o cada una de estas expresiones eran válidas en según qué contexto. La respuesta de la RAE, que se transcribe a continuación, deberá ser tenida en cuenta pero sitúa el asunto muy lejos de donde se hubiera podido pensar a priori:

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA

Las expresiones que usted plantea, con el sustantivo 'comunicación', no tienen mucho sentido en nuestro idioma. Sobre todo, porque los significados que en inglés tiene la palabra 'communication' no coinciden exactamente con los de nuestra 'comunicación' española. Debe usar, pues, vocablos que en español expresen lo que esta construcción inglesa (*health communication*) quiere decir. Por ejemplo, 'divulgación' o 'difusión': *divulgación de la salud, divulgación sanitaria, difusión de la salud, etc.*

Ejemplo: "Sabemos que este síndrome fue motivo de extensas y reiteradas campañas de educación sanitaria. Esto nos permitiría formular la hipótesis de que la población está potencialmente capacitada para responder positivamente ante las campañas de **divulgación sanitaria** encaradas en forma masiva y continua" (VV.AA.: *Salud y Enfermedad. Una experiencia interdisciplinaria*, 1978. Argentina).

ANTECEDENTES: INFORME QUIRAL

El Informe Quiral, impulsado por la Fundación Vila Casas y el Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, ha sido uno de los claros inspiradores de esta investigación en la parte que tiene que ver con el análisis de contenido de las noticias publicadas por los 8 diarios estudiados. El Informe Quiral, con el análisis del año 2006, ha cumplido su primera década observando y analizando las noticias médico-

sanitarias de 5 medios de comunicación españoles: *El País*, *El Mundo*, *ABC*, *La Vanguardia* y *El Periódico de Cataluña*. Esto le ha hecho convertirse en una referencia para cualquier análisis que se pretenda hacer de las informaciones sobre salud.

Este trabajo se reconoce deudor de su perseverancia y buen hacer, y por ello el análisis de las noticias recogidas durante los meses de febrero y marzo en los 8 diarios estudiados se ha realizado según la metodología del Informe Quiral que, a su vez, deviene de los desarrollos de Krippendorff .

El Informe Quiral recoge y analiza muchas variables de cada noticia (fuentes, autor, acompañamiento gráfico, extensión, ubicación dentro del periódico, etc.). Todas ellas han sido consideradas al estudiar los contenidos de los ocho periódicos seleccionados; no obstante, al centrarse el objeto de interés de esta investigación en la relevancia mediática y pública de los diferentes asuntos de salud se ha tenido en cuenta solamente lo que la metodología Quiral denomina “tópicos”, es decir, los *issues* o temas que aborda cada noticia.

PRIMERA PARTE: LA TEORÍA

1.1 LA SALUD: “LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS”

No es indiferente para avanzar por un camino adecuado identificar el concepto de salud más acertado para enfrentarse a los retos del S.XXI. Y en este sentido, a pesar de ser la más conocida y la más citada, la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) no ofrece el mejor enfoque. Acabada la II Guerra Mundial, entre 1946 y 1948, los fundadores de la OMS aprobaron una definición de salud revolucionaria, pero propia de tiempos convulsos y de resabios totalitarios: “La salud es un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”.²

A este concepto, válido aún para el trabajo diario porque tuvo la enorme virtud de dar carta de naturaleza al abordaje bio-psico-social de lo sanitario y porque ofreció una definición positiva de salud que iba más allá de la mera no-enfermedad, cabe hacerle algunos reproches en el plano académico. Por ejemplo, el carácter absolutista del “completo bienestar físico, mental y social” (Terris, 1980) que deja poco menos que en cero el número de personas sanas en el mundo. O, por ejemplo, la subjetividad que incorpora a la definición el término “bienestar”.

Para superar esta definición, paradójicamente, conviene retomar la tradición clásica y recordar que en castellano la palabra salud proviene del latín *salus*, que significa “estar en condiciones de superar un obstáculo”. Esta concepción ha tenido continuadores en nuestros días. Se puede afirmar que la

² Nótese la coincidencia en el tiempo de la definición de salud de la OMS con la de comunicación de Harold Lasswell (1948) que, a su vez, habiendo sido superada y completada académicamente desde hace años, sigue siendo un lugar común en la práctica cotidiana y una referencia habitual en Jornadas, Seminarios y Congresos.

capacidad humana a la que se refiere la *salus* clásica entronca directamente con lo que, según algunos pensadores contemporáneos (Popper, 1982; Polo, 1991), es una de las facultades definitorias del hombre: ser capaz de solucionar problemas.

Un reciente trabajo colectivo sobre los fines de la medicina, realizado por expertos de muy diversos países buscando el consenso en todas sus afirmaciones, ha aportado otra definición en la misma línea: “La salud se caracteriza por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales” (Hastings Center, 2004: 35).

Así, si el ser humano con *salus* tiene como característica que supera obstáculos y que soluciona problemas, lo más lógico sería abundar en aquellas condiciones que le permiten, como individuo y como miembro de una sociedad concreta, permanecer sano y no enfermar. Apostar, en definitiva, por la prevención de la enfermedad y por la salud pública.

Esta reflexión aparentemente tan sencilla no es, sin embargo, la línea que mantienen muchas de las autoridades públicas sanitarias. De hecho se sigue concibiendo la responsabilidad política de salud casi exclusivamente en términos de recursos humanos y materiales dedicados a la curación de las personas enfermas. Siguen vigentes las viejas prácticas clínicas biologicistas según las cuales la figura del médico debe ser hegemónica, y este pensamiento suele ir acompañado de un neo-hospitalocentrismo que compensa sus deficiencias de planteamiento con promesas de acercar “la mejor sanidad posible” al hogar de todos los administrados.

Este pertinaz error fue diagnosticado hace más de 30 años por el Informe Lalonde (1974). Marc Lalonde (1929-...), hombre de leyes y político liberal, llega por primera vez a un puesto ministerial en su país, Canadá, cuando en 1972 se hace cargo de la cartera de Salud y Bienestar Nacional. En aquellos años Canadá acababa de hacer un enorme esfuerzo en la

construcción de hospitales y carecía de profesionales suficientes en el país para proveer todos los puestos de médicos necesarios para cubrir las plazas creadas. Los costes derivados del esfuerzo inversor en infraestructuras sanitarias subían alarmantemente y la situación amenazaba con convertirse en insostenible.

En ese marco, Lalonde puso en marcha un profundo trabajo de reflexión que dio lugar a un cambio de perspectiva en el ámbito de la salud. Lalonde lideró una nueva mirada a partir de datos conocidos e instrumentos al alcance de cualquier otra persona bien informada. Thomas Khun hubiera estado de acuerdo en que el Informe Lalonde dibujó un nuevo paradigma.

El comienzo de la reflexión del Informe utiliza la figura de la paradoja para explicar la falta de dinero para investigar, formar y prevenir:

“There is the paradox of everyone agreeing to the importance of research and prevention yet continuing to increase disproportionately the amount of money spent on treating illness. Public demand for treatment services assures these services of financial resources. No such public demand exists for research and preventive measures. As a consequence, resources allocated for research, teaching and prevention are generally insufficient”. (Lalonde, 1974: 30).

Ante este conflicto el Informe Lalonde opta por desagregar el concepto de salud en elementos más pequeños, más manejables y más fáciles de analizar y evaluar. De tal forma que los cuatro elementos principales que conforman el *“Health Field Concept”* son la biología (o genética) humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización del sistema asistencial. Y, tras describirlos, la conclusión es la siguiente:

“Until now most of society’s efforts to improve health, and the bulk of direct health expenditures, have been focused on the HEALTH CARE ORGANIZATION ³. Yet, when we identify the present main causes of sickness and death ⁴ in Canada, we find that they are rooted in the other three elements of de Concept: HUMAN BIOLOGY,

³ Mayúsculas en el original.

⁴ Destacado por el investigador.

ENVIRONMENT and LIFESTYLE. It is apparent, therefore, that vast sums are being spent treating diseases that could have been prevented in the first place". (Lalonde, 1974: 32).

Una vez más -suele ocurrir con bastante asiduidad en el avance de las ciencias- una disciplina inyecta luz a otra. El carácter claramente economicista que persigue la reflexión planteada por Marc Lalonde perfila una nueva forma de entender el concepto de salud y deja abierto un enorme espacio a la actividad preventiva (y a la comunicativa).

El esfuerzo actual de los estudiosos de la salud pública, una vez identificadas a la luz de un nuevo paradigma de salud "las causas" de la enfermedad, es buscar un poco más allá y dirigir la mirada hacia "las causas de las causas" de la enfermedad, como modo de promover un avance social estructural y no solo un respiro a la coyuntura del sistema sanitario.

1.1.1 LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS

No es casualidad que la Organización Mundial de la Salud decidiera en su Asamblea del año 2004 crear una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Esta Comisión se constituyó en Santiago de Chile en marzo de 2005, presidida por el eminente epidemiólogo británico Sir Michael Marmot. Su tarea consiste esencialmente en:

1. Tener preparado para mayo de 2008 un informe en el que se recoja una revisión sistemática y basada en la evidencia de qué políticas de las llamadas "sociales" se están revelando eficaces para enfrentarse a las inequidades que influyen en el nivel de bienestar de la población, cuáles de estas políticas se están aplicando, en qué países, qué resultados están produciendo y cómo se pueden adaptar a los enclaves geográficos más necesitados.

2. Conseguir los anteriores objetivos creando redes de intercambio de conocimientos y experiencias entre la OMS y los diferentes países y organizaciones que se impliquen en la búsqueda de esas prácticas eficaces.

En la versión en castellano de la página web de la OMS dedicada a la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud se puede leer un párrafo tan contundente como éste:

“La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las **causas de las causas** ⁵, tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio.” ⁶

El desempleo, los riesgos en la infancia, la inseguridad en el puesto de trabajo, la marginalidad urbana, las desigualdades en el acceso al sistema sanitario o algunos de los efectos de la globalización (la inmigración irregular, por ejemplo) son, según la Organización Mundial de la Salud, determinantes sociales del estado de salud de una población sobre los que se puede y se debe intervenir.

¿Qué provoca un medio ambiente enfermo, por qué los estilos de vida de una sociedad son poco saludables, cuál es la razón de que un sistema de asistencia sanitaria no cubra las necesidades de una población, existe alguna causa ética para frenar los posibles avances de la genética y sus aplicaciones sobre la prevención de las enfermedades? Éstas son ahora algunas de las preguntas pertinentes en términos preventivos.

⁵ Destacado por el investigador.

⁶ http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html [recuperado en mayo de 2007].

O, por hacer más tangible el análisis, esta otra pregunta que, *mutatis mutandis*, se repite en todas las reuniones sanitarias mundiales desde hace años: si la transmisión del VIH es la causa del SIDA, ¿se podría afirmar que la causa de la transmisión del VIH en una población concreta y en un tiempo delimitado está relacionada con aspectos como la información, la conciencia de riesgo, el nivel de estudios, la presión de grupo, el status social, la capacidad adquisitiva, etc.?

La respuesta afirmativa a esta pregunta permite colegir que las causas de las causas de una enfermedad están muy cerca de identificarse con aquellos aspectos socio-culturales que condicionan las conductas y el medio en el que se mueve una población y que facilitan la llegada de las enfermedades.

En definitiva, la OMS está transmitiendo con su interés por los determinantes sociales que la salud de una población es un asunto complejo, que depende de muchas variables, y que el sistema de atención sanitaria es solo una de ellas. O, por ser más breve, que “la salud pública es un asunto social” (Lee, 2005). Es éste un planteamiento que hunde sus raíces en la mejor tradición de la *salus* clásica y del contemporáneo Informe Lalonde.

¿Y dónde queda la cultura?

“Cultura y salud son entidades inseparables” (Cuesta, Menéndez y García, 2006). Evidentemente los usos y costumbres que ha ido generando el hombre para desarrollarse y vivir en sociedad afectan a las prácticas que hemos dado en llamar las causas de las causas de la enfermedad.

Hay algunas cuestiones concretas, vividas en la práctica diaria del autor de este trabajo, que amparan esta reflexión. Por ejemplo, en España está bien visto dar de comer a las palomas. La paloma es el ave que simboliza la paz, el Espíritu Santo se ha representado como una paloma... Lo que ocurre es que en una ciudad como Madrid -también ha pasado en Londres- la facilidad para obtener comida y cobijo y la ausencia de depredadores ha provocado que las

palomas estuvieran a punto de convertirse en una plaga. Y las plagas son posibles vectores de enfermedad para el ser humano, tanto porque la multiplicación de animales conlleva una población de aves más enferma como porque, entre otras posibles enfermedades, las palomas pueden transmitir la *salmonella*. Por eso es necesario cambiar el imaginario colectivo que hace supuestamente intocable a la paloma y tratarla, si es el caso, como un animal-plaga. Cuestión cultural, por tanto, que afecta a la salud pública.

Otro ejemplo. La cesárea es una intervención que se efectuaba por protocolo médico si era imposible el parto natural. Pues bien, ¿cuántas de las cesáreas que se practican al término del embarazo de la mujer cumplen esa regla? Cada vez menos. Es decir, cada vez se practican más cesáreas, en principio, científicamente innecesarias aunque culturalmente parece que aceptables. La OMS advierte que el porcentaje admisible de cesáreas se sitúa entre un 10 y un 15%, dependiendo del país y de la población, pero la realidad supera con creces esa recomendación. En España se practican cesáreas en un 20-25% de los partos y en Brasil en un 35-40%.

Los ejemplos anteriores evidencian que aspectos culturales tan cercanos como los dos expuestos tienen incidencia en salud. Pero quizá aún quede por resaltar lo más importante en la relación entre la cultura y la salud: la creación cultural de lo saludable y la construcción del *frame* salud. En cierto modo la salud y la enfermedad son constructos del hombre.

1.1.2 PREVENIR: CUESTIÓN (PRINCIPALMENTE) SOCIAL

Se ha expuesto ya sobre qué cuestiones cabe intervenir preventiva y comunicativamente y cómo las causas de las causas de las enfermedades se conforman social y culturalmente de manera distinta según las distintas poblaciones y enclaves geográficos. La siguiente interpelación que se hicieron algunos expertos en salud pública a finales del S.XX fue “qué aproximación estratégica sería más adecuada para la intervención: ¿la individual o la colectiva?” La epidemiología dio la mejor respuesta.

La epidemiología, especialidad de la medicina ligada a la demografía y a la estadística, ha tenido un gran auge en los últimos años porque ha sido capaz de ampliar su campo de acción desde la descripción cuantitativa de prevalencias ⁷ e incidencias ⁸ de las distintas enfermedades al análisis cualitativo de los porqués. Uno de los textos clásicos de este nuevo enfoque es el titulado “Las causas de los casos; las causas de la incidencia” (Rose, 1985).

Sostiene Rose en su artículo que, ante una enfermedad que eventualmente devenga en epidémica, transmisible o no (VIH y obesidad serían ejemplos actuales de una y otra clase, respectivamente), las estrategias de prevención y control pueden ser dos: por un lado la aproximación denominada “alto riesgo” que se basa en proteger más a los individuos más susceptibles y, por otro lado la aproximación poblacional, comunitaria o colectiva que busca controlar las causas de la incidencia. Rose añade que ambas estrategias no entran normalmente en conflicto, pero si lo hicieran la prioridad debería ser siempre descubrir y controlar las causas de la incidencia.

Esta declaración de intenciones de uno de los epidemiólogos contemporáneos más prestigiosos sitúa el carácter colectivo (social) de la salud por encima del aspecto individual. De hecho, el mismo autor ya había anticipado lo que se conoce como la Paradoja de la Prevención: “Una medida preventiva que traiga mucho beneficio para una población ofrece poco para cada uno de sus individuos integrantes” (Rose, 1981).

Efectivamente las actuaciones preventivas de carácter social están destinadas, por el momento, a ser ingratas para quienes las defienden y las practican, y poco vistosas en términos político-mediáticos. Sin embargo, sigue siendo una evidencia que conseguir los objetivos de salud en el 10% de 10.000

⁷ Calcula el número de individuos de una población concreta afectados por una enfermedad.

⁸ Es la frecuencia con la que aparecen nuevos casos de una enfermedad en una población y en un período determinados. Generalmente se expresa en número de nuevos casos por cada 100.000 habitantes.

personas es más trascendente que lograr un 50% de éxitos en 100 abordajes individuales.

Un claro ejemplo de estrategia preventiva muy desarrollada es el de los consumos de drogas. En este ámbito suele llamarse prevención “primaria”, “universal” o “inespecífica” a la que se hace en los propios colegios o fuera de ellos pero en la etapa escolar. Para los casos de los chicos jóvenes que han comenzado a consumir drogas se recomienda la conocida como estrategia de prevención “secundaria” o “dirigida” en la que se entra a valorar el caso de una forma más individualizada. Si los consumos llegan ya al diagnóstico de abuso o adicción, los equipos de asistencia comienzan la fase de tratamiento y, si el abandono del consumo no es posible, la etapa de reducción del daño.

El hecho es que en España han fallado clamorosamente las dos primeras estrategias de prevención, sobre todo la primaria. Desde hace 10 años se han duplicado (cocaína) e incluso triplicado (*cannabis*) los consumos habituales de los adolescentes y jóvenes. Los expertos asumen que el problema radica en que los chavales no creen que estén asumiendo ningún riesgo cuando se fuman un “porro” o se meten una “raya”. Y la tragedia está en que conociendo la causa de la causa (no hay conciencia de riesgo), por el momento no tenemos soluciones como sociedad para esta cuestión que Lalonde incluiría entre los estilos de vida.

Y no parece que legalizar la venta de droga sea la panacea, por mucho que algunos sectores de opinión promuevan esta medida. El Premio Nobel de Literatura, José Saramago, a propósito de una reincidente pregunta sobre la legalización de las drogas, supo aportar a la cuestión un punto de sabiduría: “¿Legalizar las drogas? Antes hay que ilegalizar el hambre”. Quizá Saramago no fuera consciente, pero su respuesta refleja una clara toma de posición a favor del concepto bio-psico-social de salud y del abordaje estratégico comunitario de las epidemias. De nuevo, “las causas de las causas”.

1.1.3 EL PAPEL DE LA ACCIÓN COMUNICATIVA

Curar es el paradigma en declive; no enfermar es la aspiración humana de este siglo XXI. ¿Qué puede hacer la comunicación para ayudar? Mi respuesta es “actuar”; lo que quiere decir, en primer lugar, que hay que creerse a rajatabla que con la comunicación se consiguen hacer cosas.

Actuar sobre las causas de las causas que, a la espera de que en 2008 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS fije doctrina en su informe final, no debe haber temor a equivocaciones al sostener que son algunas de éstas: la falta de formación y de información de calidad sobre salud, el desempleo, la marginalidad urbana, la contaminación del aire, los riesgos en el parto y en la infancia, la inseguridad laboral, la violencia, las desigualdades en el acceso al sistema sanitario o a la vacunación, la ausencia de una nutrición adecuada o de abastecimiento de agua potable...

Bastantes instituciones han hecho ya muchos intentos de intervenir con campañas mediáticas en las causas de las causas de la enfermedad, sin embargo en el mundo iberoamericano -al contrario de lo que ocurre en el ámbito anglosajón- se ha evaluado y se ha medido poco la eficacia de que lo que se comunicó (Cuesta, Menéndez y García, 2006; Ugarte, 2007b).

En el futuro, además de evaluar e investigar el provecho de la acción comunicativa en términos de salud, hay al menos cuatro aspectos en los que cabría trabajar como comunicadores:

1. En la mejora de la comunicación sanitario-paciente. Es una estrategia más individual que social, pero tiene unos enormes efectos respecto a la satisfacción del paciente con los profesionales sanitarios (Puerto, 2007). Los médicos tienen que mejorar sus habilidades de comunicación y más teniendo en cuenta que, en el primer mundo, el *empowerment* de muchos ciudadanos en materia de salud les hace llegar al centro sanitario con una enorme información sobre su dolencia.

2. En la mejora de la comunicación interna de las organizaciones. Por un lado porque las organizaciones de asistencia sanitaria son en definitiva instituciones que se ven beneficiadas por una buena gestión de la comunicación interna. Y por otro lado porque existen indicios -nuevamente poco o nada evaluados- de que una buena comunicación interna aumenta el bienestar de los trabajadores y es más que posible que mejore también su estado de salud (al menos de salud percibida).

3. En apoyar con la comunicación una correcta creación y recreación social y cultural de lo saludable. Tiene que ver con la importancia del marco o el encuadre en el que se incluyen las cuestiones relacionadas con la salud (teoría del *framing*). El *frame* es una construcción humana, una interpretación de la realidad edificada sobre cimientos comunicativos, y no es lo mismo encuadrar a una modelo esquelética dentro de los cánones aceptados de belleza que hacer comprender a la sociedad que esa chica tiene un problema de salud, como se está intentando en diversos desfiles de moda tras los pasos de la Pasarela Cibeles.

4. En las estrategias de comunicación colectiva adecuadas para apoyar la labor preventiva, sean éstas noticias periodísticas, campañas publicitarias, acciones de marketing social, creación de redes y relaciones que aborden las desigualdades, intervenciones interculturales, modelos de interacción participativos, etc.

1.2 EL BINOMIO COMUNICACIÓN Y SALUD

Una de las características comunes a ambas disciplinas es que su estudio se puede clasificar desde un punto de vista individual, ligado a métodos propios de la psicología; o desde un punto de vista colectivo, más vinculado a la sociología. Depende de qué óptica se adopte, las investigaciones sobre

comunicación, por un lado; sobre salud, por otro; y los estudios de las relaciones entre la comunicación y la salud tendrán diversas metodologías y perseguirán diferentes objetivos.

En el campo de la salud, el enfoque individual remitiría a una experiencia habitual en la vida de toda persona (por tanto, una imagen social compartida) que la sitúa dentro de un despacho con paredes blancas, con o sin camilla, en el que un profesional sanitario a un lado de una mesa, escucha con mayor o menor atención al paciente que está sentado al otro lado, con el ánimo de concluir el diálogo (la *anamnesis*) con la apertura o el seguimiento de una historia clínica y, en su caso, con un consejo preventivo, con un diagnóstico o con la derivación a otros profesionales para que continúe el proceso de análisis de los riesgos de salud o, en el peor de los supuestos, de la enfermedad del paciente. Evidentemente, en la calidad y en la calidez de este proceso juega un papel fundamental la comunicación en su faceta intersubjetiva o interpersonal (Clèries, 2006; Flórez, 2006).

El enfoque colectivo de la salud nos coloca, sin embargo, ante una realidad mucho menos conocida por los ciudadanos, pero en la que se conjuga plena y simultáneamente su faceta bio-psico-social. La salud pública, como se ha dicho anteriormente, es aquella parte de la ciencia médica que ampara y defiende con más énfasis el carácter interdisciplinar de los profesionales implicados en el mantenimiento o mejora de los niveles colectivos de salud y que, por ende, amplía el campo de conocimiento de la salud mucho más allá de la medicina o de la enfermería, o incluso de la psicología clínica y de la veterinaria, para abarcar órbitas específicas de las ciencias sociales como la antropología, la sociología y, por supuesto, la comunicación. También acepta la necesidad de contar con nuevas profesiones u oficios como el trabajo social, la terapia ocupacional o la mediación intercultural, disciplinas por cierto con base científica tan plural como puede ser la comunicación.

Esta mirada colectiva o pública de la salud interactúa con la comunicación de una manera intensa. Sirvan como ejemplos la mención a la cobertura que prestan los medios de comunicación a aspectos ligados con la

salud (objeto principal de este trabajo), las campañas publicitarias o de marketing social impulsadas por instituciones públicas y privadas con el objetivo de lograr cambios en las actitudes y en el comportamiento de los ciudadanos, la utilización de los viejos o de los nuevos medios para llegar con propuestas de salud preventivas, primarias o secundarias, a un amplio espectro de población, o el complejo mundo de la gestión de los riesgos y de la comunicación de crisis relacionadas con la salud. Estos nexos dibujan un amplio y mestizo abanico de relaciones comunicativo-salubristas, que en los últimos decenios ha merecido una creciente atención desde el punto de vista de la práctica diaria, y no poca desde el punto de vista de la reflexión y la investigación, principalmente esto último en el entorno cultural anglosajón.

El crecimiento del interés de los sanitarios por los asuntos ligados a la comunicación es consecuencia de una creencia cada vez más marcada en que las ciencias de la salud están avanzando en los últimos tiempos impulsadas por su acercamiento al humanismo y las ciencias sociales.

“In the past, most major changes in medicine were the product of new scientific discoveries, medical equipment, and techniques. Today, some significant changes are occurring because of the research of social scientist and humanist, applied not only to medical practice and the health care industry, but also to larger issues of public health. (Jackson y Duffy, 1998: ix y ss.)”

Esta perspectiva social es la propia de la investigación en comunicación y salud, sobre la que el método científico obliga a pararse y revisar qué se ha hecho hasta ahora y cuáles son los caminos abiertos.

1.3 INVESTIGANDO EN COMUNICACIÓN Y SALUD: UNA REVISIÓN

Para esta parte del trabajo se ha procedido a una revisión de las dos principales revistas científicas internacionales sobre comunicación y salud, *Health Communication* (en adelante HC) y *Journal of Health Communication*

(en adelante JoHC), con el objetivo de dibujar un mapa de lo que se ha investigado a nivel mundial en comunicación y salud en la última década del siglo XX y en la primera del siglo XXI.

1.3.1 CIENCIA EN INGLÉS: MANDA ESTADOS UNIDOS

La investigación sobre comunicación y salud está dominada por el mundo anglosajón y, más en concreto, por científicos estadounidenses. No es casualidad que en Estados Unidos se editen las únicas publicaciones científicas que se dedican monográficamente al binomio comunicación y salud.

Hay una tercera publicación especializada: *Communication & Medicine*⁹. Esta revista, limitada al campo de la medicina y no al más amplio de la salud, tiene una visión internacional, aunque con cierto sesgo europeo por estar publicada por una empresa radicada en Alemania (Walter de Gruyter) y por ser su editor principal el profesor Srikant Sarangi, director del Centro de Investigación en Comunicación y Salud de la Universidad de Cardiff (Gran Bretaña). La revista vio la luz en 2004 y edita solamente dos ejemplares al año, con lo cual su aportación al campo de la comunicación y la salud es mucho más limitada que la de HC y JoHC.

El aumento del interés por investigar este campo de la comunicación es relativamente reciente. Nótese que la revista más antigua, *Health Communication*, comenzó a editarse en 1989 y *Journal of Health Communication* no emprendió su andadura hasta 1996. Al margen de esta relativa juventud de la investigación, el grado de desarrollo que ha alcanzando el ejercicio práctico de esta disciplina es notable. Otra cuestión es la calidad del ese enorme trabajo.

Esta revisión del estado del arte de la investigación se basa principalmente -pero no exclusivamente- en sendos números recientes (finales

⁹ Dirección electrónica: <http://www.atypon-link.com/WDG/loi/come?cookieSet=1>

de 2006) de ambas publicaciones que, por motivos diferentes, se han dedicado a hacer balance de todos los artículos que cada una de ellas había publicado hasta ese momento. En el caso de HC porque había alcanzado sus primeros 75 números y en el caso del JoHC porque cumplía sus 10 primeros años de actividad.

La primera cuestión que hay que plantearse al abordar esta tarea, para no caer en reduccionismos, es que sobre comunicación y salud se publica en muchas revistas científicas dedicadas a una y otra ciencia. Si bien, luego de ratificar esa evidencia, se debe advertir que la mayor parte de artículos sobre la materia recaen en las dos revistas objeto de nuestra revisión.

Según un estudio (Beck et al., 2004) que examinó durante un período de 11 años 18 publicaciones científicas dedicadas a la comunicación en general y una dedicada a la investigación cualitativa sobre salud (*Qualitative Health Research*), solo el 4% del total de artículos estaban centrados en la comunicación y la salud. La conclusión, efectivamente, es que se publican artículos sobre *health communication* fuera de las dos revistas de referencia, pero no son relevantes en cantidad. Excluyendo a HC y JoHC, la revista de comunicación que más artículos acepta sobre comunicación y salud es *Journal of Applied Communication Research* (un 24%), lo que la convierte en una excepción muy a tener en cuenta.

Los temas más abordados dentro del amplísimo campo de la comunicación y la salud vienen siendo objeto de estudio desde finales del año 2004 por parte de Bill Evans en HC. Este investigador se dedica periódicamente a recopilar la bibliografía sobre comunicación y salud de docenas de bases de datos que, a su vez, indexan 102 revistas que son susceptibles de publicar artículos sobre comunicación y salud (incluidas HC y JoHC). Se podría decir que Evans está estudiando la agenda de *issues* de la investigación en *health communication*.

En la evaluación de 2005, el 32% de las 914 referencias reunidas estaba dedicado a la comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios, el 25%

a la comunicación de salud que realizan los medios, el 17% a cuestiones ligadas al uso de las nuevas tecnologías para informar sobre salud, el 13% abordaba aspectos teóricos, el 7% hablaba de comunicación de riesgos y el 5% de campañas y otras herramientas de promoción de la salud (Evans, 2005).

Los resultados de este estudio difieren, en parte, del análisis de los artículos publicados en HC, donde el 20,7% fueron sobre comunicación paciente-profesional, 13,4% sobre campañas, 11,8% sobre riesgos, 8,4% sobre envejecimiento, 7% sobre uso del lenguaje y 5,9% sobre la comunicación en salud que publican los medios (Thompson, 2005).

Si acudimos al análisis de los 321 artículos publicados en JoHC en sus 10 años de existencia (Freimuth et al., 2006), el 60% hacía referencia de una u otra forma a los medios de comunicación (noticias en prensa, radio o TV; campañas; educación en salud mediante el entretenimiento; publicidad) mientras que el 23% abordaba la comunicación interpersonal profesional-paciente. No se dice nada en el artículo sobre el 17% restante.

Tabla 3. La investigación sobre *health communication*

AUTOR	Evans	Thompson	Freimuth et al.
CORPUS	102 revistas	HC	JoHC
AÑOS ESTUDIADOS	2005	1989-2003	1996-2006
COM. PACIENTE USUARIO	32%	20,7%	23%
COM. MEDIÁTICA	25%	5,9%	60%
COM. DE RIESGOS	7%	11,8%	-
CAMPAÑAS	5%	13,4%	-

Es evidente que la metodología de agrupación de temas es distinta, pero la comparación puede servir para extraer alguna conclusión. La primera es que los artículos centrados en *mass media* tienen más posibilidades de ser aceptados en JoHC que en HC (esta publicación admite solo el 15% de los artículos que le llegan). La segunda es que, fuera de las dos revistas

especializadas, la evaluación de las campañas de promoción de la salud interesa poco. La tercera conclusión hace referencia a la actualidad de los estudios de comunicación interpersonal que afectan a la relación entre profesionales y usuarios/pacientes; a la luz de estos datos es una antigua preocupación que sigue plenamente vigente en la investigación de hoy día.

Para completar el repaso al estado del arte en comunicación y salud desde el punto de vista de las publicaciones científicas, conviene también apuntar telegráficamente algunos aspectos destacados en la evaluación que han realizado HC y JoHC sobre su producción literaria.

Los artículos que hacen énfasis en aspectos teóricos son una minoría. El 38% en JoHC, mientras que HC indica que el 75% de sus artículos no manifiesta ninguna aproximación teórica en sus *abstracts*. Otro aspecto que destaca HC es que no hay prácticamente desarrollo de nueva teoría por parte de los autores.

Las enfermedades sobre las que más habitualmente tratan los artículos de ambas publicaciones son el VIH/SIDA (incluidos en este epígrafe el sexo seguro y planificación familiar); cáncer; y alcohol, tabaco y otras sustancias de abuso. Estos temas ocupan el 75% de los artículos de HC.

La metodología cuantitativa es mucho más común que la cualitativa, hasta el punto de ofrecer un balance de 86% frente a 14% en el caso de JoHC. Abunda lo empírico, pero no lo experimental que, según HC, era común en los artículos que le remitían en los primeros años del decenio de los 90, pero ya no.

Queda claro que la publicación de artículos científicos sobre comunicación y salud está dominada -de forma aplastante, se podría decir- por autores estadounidenses o que ejercen su labor en universidades o instituciones de aquel país. De hecho, más del 80% de los artículos de JoHC corresponden a un primer autor asentado en EE.UU. El resto se reparten entre Inglaterra, Canadá, Australia, Finlandia y Suecia. Tan solo 9 artículos de los

321 editados corresponden a lo que esta revista define como países en vías de desarrollo: 5 han sido enviados desde naciones africanas, 1 desde la India, otro desde Jamaica, otro desde Pakistán y otro desde México.

Efectivamente, solo 1 entre 321 artículos tiene como autor principal a un investigador que trabaja en un país iberoamericano. Se ratifica así la conclusión decepcionante acerca de la casi nula presencia iberoamericana en la investigación.

1.3.2. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

La principal dificultad a la hora de definir un mapa de la investigación sobre comunicación y salud en España radica en la ausencia de una publicación de referencia donde se puedan encontrar artículos destacados en cuyas conclusiones y citas bibliográficas basar una revisión sistemática de la literatura científica realizada por autores españoles. Si esto es un inconveniente no lo es menos la ausencia de compilaciones, manuales, meta-análisis u otros tipos de iniciativas de información agregada que dediquen su atención de forma monográfica al asunto que nos ocupa desde una mirada científica o investigadora. Sí es digno de destacar, no obstante, el creciente interés por organizar foros de debate académicos o extra-académicos en los que abordar las relaciones entre comunicación y salud.

Teniendo esto en cuenta no cabe otra salida que diseñar una forma de identificar dónde se pueden encontrar en España abordajes del binomio comunicación y salud desde un punto de vista científico. Para ello se ha trazado un método en cinco pasos que podría ayudar a la consecución de un mapa de la investigación en España en comunicación y salud. Por motivos de espacio y de tiempo este trabajo abordará solamente el primero de ellos. Queda pendiente, por tanto, una revisión más completa que podrá ser emprendida en siguientes iniciativas académicas. A continuación un breve apunte del método:

1. Determinar aquellas instituciones ligadas a la comunicación cuyo nombre aparece relacionado con aspectos de salud y aquellas instituciones del ámbito de la salud que han mostrado un interés por la comunicación.
2. Recopilar el mayor número posible de autores que intervienen en cada una de las iniciativas.
3. Realizar una búsqueda de su obra (a través de internet y de las referencias cruzadas de un primer grupo de artículos) y seleccionar, más allá de su pura presencia en foros de debate sobre comunicación y salud, a quienes han dirigido su mirada al asunto desde un punto de vista científico.
4. Realizada esa selección, se deberá profundizar en las publicaciones de las personas seleccionadas para identificar temas, propuestas, líneas y métodos.
5. Agrupar de una manera coherente las aportaciones hasta dibujar un mapa del estado del arte en la investigación de comunicación y salud en España.

El primero de los pasos es por tanto identificar foros, instituciones y grupos de trabajo que abordasen desde un punto de vista investigador o teórico las relaciones entre comunicación y salud. Ésta es la lista:

- El Observatorio Comunicación y Salud, que depende del Instituto de Comunicación (InCom) de la Universidad Autónoma de Barcelona. En su página web ¹⁰ se pueden encontrar múltiples recursos.
- Los Cursos de Comunicación y Salud anuales que impulsan el Ayuntamiento de Madrid (a través de Madrid Salud), la Universidad

¹⁰ <http://www.portalcomunicacion.com/ocs/esp/index.asp>

Complutense de Madrid (a través del Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II de la Facultad de Ciencias de la Información) y la Fundación Abbott. En mayo de 2007 se realizó la tercera edición y cada convocatoria conlleva la publicación de un libro con ponencias y otras colaboraciones.

- El Seminario Comunicación y Salud que se realiza cada año (5ª edición en 2007-2008) a lo largo del curso académico en la Universidad de Navarra, con la colaboración de la farmacéutica Novartis y del Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina.
- La Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS) cuya labor docente y formativa destaca desde hace años en diferentes formatos, desde cursos cortos hasta el tradicional “Curso de Especialización en Información de la Salud”, de tres meses de duración y dos sesiones semanales.
- El ya mencionado Informe Quiral ¹¹, un proyecto conjunto de la Fundación Vila Casas y la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, que desde 1996 estudia y clasifica de manera sistemática las noticias de salud publicadas en *El País*, *El Mundo*, *ABC*, *La Vanguardia* y *El Periódico de Cataluña*. A partir de esa información realiza un informe anual de análisis y tendencias.
- El Master en Periodismo Sanitario que realizan la Universidad Complutense de Madrid (a través de la Facultad de Medicina) y la Fundación de Educación para la Salud con el apoyo de la Fundación Schering España. Consta de 2 años y de 530 horas lectivas.
- La Mesa de Salud que introdujo el Foro Iberoamericano sobre Estrategias de Comunicación (FISEC) en su IV Encuentro celebrado en Granada en septiembre de 2006 y que se ha repetido en el V Encuentro celebrado en

¹¹ <http://www.fundacionvilacasas.com/informequiralc.htm>

septiembre de 2007 en Faro (Portugal). La revista científica de FISEC se puede encontrar *on line*¹² y es de acceso gratuito.

- El Grupo de Trabajo sobre Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), fundado en 1985, con una fuerte implantación e incluso con activas ramas en algunas comunidades autónomas españolas.

Normalmente los autores que han abordado en España el campo de la comunicación y la salud no cierran su actividad a uno solo de estos foros. Suelen contribuir en más de uno y su presencia se hace evidente en otras instituciones, eventos e iniciativas que, de una forma tangencial o puntual, prestan o han prestado atención a las relaciones entre comunicación y salud.

1.4 LA COMUNICACIÓN COLECTIVA

La comunicación colectiva ha sido definida de muchas formas. De hecho, el nombre elegido para designarla en este trabajo (“comunicación colectiva”) no es siquiera el más habitual en la literatura. Es más frecuente optar por “comunicación de masas” o “comunicación masiva” o “comunicación social”. Todas las denominaciones tienen sus ventajas y sus inconvenientes, pero a los efectos de este estudio ha parecido una buena elección seguir los argumentos de López Escobar:

“Al optar por el sintagma *comunicación colectiva*¹³ -en lugar de *comunicación de masas, información o comunicación social*- quiero poner de manifiesto dos realidades específicas: 1ª) que el fenómeno social de emisión de los mismos mensajes en un grado potencialmente ilimitado y tendencialmente simultáneo -rasgo clave de este fenómeno comunicativo- se basa en la existencia de emisores organizados, esto es de colectividades humanas formalmente estructuradas; 2ª) que el destinatario de estos mensajes es igualmente una colectividad, que se denomina masa en el contexto de la

¹² <http://www.fisec-estrategias.com.ar/>

¹³ En cursiva en el original.

teoría de la sociedad de masas, y que desde nuestro punto de vista constituye una colectividad cuyo nivel de masificación nunca es homogéneo, y que está constituida en último extremo por personas humanas.” (López Escobar, 1997: 17 y ss.)

Las nuevas tecnologías están cambiando la forma en la que se ha venido conceptuando la comunicación colectiva, en la que se consideraba fundamental la preeminencia del emisor (institucionalizado) sobre los receptores y la escasa posibilidad de que estos últimos hicieran llegar el *feedback* de forma directa al medio de comunicación emisor. Evidentemente, internet, los mensajes de teléfonos móviles SMS y MMS, los blogs y otras innovaciones han tendido en los últimos años a equilibrar el proceso. Ahí están los comentarios de los lectores a las noticias de los diarios digitales o el llamado “periodismo ciudadano”, cada vez más presente en los principales medios de comunicación digital. Sin embargo, por el momento la comunicación colectiva sigue siendo un proceso en el que una de las partes, el emisor, sigue teniendo evidentes privilegios respecto al receptor.

A lo largo de las siguientes páginas haremos un breve recorrido por los dos grandes períodos que ha vivido la investigación de la comunicación colectiva, cada uno de ellos heredero de su época y del estado en que se hallaban las diferentes perspectivas científicas desde las que se ha estudiado la comunicación: sociología, psicología, antropología, biología, psicología social, filosofía... Ahora, podemos decir que el estudio de la comunicación ha alcanzado su mayoría de edad e incluso hay autores que defienden que la comunicación puede o debe ser el principal objeto de estudio de las ciencias sociales (Mattelart y Mattelart, 1997; López Escobar, 1997; Pérez, 2001).

1.4.1 PRINCIPALES TEORÍAS SOBRE LA COMUNICACIÓN COLECTIVA

El desarrollo de las principales teorías sobre la comunicación colectiva no ha sido lineal. Tampoco se puede afirmar con rotundidad que cada una de ellas ha tenido unos determinados años de vigencia porque una de las características del estudio y la observación del fenómeno comunicativo es que

se puede hablar de ciclos de interés por los diversos campos u opciones de investigación. Unas teorías y otras tienen períodos de auge y caída, vuelven al cabo de unos años, se retroalimentan para dar algo distinto y funcionan sin demasiados encorsetamientos temporales ni conceptuales. Son características, sin duda, de un objeto de estudio científico relativamente joven y absolutamente dinámico en el que se han interesado y se siguen interesando numerosas tradiciones científicas.

Sin embargo, a pesar del dinamismo y la pujanza de la comunicación colectiva como objeto de estudio, sí se puede y conviene realizar algún tipo de clasificación, en la que se observen diferencias en las investigaciones y las creencias sobre los efectos de la comunicación colectiva en las audiencias. El asunto de los efectos de los medios de comunicación es posiblemente la principal línea de trabajo de la investigación mediática del S.XX y, por ahora, también del S.XXI.

PRIMERA ETAPA: LA AGUJA HIPODÉRMICA

La teoría de la aguja hipodérmica no se podría entender sin toda la concepción de la sociedad de masas, nacida con la Revolución Industrial y que a finales del S.XIX y principios del S.XX todavía sigue siendo cultivada por pensadores como, entre otros, Gustave Le Bon, Gabriel Tarde y José Ortega y Gasset.

La construcción de la teoría de la aguja hipodérmica, también llamada de la bala mágica, la atribuyen algunos teóricos (Mattelart y Mattelart, 1997) a los estudios de Harold Lasswell sobre la propaganda después del fin de la Primera Guerra Mundial. Tiene una vida relativamente corta pero la sencillez de su formulación y los efectos que se le atribuye en aquella época a la propaganda hace que sea muy tenida en cuenta, e incluso fuera temida, en la etapa de entreguerras. Además, actualmente se percibe un cierto auge de modelos que abundan en los “efectos fuertes”, la agenda *setting* puede ser un ejemplo.

La teoría de la aguja hipodérmica defendía unos efectos muy poderosos de los medios de comunicación en las “masas”, de tal manera que el emisor podía inocular o disparar sus mensajes a una audiencia pasiva con la seguridad de que esos mensajes llegaban de forma casi inmediata a la mente de un público fácilmente receptivo, y que entendía los contenidos de una manera uniforme (exactamente la manera que quería el emisor). La propaganda aliada, nazi, comunista, fascista y franquista se basa, de una manera más o menos sofisticada, en este modelo.

La emisión radiofónica en 1938 de “La Guerra de los Mundos” de Orson Welles, y el gran caos que se originó en Estados Unidos con esta simulada invasión extraterrestre, parecía confirmar los postulados de esta teoría que, sin embargo, comenzó a perder fuerza a mediados de los años 40 con los estudios empíricos de los Padres Fundadores de la *Mass Communication Research*.

Desde el punto de vista de la *health communication*, si diéramos crédito a esta forma de entender los efectos de la comunicación estaríamos abocados a una lucha permanente entre los mensajes preventivos y los mensajes contra-preventivos. El mensaje de “no fumes” contra el mensaje de las tabaqueras. Entendiendo que tanto uno como otro penetran en las mentes de los individuos de forma automática y necesaria, la balanza se inclinaría probablemente sobre el que más capacidad tuviera de “machacar” a las masas con su soniquete. En definitiva, estaríamos ante un juego de suma cero: el que gana lo hace a costa de la pérdida del otro.

A efectos de entender la mentalidad que destila esta aproximación se transcribe una conversación académica mantenida por un profesor español (Barquero, 2002) con uno de los “padres” de las relaciones públicas, Edward L. Bernays:

“- ¿Es cierto que las mujeres fuman por culpa de las relaciones públicas?

- Sí. No obstante cuando las persuadimos de que lo hiciesen no conocíamos que el fumar produjera cáncer.

- ¿Cómo lo hicieron? ¿Costó mucho dinero?
- Bueno, en un momento en el que fumar estaba muy mal visto por la sociedad para las mujeres y nunca ninguna se hubiese atrevido a fumar en público, se me ocurrió en pro de los intereses de las mujeres enviar a varias asociaciones feministas de la época unas cartas que decían: “Mujer, defiende tus derechos; el día “x” concéntrate en la Quinta Avenida de Nueva Cork y enciende tu antorcha por la libertad: fuma”. Y así se hizo, y obtuvo un éxito sin precedentes. Al día siguiente se podían leer los titulares en todos los periódicos: “La mujer fuma”; y por otro lado los tabaqueros doblaron de un día para otro su clientela obteniendo las tabaqueras pingües ingresos, los llegaron a doblar en tan solo unas semanas (...) La campaña fue una de las más económicas, pues solo costó lo que vale enviar 20 cartas.

- ¿Se arrepiente de haber conseguido que las mujeres fumen?
- Sí, porque no solo ayudé a que fumasen sino que con posterioridad, en 1945, diseñé la estrategia publicitaria de promoción para que aún lo hicieran más.

- ¿Puso remedio?
- Sí, cuando me enteré por parte de la administración pública del peligro del tabaco, trabajé gratis para conseguir que se prohibiera la publicidad y se advirtiera del peligro del mismo. De esa forma pude mirar de nuevo a la cara a mi país.” (Barquero, 2002).

SEGUNDA ETAPA: LOS EFECTOS LIMITADOS

El autor que más claramente afirmó que la influencia de los medios de comunicación sobre el público no es tan poderosa como sostenían los teóricos de la propaganda y de la teoría de la aguja hipodérmica, fue Joseph Thomas Klapper (1960), discípulo de Lazarsfeld, que negó que los medios fueran la causa necesaria ni suficiente de los cambios en los valores de la opinión pública y que, por el contrario, los efectos mediáticos actúan como refuerzo de las creencias ya existentes.

Unos años antes, en el germinal estudio (Lazarsfeld, Berelson y Gaudet, 1944) de los efectos de los medios en la opinión pública del Condado de Erie (Ohio) durante las elecciones presidenciales de los EE.UU. de 1940, ya se documentó que ni la influencia de los medios era tan poderosa sobre los votantes, ni mucho menos las consecuencias de la exposición mediática era

uniforme a todos los individuos estudiados. La investigación del Condado de Erie fue el primer acercamiento sistemático a la comunicación colectiva con metodología empírica principalmente sociológica.

Posteriormente Katz y Lazarsfeld (1955) ahondarían en la investigación de los efectos limitados de los medios y expondrían la teoría del flujo en dos pasos o *two-step flow theory*, según la cual los líderes de opinión dentro de los diferentes grupos sociales condicionan de manera determinante los mensajes emitidos por los medios, hasta tal punto que muchos individuos solo reciben los contenidos a través de la mediación de estos líderes. En definitiva, estaban abogando por la existencia de una “segunda mediación” que corría a cargo de personas influyentes en su grupo social.

Estos y otros estudios fueron dando paso a una producción considerable de investigaciones sobre los medios de comunicación y sus efectos sobre la audiencia. Entre otras, destacan la teoría del aprendizaje social, la teoría del cultivo, la teoría de los usos y gratificaciones, la teoría del establecimiento de la agenda, la teoría del *framing* o la teoría de la espiral del silencio. Todas ellas deberían tener cabida y explicación en un trabajo más extenso que éste, como pueda ser una tesis doctoral, pero para la presente investigación, y por razones tanto de extensión como de concisión y claridad, conviene abordar directamente los dos modelos teóricos que van a configurar principalmente la estructura de la labor emprendida en la segunda parte de este estudio: el *gatekeeping* y la agenda *setting*.

Es interesante para este trabajo preguntarse por la emergencia de una nueva visión de los efectos de los medios como poderosos e influyentes, sin llegar -claro está- a identificarse con los modelos de la propaganda de entreguerras, aquí citados en el marco de la teoría de la aguja hipodérmica. El modelo de agenda *setting*, tal como lo conciben algunos autores en la actualidad, y entre ellos Maxwell McCombs como máximo exponente, parece derivar hacia esa situación, incluyendo y asimilando muchas de las tendencias investigadoras vigentes. Para entender esta situación vamos a hacer una aproximación en dos pasos. Primero resumiremos lo principal de los estudios

sobre *gatekeeping*, imprescindibles para entender la teoría del establecimiento de la agenda, y después se abordará el camino que ha recorrido esta última en sus 35 años de existencia formal.

1.4.2 TEORÍA DEL GATEKEEPING

El psicólogo Kurt Lewin fue el primero que propuso en 1947 el término *gatekeeping*, en el campo de la *mass communication research* al analizar los cambios sociales producidos durante la II Guerra Mundial (Shoemaker, Eichholz et al., 2001), lo que le concede el honor de ser una de las más antiguas teorías sobre la comunicación colectiva.

La idea original de Lewin fue aplicada por White tres años después a un estudio sobre cómo transcurría el proceso de selección de noticias por parte de un editor (White, 1950). Desde entonces una amplia gama de trabajos se ha efectuado bajo los parámetros de la teoría del *gatekeeping* que, a nuestros efectos, se traducirá como “selección” (de noticias, de asuntos).

Es plausible caracterizar esta selección como el proceso a través del cual un conjunto informe de temas, textos, teletipos, informaciones, rumores, etc. se convierten en las ordenadas secciones de un diario, un informativo radiofónico o un telediario. Por medio existe un cúmulo de decisiones que afectan, al menos, al cribado de los temas, a la construcción de la noticia y a su puesta en escena. Y en este proceso se implican un número considerable de agentes: redactores, infografistas, jefes de redacción, locutores, directivos...

Precisamente por este conjunto de acciones, que van más allá de una mera selección del acontecimiento que se publica y el que queda cortado, en el artículo que lidera Shoemaker se afirma: “*Gatekeeping in mass communication can be seen as the overall process through which the social reality transmitted by the news media is constructed, and is not just a series of ‘in’ and ‘out’ decisions*”.

La complejidad tanto de los motivos de selección o no de las noticias como la de las relaciones entre los agentes que participan en el proceso, sitúan la labor de quien pretenda intervenir comunicativamente en la salud pública en un nivel más arduo del que asumían los modelos basados en la teoría de la aguja hipodérmica. Lo que antes era un trabajo que consistía simplemente en inducir una causa (comunicación) y provocar un efecto concreto (cambio de conducta), se complica hasta derivar en el estudio y planificación de una conjunción dinámica de interacciones cuyos efectos en salud están por ver.

Esta consideración de la selección informativa como un asunto complejo en el que se está jugando la construcción social de la realidad es perfectamente coherente con uno de los aspectos que estudia la teoría del establecimiento de la agenda: la construcción de la agenda mediática.

1.4.3 TEORÍA DE LA AGENDA SETTING

Lo que los medios de comunicación destacan conforma el abanico de temas que la gente dice que le interesan. Con esta frase se podría resumir el contenido esencial de la teoría de la agenda *setting*. A partir de ahí se pueden hacer todo tipo de argumentaciones y extensiones del modelo. Dicho de manera académica: la selección de temas que hacen los medios y la relevancia que le dan a cada uno de ellos (agenda temática) fija el repertorio de temas sobre los que se interesa la gente (agenda pública). Mejor dicho, los que la gente afirma que más le conciernen.

Algunos autores (López Escobar, 1997; McCombs, 2006) sugieren que la *agenda setting theory*, tal como se ha ido desarrollando desde su nacimiento en 1972, podría convertirse en una teoría o modelo aglutinador que, eventualmente, conseguiría constituirse en un paradigma desde el que observar todo el proceso de la comunicación colectiva. No es éste el único intento de plantear un meta-modelo para el campo de la comunicación (Craig, 1999) e incluso de las ciencias sociales (Schramm, 1980, citado en McQuail y

Windahl, 1997). Edgar Morin también defiende una epistemología más integradora de todo el saber científico a lo largo de sus obras.

En este caso, teniendo en cuenta la necesidad que muchos autores perciben de emprender un camino integrador en el estudio de la comunicación, parece conveniente detenerse en cómo se expuso por primera vez la teoría del establecimiento mediático de la agenda pública y en qué estado se encuentra actualmente después de 35 años de vigencia y de crecimiento. Un salto que -ya se puede adelantar- convierte un modelo de efectos limitados en un proyecto de paradigma de efectos contundentes.

Para describir el estado inicial se ha optado por analizar el artículo seminal de 1972 y para referir el estado actual de la cuestión se ha seguido el libro que en 2004 publicó en inglés (traducido al castellano en 2006) uno de los dos padres de la teoría, Maxwell McCombs. En este libro el autor narra fundamentalmente cómo ha ido haciéndose fuerte su modelo y argumenta que habría que considerar la hipótesis de que pueda servir como “mapa” para cualquier nueva búsqueda intelectual dentro del fenómeno de la comunicación colectiva.

MODELO INICIAL

Maxwell McCombs y Donald Shaw, profesores asociados de Periodismo en la Universidad de Carolina del Norte, sita en la localidad de Chapell Hill, fueron quienes primero teorizaron sobre la *agenda setting*. Su artículo se publicó en el número de verano de *The Public Opinion Quarterly* y tenía una extensión de once páginas. Su título: “*The Agenda-Setting Function of Mass Media*”. (Anexo 1)

Lo que los autores querían obtener queda reflejado en la segunda página de su artículo (p.177 de la revista): “While the mass media may have little influence on the direction and intensity of attitudes, it is hypothesized that

*the mass media set the agenda for each political campaign, influencing the salience of attitudes toward the political issues”*¹⁴.

Para probar su hipótesis, eligieron la campaña de las elecciones a la Presidencia de los Estados Unidos de 1968 y seleccionaron de forma aleatoria a 100 votantes registrados que reunían la característica de no tener decidido su voto, dado que les pareció que era el grupo de personas más susceptible a una eventual influencia de la cobertura mediática de la campaña presidencial en su decisión ante las urnas. A todos ellos les hicieron una encuesta entre el 18 de septiembre y el 6 de octubre en la que la pregunta principal era la siguiente: “¿Qué es lo que a usted más le preocupa estos días? Esto es, sin considerar lo que digan los políticos, ¿cuáles son los dos o tres cosas principales sobre las que el Gobierno debería concentrarse en actuar?”

De manera casi simultánea, entre los días 12 de septiembre y 6 de octubre recopilaron y posteriormente analizaron el contenido de todas las noticias y artículos de opinión sobre la campaña presidencial aparecidos en los 9 medios de comunicación que, según un estudio piloto, realizado en primavera, eran las fuentes de prácticamente toda la información política que consumían los habitantes de Chapel Hill a través de los *mass media*.¹⁵

El método consistía en comparar el énfasis dado por los medios a los diversos temas y ver las correlaciones que se obtenían con lo que habían respondido a la pregunta clave de la encuesta los 100 votantes indecisos seleccionados. Los resultados fueron alentadores. En palabras de los autores: “*The evidence in this study that voters tend to share the media’s composite definition of what is important strongly suggests an agenda setting function of the mass media*”.

¹⁴ En cursiva en el original.

¹⁵ Estos medios eran tanto diarios como revistas semanales como programas televisivos: Durham Morning Herald, Durham Sun, Raleigh News and Observer, Raleigh Times, New York Times, Newsweek, Time y las noticias de la tarde de la NBC y la CBS.

Hay algunas cuestiones que, por su incidencia posterior en el desarrollo de la teoría y por oportunidad académica merece la pena destacar del artículo de McCombs y Shaw:

1. Una curiosidad: aunque posteriormente se declaran herederos de Walter Lippmann, éste no aparece citado en ninguna parte en el artículo de 1972. Las referencias teóricas son principalmente Berelson, Lazarsfeld, Gaudet, Cohen, Lang y Lang, Trenaman y McQuail.
2. El enfoque de todo el texto se centra exclusivamente en la información política. En aquellos momentos los autores no contemplan otro contexto para su teoría que los candidatos, los partidos, los temas de campaña: "*Agenda-setting seems useful for study of the process of political consensus*".
3. Abren en algún momento las puertas a la teoría del *two-step flow*, pero queda en segundo plano bajo la afirmación de que, en definitiva, lo que la gente conoce por otras personas, éstas últimas lo saben por los medios de comunicación: "*The information flowing in interpersonal communication channels is primarily relayed from, and based upon, mass media news coverage*".
4. Combaten con fuerza la teoría de la percepción selectiva de las noticias de los medios en función de los intereses de cada persona. La sitúan como contraria a su hipótesis. Si la función de establecimiento de la agenda de los medios es correcta, significa que la teoría de la percepción selectiva está equivocada, sostienen.
5. Resaltan que, tras el abordaje sociológico que ellos han comenzado, el futuro de las investigaciones sobre fijación de la agenda debe afrontar los aspectos psicológicos de la audiencia, incluso desagregando los datos y modificando la metodología: "*Matching individual attitudes with individual use of mass media*".

6. Este artículo seminal trata de la transferencia de relevancia entre la agenda mediática y la pública, y solamente para los asuntos políticos, entre votantes indecisos y en momentos de campaña electoral. Queda lejos cualquier aproximación a la existencia de más agendas que la mediática y la pública.

En conclusión, a la altura de 1972, en la naciente teoría del establecimiento de la agenda no podía atisbarse un posible paradigma comunicativo, ni nada que se le pareciera. Los mismos autores se muestran prudentes con sus observaciones: *“The existence of an agenda-setting function of the mass media is not proved ¹⁶ by the correlations reported here, of course, but the evidence is in line with the conditions that must exist if agenda-setting by the mass media does occur”*.

EXTENSIÓN DEL MODELO

Con el paso de los años, las investigaciones sobre la función de establecimiento de la agenda de los medios de comunicación fueron extendiendo su alcance hasta encontrar puntos de convergencia con otras propuestas teóricas como, por ejemplo, la de los usos y gratificaciones (McCombs y Weaver, 1985).

La revisión más actual del estado del arte en la teoría de la *agenda setting* la hace el propio Maxwell McCombs en un libro publicado en inglés en 2004 (versión en castellano en 2006). Es significativo el subtítulo de la obra: “El impacto de los medios en la opinión pública y en el conocimiento”. Esta última palabra “conocimiento” ya nos da la pista de que McCombs no solo mantiene el interés mostrado en 1972 hacia lo cognitivo, sino que además atribuye a los medios un efecto psicológico en su audiencia.

¹⁶ En cursiva en el original.

Para abordar la extensión del modelo del establecimiento de la agenda hasta convertirse en un eventual paradigma del proceso de la comunicación colectiva seguiremos principalmente lo dicho por McCombs en este libro, además de algunas aportaciones de otros autores. Se repasarán, entre otras cosas, la extensión de las posibles agendas de diferentes colectivos, cómo eso repercute en la selección de las noticias de los medios, cómo estos transmiten su modo de entender la realidad y cómo esas informaciones actúan sobre la audiencia a corto y a largo plazo.

REALIDAD Y NOTICIAS

McCombs cita repetidamente a Walter Lippmann para argumentar que los medios no trasladan a la audiencia necesariamente la realidad de los acontecimientos. Se vale para ello de la imagen utilizada por el legendario periodista y escritor de comienzos del siglo pasado en la que sostenía que la audiencia no conoce a través de los medios su entorno vital sino un “pseudo-entorno” tamizado por las lentes de las empresas informativas y que podía, en su caso, estar alejado de los hechos.

“Los medios no son, en absoluto, un canal para los grandes acontecimientos del día. Los medios construyen y presentan al público un pseudo-entorno que moldea de forma significativa la manera en la que éste ve el mundo”. (McCombs, 2006: 58).

Basándose en esta perspectiva desconfiada de la capacidad de los periodistas para trasladar la realidad, McCombs introduce para sustentar la teoría del establecimiento de la agenda lo que denomina “control de la realidad”, que consiste en hacer “evaluaciones más metódicas del entorno” que las que hacen los medios de comunicación. La tesis que defiende este investigador es que, si la realidad es distinta de lo que cuentan de ella los medios de comunicación, la audiencia es más sensible a lo que dicen los medios que a la realidad.¹⁷

¹⁷ A mi juicio, este esquema está más cerca de los modelos de entreguerras que de las teorías de los efectos escasos de los medios.

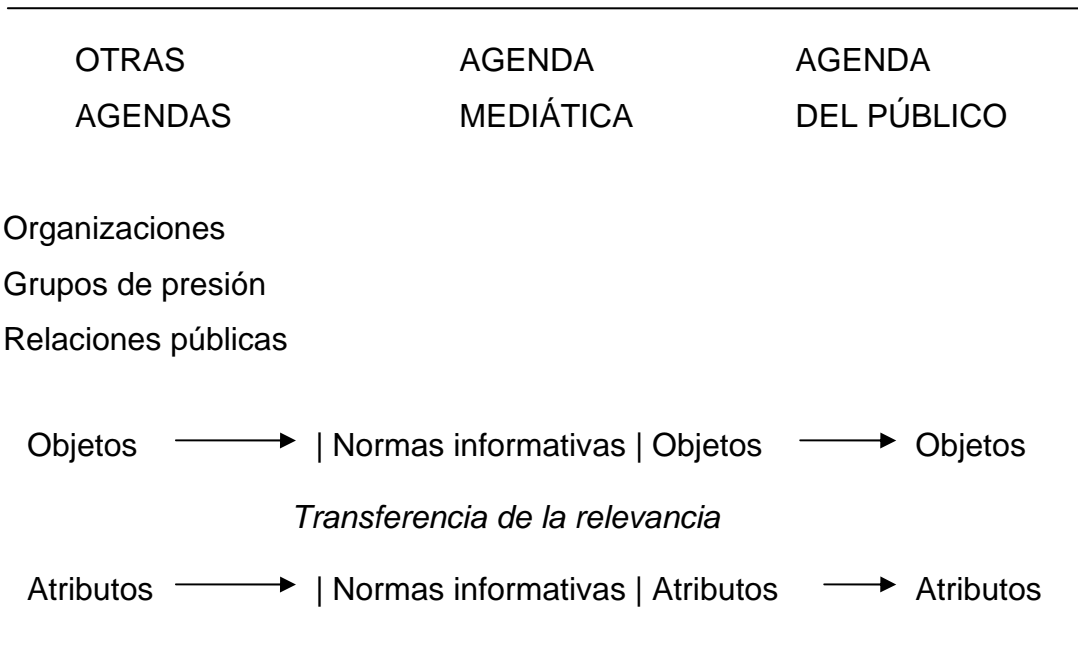
Tales efectos fuertes de fijación de la agenda por parte de los medios de comunicación, defendidos por McCombs, sitúan a las empresas informativas en una situación de poder respecto a la audiencia; del mismo modo que denotan un escepticismo, cuando no desconfianza, por el trabajo de los periodistas. La pregunta subsiguiente que plantea este modo de entender el efecto de los medios es quiénes y cómo deciden las cuestiones que aparecen en ellos.

AGENDA POLÍTICA (Y OTRAS), AGENDA MEDIÁTICA Y AGENDA CUTTING

Más de 30 años después de que empezase a teorizar únicamente sobre la agenda del público, McCombs sostiene la aparición de distintas agendas entre los agentes que participan en las dinámicas sociales de la comunicación. Describe la aparición de los primeros estudios sobre la agenda mediática en los años 80: “En esta nueva línea de investigación, la agenda mediática se vuelve la variable dependiente, el resultado que tiene que ser explicado”. McCombs explicita que la teoría del establecimiento de la agenda comenzó en ese mismo decenio a converger con los estudios sobre *gatekeeping* a los que denomina “sociología de la información”.

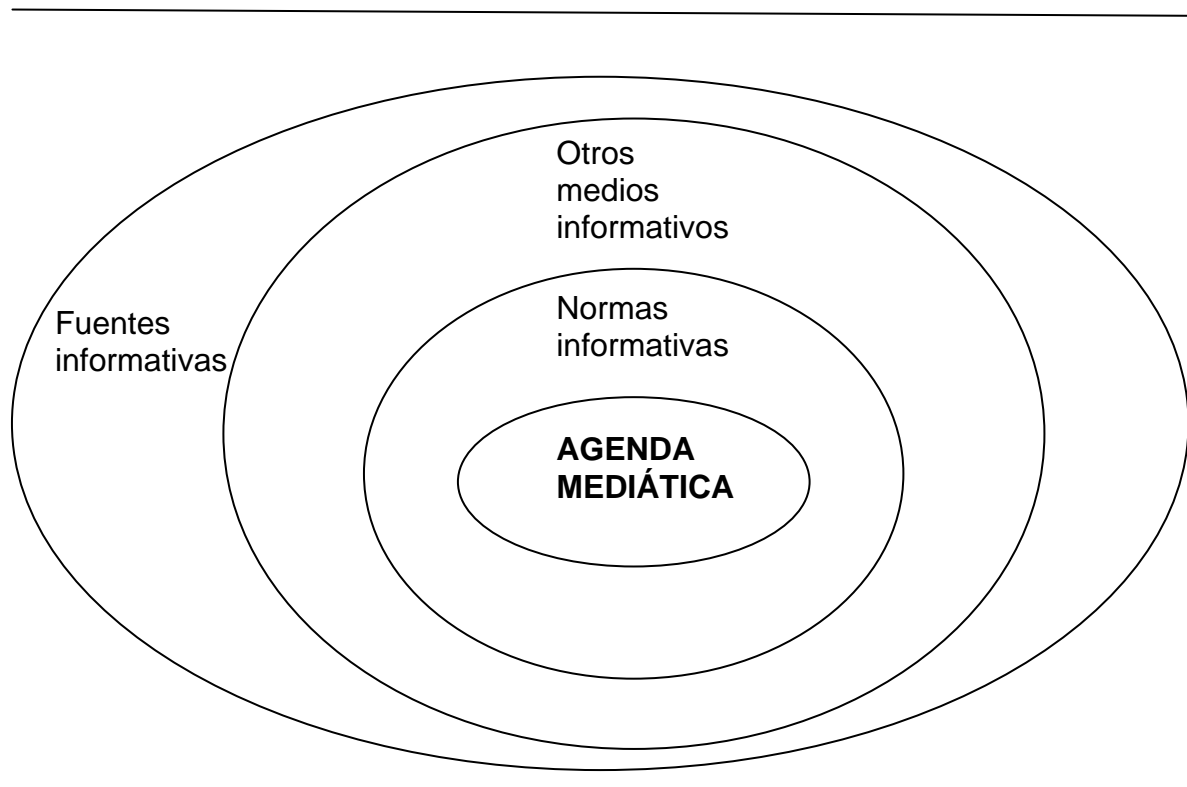
El proceso mediante el cual se va moldeando la “transferencia de la relevancia” de los temas entre unas agendas y otras comienza con la exposición pública de los intereses de aquellos que pretenden influir (o influyen) en la agenda mediática, entre esas fuentes de información tienen especial preeminencia, según dice, los políticos. Una vez conformada la agenda mediática, la relevancia de los temas se transmite a la agenda pública

Tabla 4. Una visión ampliada del establecimiento de la agenda.



McCombs utiliza una metáfora que llama “de las capas de la cebolla” para explicar las “numerosas influencias que están juego en la configuración de la agenda mediática, que es el corazón de la cebolla”.

Tabla 5. La metafórica cebolla del establecimiento de la agenda mediática



Las fuentes que suministran la información para las noticias, otras organizaciones informativas y las normas y tradiciones del periodismo son, según McCombs, los tres elementos principales que conforman la agenda mediática. En su convicción de que la teoría del establecimiento de la agenda puede actuar como un modelo integrador, el investigador estadounidense indica que el interés de su teoría por las agendas de los agentes que configuran la agenda mediática “ilustra el carácter cada vez más amplio” del establecimiento de la agenda.

Esta parte de los presupuestos de Maxwell McCombs ha determinado que en el estudio empírico que conforma la segunda parte de este trabajo de investigación se haya tenido en cuenta las opiniones de los políticos, de los informadores y de diferentes públicos sobre qué es importante, según ellos, en el ámbito de la salud en Madrid. De esta forma, como se explicará oportunamente, cabe confrontar los “temas” de los políticos y de los periodistas con la agenda pública.

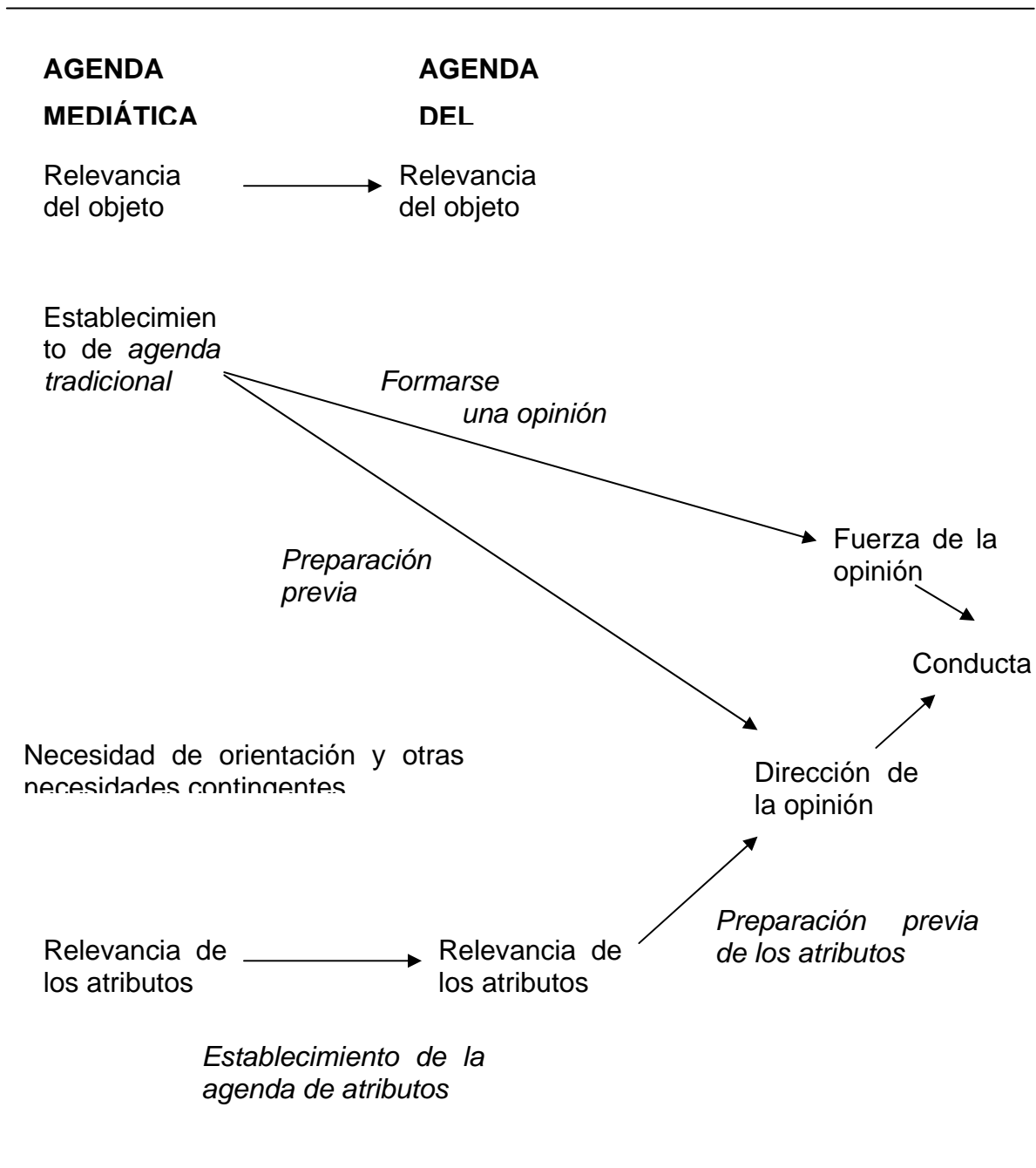
Antes de pasar a la explicación del siguiente punto, merece la pena hacer una mención del fenómeno de la “agenda *cutting*”, ignorado por McCombs en su libro de 2004, y que hace referencia a aquella parte de la realidad que no se recoge en los medios de comunicación. Este interesante asunto no ha tenido, por el momento, un gran desarrollo entre los investigadores de la comunicación colectiva, pero quizá en el futuro pueda ofrecer alternativas interesantes dentro del modelo de la agenda o de las agendas.

SEGUNDO NIVEL DE LA AGENDA SETTING: ATRIBUTOS Y FRAMING

La preocupación expresada en el estudio fundacional de 1972 por los aspectos cognitivos se traslada a la investigación en el marco de la teoría del establecimiento de la agenda con el denominado “segundo nivel” de transferencia de la relevancia: el nivel de los atributos.

Los atributos son, según McCombs, “esas características y propiedades que completan la imagen” de los objetos o los *issues*, a los que denomina la “agenda de objetos” para diferenciarla de la “agenda de atributos”. Y añade: “Tanto la selección de los objetos de atención como la de atributos con la que representar dichos objetos son poderosas funciones del establecimiento de la agenda”.

Tabla 6. Mapa del establecimiento de la agenda y sus consecuencias.



“Los atributos de los temas que son destacados en las presentaciones de los medios, quedan destacados en la mente del público. (...) La explicación del segundo nivel del establecimiento de la agenda, el establecimiento de la agenda de atributos, también vincula esta teoría con un importante concepto contemporáneo: el encuadre” (McCombs, 2006: 163).

El investigador que, tras los estudios de Goffman y otras aportaciones, aclaró y trasladó el concepto de *framing* a las teorías de la comunicación colectiva fue Robert Entman (1993). McCombs cita a Entman en su libro de 2004 quizá en la frase más esclarecedora del artículo de 1993:

“Encuadrar es seleccionar algunos aspectos de una realidad que se percibe y darles más relevancia en un texto comunicativo, de manera que se promueva una definición del problema determinado, una interpretación causal, una evaluación moral y/o una recomendación de tratamiento para el asunto descrito.” (Entman, 1993: 51 y ss.).

Claramente los avances reflejados por McCombs en relación con la teoría de la agenda *setting* sitúan la discusión académica en las semejanzas y diferencias entre los atributos de la agenda *setting* y el estudio del *framing* de las informaciones. Según McCombs, “el establecimiento de la agenda de atributos fusiona de manera explícita la teoría de la agenda *setting* con el concepto de encuadre” (McCombs y Ghanem, 2001).

Una reciente tesis doctoral de una autora española, editada posteriormente como libro (Sádaba, 2006), concluye que la teoría de fijación de la agenda trata “de atraer el *framing* hacia sus explicaciones”. Sin embargo, la investigadora no está dispuesta a asumir directamente la tesis de McCombs:

“El *framing* es claramente diferenciador respecto a la teoría de la agenda *setting*, sobre todo porque se consideran los *frames* o marcos como los elementos con los que se elaboran las agendas, y por tanto se sitúan en el ámbito de la creación de las noticias más que en el de sus efectos. La agenda *setting* está relacionada con la transferencia y la accesibilidad; el *framing* con la interpretación del mundo.” (Sádaba, 2006).

E incluso más allá *framing*, surge la posibilidad de integrar o no el estudio del *priming* como concepto implicado en la dinámica de la fijación de

agendas. En un reciente ejemplar especial de marzo de 2007, el histórico *Journal of Communication* ha discutido sobre el particular. Sus textos se pueden encontrar en abierto en internet, en la página web de la revista.¹⁸

INCLUSIÓN DEL ANÁLISIS DEL CULTIVO Y LA ESPIRAL DEL SILENCIO

Maxwell McCombs, en su afán de argumentar la integración de teorías alrededor del paradigma de las agendas, ha explicitado su interés por los modelos de la espiral del silencio y del análisis del cultivo. Por no abundar en el asunto se limitará este punto a una cita literal del libro escrito por McCombs en 2004:

“Entre los complementos teóricos al establecimiento de la agenda, encontramos el análisis del cultivo y la espiral del silencio. El análisis del cultivo adopta una postura de largo alcance sobre los efectos cognitivos de la comunicación de masas, para examinar la relevancia de diversas perspectivas engendradas por los medios de comunicación, sobre todo por los programas públicos de entretenimiento. Una de las más conocidas de estas perspectivas, ‘el síndrome del mundo malo’ es una imagen pesimista de mundo a nuestro alrededor, que procede de la abundancia de programas sobre la delincuencia en televisión. Las teorías del establecimiento de la agenda y de la espiral del silencio aparecen para analizar muy distintos tipos de conductas de las audiencias de los medios de difusión, como pueden ser representaciones cognitivas del mundo, por un lado, frente a una voluntad para entablar una conversación sobre temas de interés público, por otro.” (McCombs, 2006: 168).

CRÍTICAS Y RETOS

Ya en los años 90 algunos académicos se muestran críticos, e incluso muy críticos, con las expectativas creadas por la extensión del modelo de la agenda *setting* y también con la actitud “triumfalista” de Maxwell McCombs.

“La teoría de la fijación de la agenda ha cambiado tanto en su más de cuarto de siglo de existencia, que no queda siempre claro si es una teoría en cuanto tal o un epígrafe

¹⁸ <http://www.blackwell-synergy.com/toc/jcom/57/1>. [recuperado en septiembre de 2007].

que encuadra los elementos más diversos. (...) Partiendo de hallazgos modestos, quienes sostienen esta teoría han ido ampliando el radio de acción hasta que, últimamente, y si les hiciéramos caso, había que denominar a la TGI, teoría de la agenda *setting* (...) Los estudiosos de la agenda *setting* realizan muchas investigaciones, sí, pero la duda permanente es si han descubierto nuevas tierras o simplemente bautizan con nuevas palabras asuntos y conceptos que ya estaban investigados hace años". (Valbuena, 1997).

El mismo Valbuena cita a Edelstein, del que afirma que partiendo de planteamientos cercanos a McCombs, ha emprendido nuevas vías de investigación que en 1993 le llevaron a afirmar que "aunque la investigación sobre la agenda *setting* se originó en la metáfora de que los medios de masas no dicen a la gente `qué pensar´ sino `sobre qué pensar´, los investigadores todavía tienen que definir conceptualmente que entienden por `pensar sobre´, y operativizarlo en términos cognitivos como una variable de criterio".

Más recientemente, Takeshita (2006) ha abundado en la existencia de problemas críticos en la investigación sobre el establecimiento de la agenda. Según este investigador en el momento actual esta teoría se enfrenta a una triple dificultad de "proceso, identidad y entorno".

"The process problem concerns the nature of the agenda-setting process, specifically, the degree to which the agenda-setting process is automatic and unthinking. The identity problem asks whether the new concept of attribute agenda setting will become indistinguishable from framing or traditional persuasion research. The environment problem asks if the development of communication technology and the subsequent growth in the number and variety of news outlets will minimize the impact of media agenda setting at the social level, leading to fragmentation of the public agenda." (Takeshita, 2006: 275).

Takeshita sostiene que la respuesta que la teoría de la fijación de la agenda sepa dar a estos tres problemas tiene implicaciones que podrían, en el peor de los casos para el modelo, paralizarlo e incluso hacerlo declinar dentro de la tradición de la investigación de la comunicación colectiva. La conclusión de Takeshita es que la teoría "parece viable y es merecedora de continuar en la esfera de la ciencia comunicativa", pero propone una "agenda" de cuestiones

(de retos, se podría decir) sobre las que, a su juicio, deben reflexionar quienes continúen aproximándose a la ciencia comunicativa desde el modelo del establecimiento de la agenda:

“First, as the number of news sites set up on the Internet has rapidly increased, identifying the overall media agenda is becoming more and more of a Herculean task. Every news site, however, is not accessed equally. There seems to be a hierarchy of attention among the sites. One research strategy would be to investigate the web-access patterns of news seekers on the Internet and identify ‘hub’ news sites that constantly attract a large number of users. One could then ascertain whether focusing research attention only on a handful of hub news sites is justifiable or not. If it is justifiable, that would help save on the costs and efforts of content analysis. There could also be exploration of whether intermedia agenda-setting effects occur between the traditional media and the hub news sites, as well as the direction of the effects if they do occur. Another intriguing question would be what role blogs, now rapidly flourishing on the Internet, could play in the agenda-setting processes. There is some anecdotal evidence that blogs may have a unique impact on the traditional media, such as in the case of ‘Rathergate’ or CNN’s Jordan controversy (‘Bloggers as news media trophy hunters,’ 2005), but there has been hardly any systematic research on this as yet. (Takeshita, 2006: 288).

La importancia que concede este investigador a la fragmentación de los públicos que ha traído el aumento de las personas que se informan por internet tiene una evidente relevancia. El estudio de los efectos que pueden alcanzar ciertas páginas webs influyentes, y Takeshita cita con acierto los blogs, podrían condicionar un cambio a la hora de continuar con la tradición del establecimiento de la agenda.

Second, attention should be paid to the psychology of news consumers. Discussions of agenda fragmentation imply that more and more citizens are joining one-issue publics. However, Delli Carpini and Keeter (2003) maintain, based on U.S. survey data, that most citizens are information generalists rather than specialists, with the more informed citizens likely to keep up with a wider range of public issues and topics. If the pattern of wide and general interest in public affairs is common even among news seekers on the Internet, fragmentation of the public agenda would not be likely. A concept related to this would be that of the civic duty to keep informed (McCombs & Poindexter, 1983). Future research should examine how these psychological factors influence the pattern of news seeking behaviour on the Internet. (Takeshita, 2006: 289).

Third and finally, the agenda-setting approach can be useful in checking on the degree to which the public agenda is actually fragmented. The concept of agenda diversity (or issue diversity) has been advanced to examine the diversity of the issues that individuals or social groups hold (Chaffee & Wilson, 1977). Roessler and Eichhorn (1999) further classify this concept into quantitative diversity and qualitative diversity: The former signifies the number of issues the individual regards important, while the latter concerns the number of issues regarded important by the members of a social group as well as the skewness of the distribution of subgroups referring to each of these issues as important. Qualitative diversity is described by means of a measure of relative entropy. Some scholars divide the concept of quantitative diversity into nominal and thematic aspects (Peter & de Vreese, 2003). Studies have shown that the traditional news media have little impact on public agenda diversity (e.g. Lasorsa, 1991; Wanta, King, & McCombs, 1995), but what about new media, especially the Internet? At any rate, these various concepts of issue diversity can serve as empirical indicators suggesting the degree to which the public agenda has fragmented." (Takeshita, 2006: 289)

Los planteamientos del autor japonés sobre el papel de internet y de la psicología de los consumidores de noticias sobre la fragmentación de las agendas introducen preguntas claves a las que la teoría del establecimiento de la agenda tendrá que dar respuesta para continuar en la primera parte del siglo XXI tan pujante como lo estuvo en los últimos 25 años del siglo XX.

SEGUNDA PARTE: LA INVESTIGACIÓN

2.1 DESCRIPCIÓN

La teoría del establecimiento de la agenda (en su versión expandida, sobre todo) permite sostener, al menos tentativamente, que investigando qué asuntos preocupan más a los políticos, cómo desempeñan su trabajo los periodistas y cuál es el contenido de las noticias que publican, y estudiando la agenda de los principales temas que preocupan al público debería encontrarse una “lógica” que hiciera coincidir los temas sustanciales de las respectivas agendas: una especie de “continuo”, se podría decir, en las cuestiones que más interesan a cada uno de los agentes. Esa “lógica” queda sustentada en la “transferencia de relevancia”, idea clave del modelo de fijación de agendas (McCombs, 2006).

La investigación empírica que aquí se propone se circunscribe a los temas relacionados con la salud, lo que ya de antemano la sitúa en una línea secundaria dentro de la investigación de la agenda *setting*, dado que la mayoría de los trabajos que sigue esta tradición científica abordan aspectos electorales y/o político-partiditas. El marco geográfico de referencia será la Ciudad de Madrid.

La principal finalidad del estudio es la comprobación o refutación de la teoría del establecimiento de la agenda (o, mejor dicho, de las agendas) en los asuntos de salud que afectan a la capital de España. Para ello se ha diseñado una sistemática basada en el principio de la “triangulación”, que asume el uso de varios métodos para el estudio de un mismo objeto. Así, se ha trabajado con herramientas cuantitativas como la encuesta y cualitativas como la entrevista y los grupos de discusión. Para el análisis de los contenidos de los diarios se ha tomado como guía la experiencia de 10 años de recogida, codificación y

estudio de las noticias de salud que se lleva a cabo en el Informe Quiral, informe anual que elaboran conjuntamente la Fundación Vila Casas y la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, y al que ya se ha aludido anteriormente en la primera parte de este texto.

Todas las mediciones que aparecen en la investigación se han llevado a cabo durante los primeros meses de 2007. El análisis de contenido de los periódicos se ha realizado en febrero y marzo. En abril se reunión a los 4 grupos de discusión y, justo después, y ajustando el cuestionario a los resultados de los *focus groups*, se hizo el trabajo de campo de la encuesta telefónica. El cuestionario de las entrevistas a políticos y periodistas se envió entre marzo y abril y muchos de ellos respondieron de forma casi inmediata o, a más tardar, en el mes de mayo. Al definir este exigente calendario se buscó cumplir con las indicaciones temporales que impone la teoría de la agenda *setting*. Las contestaciones que faltan por llegar fueron reclamadas, pero...

Con todo el material recogido se ha procedido a la fijación de objetivos e hipótesis, al análisis de los datos y a la obtención de conclusiones.

2.2 INVESTIGACIÓN

2.2.1 OBJETIVOS

Esta investigación pretende, como primer objetivo, estudiar cuantitativamente la cobertura informativa de los temas de salud relacionados con la Ciudad de Madrid, tanto en la prensa de pago como en la gratuita en los meses de febrero y marzo de 2007. Los 8 diarios seleccionados fueron *El País*, *El Mundo*, *ABC*, *La Razón* (estos 4 primeros de pago) y *20 Minutos*, *Metro*, *Qué* y *ADN* (gratuitos).

Se plantea asimismo conocer las opiniones de los responsables de salud de los tres partidos políticos con representación en la Ciudad de Madrid y en la

Comunidad de Madrid: Partido Popular (PP), Partido Socialista Obrero Español (PSOE) e Izquierda Unida (IU). Al considerarlos fuentes de información relevantes para las noticias de salud se quiere estudiar si los temas que ellos consideran más importantes aparecen o no reflejados en el seguimiento que se ha realizado a las noticias de salud publicadas por los 8 periódicos seleccionados.

De manera análoga se analizarán las opiniones de los responsables de la cobertura de los acontecimientos de salud de los diarios analizados. A la luz de la teoría del *gatekeeping*, incorporada al modelo extendido de fijación de la agenda temática, los aspectos que sean reseñables para estos profesionales consultados tienen una consecuencia práctica a la hora de seleccionar y editar las noticias que se publican en los diarios para los que trabajan (Mc Quail y Windahl, 1997).

El interés por conocer las opiniones de los lectores de la prensa analizada es otro de los objetivos de esta investigación. Interesa tanto la opinión pública cuantitativa medida en forma de encuesta como los discursos de fondo que subyacen a estos datos, que se han recogido mediante el método cualitativo de los grupos de discusión. A pesar de que la agenda *setting* obligaría solamente a reseñar lo cuantitativo, el estudio de los discursos abre horizontes que las cifras mostrencas dejan ocultos.

Finalmente, el objetivo último de este emprendimiento es comprobar o refutar que, según afirma la teoría de la agenda *setting*, se va transfiriendo la relevancia de los asuntos de salud entre las agendas de los políticos, de los medios y la llamada “agenda pública” o agenda de la audiencia.

2.2.2 PROBLEMAS CIENTÍFICOS

Asumiendo que los problemas científicos tienen que ser mensurables, de posible solución y deben remitir a los objetivos y estar planteados en forma de

pregunta, a continuación se referirán los cinco interrogantes a los que esta investigación está obligada a responder:

1. ¿Qué temas de salud dominaron en febrero y marzo de 2007 en los 8 periódicos seleccionados para su estudio?
2. ¿Cuáles son los principales temas en la agenda “de salud” de los partidos políticos madrileños?
3. ¿Qué aspectos de la realidad sanitaria madrileña son más relevantes para los periodistas que se encargan de la cobertura de las noticias de salud?
4. ¿Cuáles son los *issues* de salud más importantes para la población madrileña? ¿Qué discursos subyacen detrás de las respuestas a la pregunta anterior?
5. ¿Se identifican o no los temas de salud que los políticos y periodistas consideran más relevantes, con los que más publican los diarios y con los que la gente asume como principales?

2.2.3 HIPÓTESIS

Dado que los cuatro primeros problemas científicos planteados son descriptivos, la hipótesis que cabe hacer se refiere a la quinta pregunta de investigación.

A pesar de ello, los años de experiencia profesional del autor en los medios de comunicación madrileños (7 años) y en las cercanías del ámbito donde se toman las decisiones políticas en materia de salud (otros 7 años) humildemente sirven para atreverse a realizar otras dos hipótesis tentativas sobre la agenda política y el *gatekeeping*, que metodológicamente se soportan en la observación participante.

HT1: Los políticos responsables de salud en Madrid hacen discursos apelando a la prevención y a la salud pública, a la vez que discuten la gestión y la calidad del sistema asistencial.

HT2: Los periodistas de salud abordan todos los temas de actualidad pero se sienten atraídos por aquellos que tienen que ver con la prevención y las enfermedades más prevalentes.

Centrando la cuestión en la cuestión principal del trabajo, asumiendo los presupuestos de la originaria teoría de la agenda *setting* (McCombs y Shaw, 1972), y salvo errores metodológicos, omisiones, sesgos y/o limitaciones que tuviera el diseño de este estudio, se presenta la siguiente hipótesis:

H1: Se producirá la transferencia de relevancia entre la agenda mediática y la agenda pública; lo que en términos operativos significa que los asuntos relevantes de salud hallados en el análisis de los contenidos de los diarios serán los mismos que los explicitados por los madrileños en la encuesta telefónica.

Si los planteamientos de la teoría de la agenda *setting* extendida (McCombs, 2006) son correctos, los temas coincidentes entre la agenda mediática y la pública también tendrían que estar presentes en las entrevistas realizadas a políticos y periodistas.

2.2.4 METODOLOGÍA

El principio de la triangulación sienta sus bases en la fortaleza multiplicada del análisis cuando se utilizan para él diversos métodos de investigación para estudiar un mismo objeto, fenómeno o proceso. Los datos obtenidos con cada una de las herramientas se unen en el momento de la interpretación de los resultados, nunca en el momento de aplicar las diversas metodologías. Así, la triangulación se convierte en una estrategia a la hora de

diseñar una investigación que tiene una aplicación cuando ya se tiene el puzzle de resultados sobre la mesa del investigador.

En este estudio se han empleado métodos cuantitativos y cualitativos. Cuantitativos en el análisis de contenidos de los diarios y en la encuesta telefónica y cualitativos en las entrevistas a políticos y periodistas, y en los grupos de discusión realizados a diferentes grupos de población residente en Madrid.

ANÁLISIS DE CONTENIDOS

Ya se ha indicado que se realiza basándose en la metodología del Informe Quiral. Los diarios que se han seleccionado para analizar sus noticias de salud referidas a Madrid se han escogido porque son los de más difusión, tanto en la modalidad de periódicos de pago generalistas ¹⁹ como en la de gratuitos generalistas. En la selección también se pensó en dividir entre gratuitos y de pago por el enorme auge que han tenido en Madrid los primeros, y con el aliciente científico de que quizá pudieran darse diferencias significativas en la cobertura de las noticias de salud entre unos y otros.

En definitiva, los diarios seleccionados fueron *El País*, *El Mundo*, *ABC*, *La Razón* (estos 4 primeros de pago) y *20 Minutos*, *Metro*, *Qué* y *ADN* (gratuitos). Las unidades de estudio de estos diarios que se han recogido para el análisis, aunque hasta el momento les hayamos llamado genéricamente noticias, pertenecen tanto al género informativo, como interpretativo, como de opinión. A diferencia del Informe Quiral, no se ha atendido a las viñetas de humor. Igualmente, a efectos de esta investigación, el tópico o tema en el que se incluye cada unidad de análisis es la única variable relevante de las 15 que establece la metodología Quiral. A ella nos ceñiremos.

¹⁹ Queda fuera de esta selección el diario de más difusión en España que es el deportivo *Marca*, por motivos evidentes.

Las unidades de estudio, como ya ha quedado reflejado anteriormente, se han recogido durante los meses de febrero y marzo de 2007.

ENCUESTAS TELEFÓNICAS (C.A.T.I.)

El cuestionario semi-estructurado fue respondido telefónicamente por una muestra de 400 sujetos representativos del universo de la Ciudad de Madrid, con cuyas respuestas se pudo obtener un error máximo de +/-4,9 para un nivel de confianza del 95,5% (2 sigmas) y una distribución poblacional máxima de $p=q=50$.

Con el objetivo de conseguir una muestra acorde a los planteamientos del estudio se establecieron varios filtros. El más importante fue que todos los encuestados tenían que seguir la actualidad a través de los medios de comunicación y, en concreto, de la prensa diaria. Por si resultaran significativas las variaciones de los resultados también se decidió que la mitad fueran hombre y la otra mitad mujeres. Obviamente todos ellos residentes en Madrid.

El trabajo de campo se realizó en la segunda quincena de abril de 2007, por lo que metodológicamente se cumple el requisito de la teoría del establecimiento de la agenda, según el cual la agenda mediática es la causa y la agenda pública la consecuencia del fenómeno estudiado.

GRUPOS DE DISCUSIÓN

Este método cualitativo fue utilizado, dentro de la estrategia de la triangulación, con el fin de conocer el discurso social que emerge de entre la población madrileña en torno al campo de la comunicación y la salud. Los cuatro *focus groups* realizados a tal efecto en unas instalaciones que permitían a los observadores ver el transcurso de las sesiones mediante cámaras de televisión en circuito cerrado y también a través de un espejo oscuro, fueron grabados y las copias están a disposición de la comunidad académica.

Los cuatro grupos de discusión fueron dirigidos/moderados por un académico experto en dinámicas de grupo y psicología social, y se realizaron todos ellos en la tarde del martes 10 de abril de 2007, pocos días antes del comienzo de la encuesta telefónica. De hecho algunas de las cuestiones que surgieron en los grupos sirvieron para afinar el cuestionario de nuestro sondeo.

Para la obtención de los grupos se decidió que, en cada uno de ellos, las muestras fueran sujetos de clase media, mitad hombres y mitad mujeres, todos residentes en Madrid y el 50% lectores habituales de prensa de pago y el otro 50%, de prensa gratuita.

La segmentación de los grupos se diseñó en función de las diferencias que se pudieran observar en los discursos de los nacidos en España según la edad de los sujetos, y además se quiso enriquecer el estudio desde una perspectiva étnico-cultural con la posibilidad de comparar los resultados con un grupo integrado exclusivamente por inmigrantes latinos. Finalmente se estimó que cada grupo debía tener entre 7 y 10 participantes

Después de todas estas consideraciones, la segmentación resultante provocó el encuentro de cuatro grupos con las siguientes características:

- Jóvenes españoles de 22 a 30 años.
- Adultos españoles de 40 a 55 años.
- Jubilados españoles de 58 a 68 años.
- Inmigrantes latinos de 30 a 45 años.

ENTREVISTAS

Para las entrevistas a periodistas y políticos se prepararon sendos cuestionarios que fueron enviados a los sujetos por correo electrónico en el mes de abril y cuyas respuestas fueron llegando a lo largo de abril y mayo.

La muestra escogida entre los periodistas fue la de los responsables de Salud o Sociedad de cada uno de los ocho diarios seleccionados para el análisis de contenidos. No se obtuvo respuesta de tres personas que representan a *ABC*, *Qué* y *20 Minutos*. De tal forma que queda claramente sesgada la agregación de datos en el caso de los gratuitos y los resultados globales del conjunto de periódicos habrá que tomarlos como provisionales.

En el caso de los políticos se remitió la entrevista a responsables de salud de los tres partidos con representación en el Pleno del Ayuntamiento de Madrid y en la Asamblea Legislativa de la Comunidad de Madrid. Representantes de Izquierda Unida y PSOE respondieron al cuestionario, pero no lo hizo el Partido Popular. De nuevo este hecho introduce un sesgo importante en la agregación de datos porque el PP es el partido mayoritario tanto en la Ciudad de Madrid como en la Comunidad, con porcentajes de voto superiores al 50%. A eso hay que añadir que, al formar Gobierno en solitario en ambas instituciones, tiene el mayor poder e influencia para conformar la agenda política. Si en el caso de las entrevistas a los periodistas se deben tomar los resultados con cautela, en el de las entrevistas a los políticos los datos se consignarán a título meramente informativo.

2.2.5 RESULTADOS

AGENDA POLÍTICA Y GATEKEEPING

Siguiendo el orden temporal de transmisión de relevancia entre las agendas, los primeros resultados que se deben mostrar surgen de las entrevistas a los políticos y a los periodistas. Los datos extraídos de las entrevistas, como se ha comentado unos párrafos más arriba, se deben tomar con mucha cautela ya que el estudio tiene las limitaciones propias de que algunos de los cuestionarios enviados no han sido respondidos.

Dicho esto, y comenzando con los asuntos de la agenda política la primera conclusión es que los dos partidos identificados con la izquierda tienen diferencias significativas respecto a los temas que les parecen más importantes. En las contestaciones de sus responsables se evidencia una lista amplia de *issues*. Se verifica también que existe cierta confusión entre lo que académicamente se denominan “asuntos principales” y los que los políticos definen como “problemas sin resolver”, lo que puede tener que ver con que ambos partidos, PSOE e IU, estén en la oposición.

En concreto, el PSOE nombra como “asuntos principales” la salud pública, la prevención y promoción de la salud y el área asistencial. Y en el apartado de “problemas” sitúa el estado de las urgencias, las listas de espera, la organización del sistema, la entrada de capital privado y la falta de calidad percibida. IU responde al cuestionario con una referencia inconcreta al derecho constitucional de protección de la salud y menciona una lista amplia de “problemas sin resolver”: insuficiencia presupuestaria, insuficiencia estructural, situaciones difíciles en salud mental, geriatría, coordinación socio-sanitaria, excesivo gasto en farmacia, orientación “asistencialista” del sistema, tendencia privatizadora y poca participación.

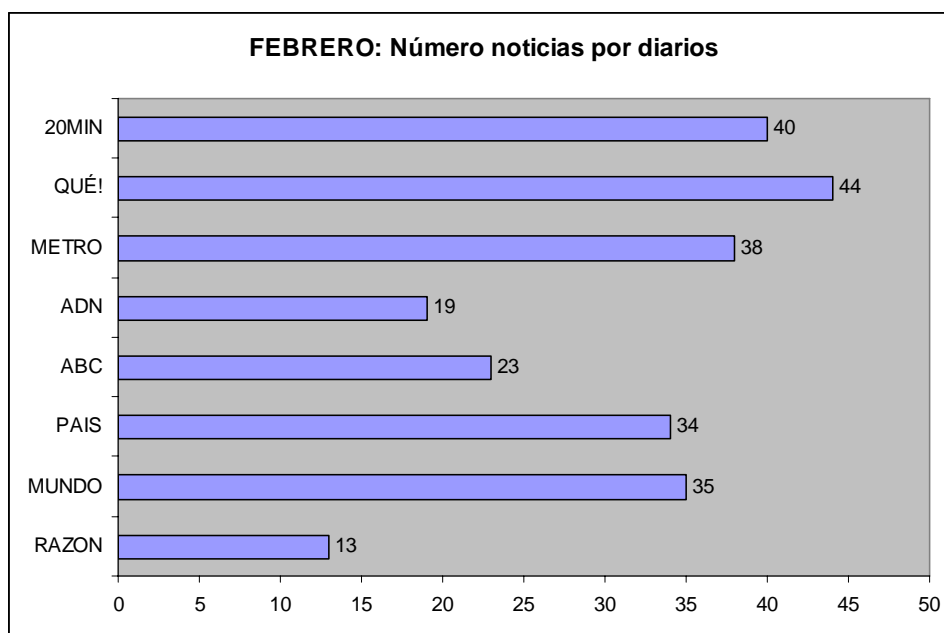
Con estas respuestas se puede concluir que no hay evidencia de una agenda política común sobre cuestiones de salud en los dos partidos madrileños que representan a la izquierda política. Más allá de esto, cabe colegir dos líneas de preocupaciones principales, las referidas a la salud pública y lo que se puede denominar genéricamente como “deficiencias del sistema asistencial”. En cualquier caso, no se deben tomar estas aproximaciones como científicas y, evidentemente, se plantea la necesidad de incidir en próximos estudios en explicar a los políticos qué es lo que realmente se les está preguntando, previamente a que contesten al cuestionario, para evitar confusiones solucionables.

Respecto al *gatekeeping* o selección y edición de informaciones, y recordando que se han recibido solo cinco cuestionarios de los ocho enviados, hay más coincidencias. Cuatro de los cinco periodistas que han contestado

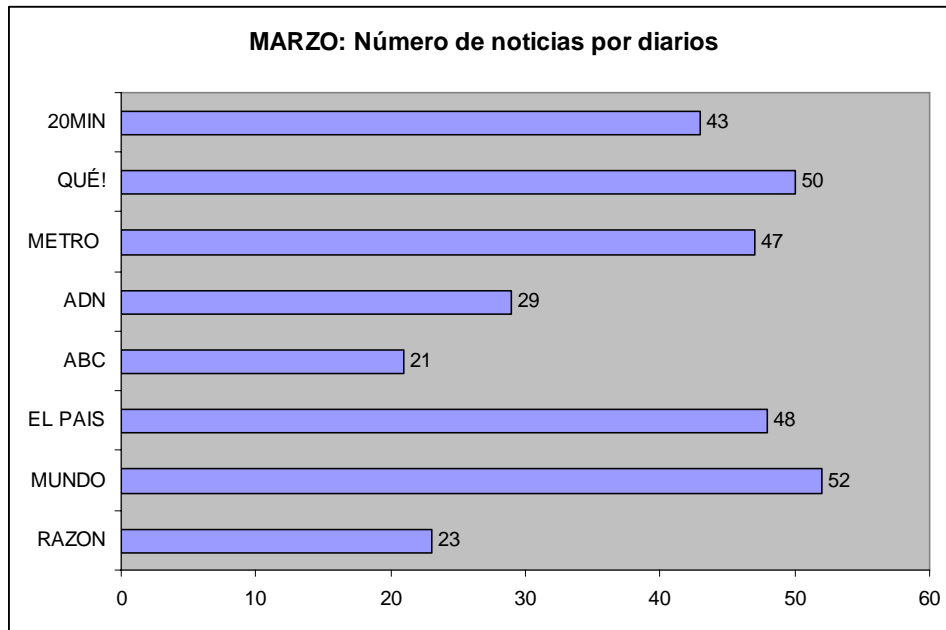
nombran la prevención y la salud pública como asuntos más importantes. Tras estos asuntos (en realidad uno, como se ha explicado en parte teórica dedicada a salud), aparece la referencia general a las enfermedades más prevalentes; concretamente el cáncer se explicita en dos de las respuestas. Otros *issues* recogidos son las listas de espera, los derechos de los pacientes y las novedades en el campo del diagnóstico y del tratamiento.

AGENDA MEDIÁTICA

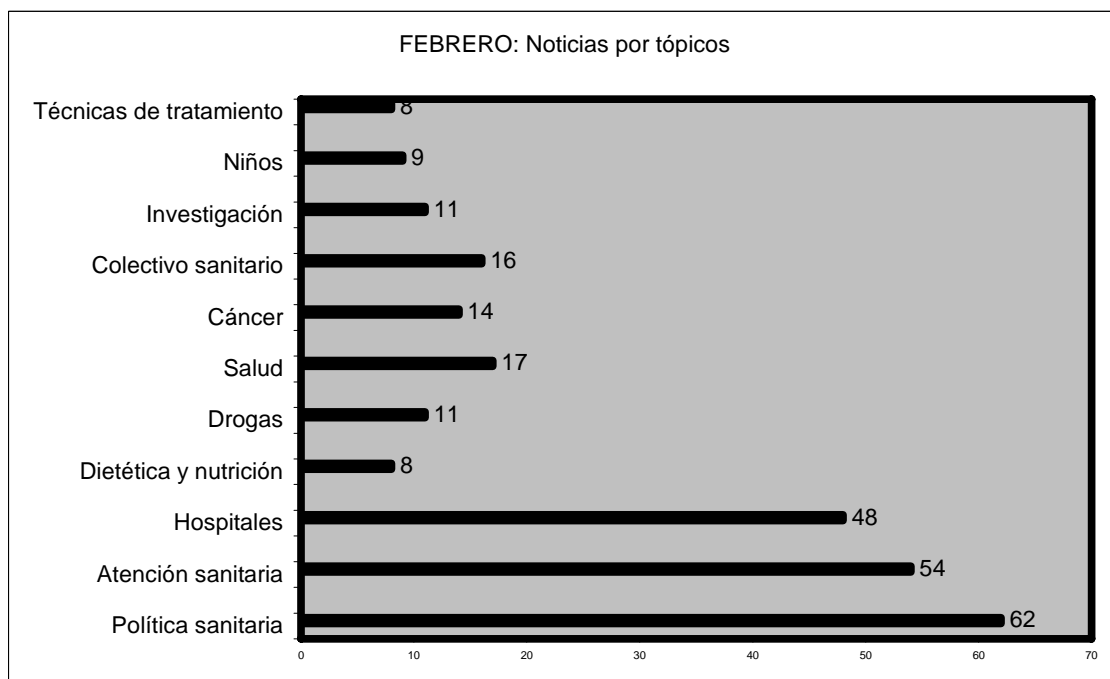
Los datos globales de las noticias sobre salud publicadas en febrero y marzo en los 8 diarios estudiados se elevan a 246 y 313, respectivamente. Si hacemos la cuenta dividida entre gratuitos y de pago, los resultados de febrero son de 105 noticias en los medios de pago y 141 en los gratuitos; en el mes de marzo los de pago publicaron 144 “unidades de estudio” y los gratuitos 169.

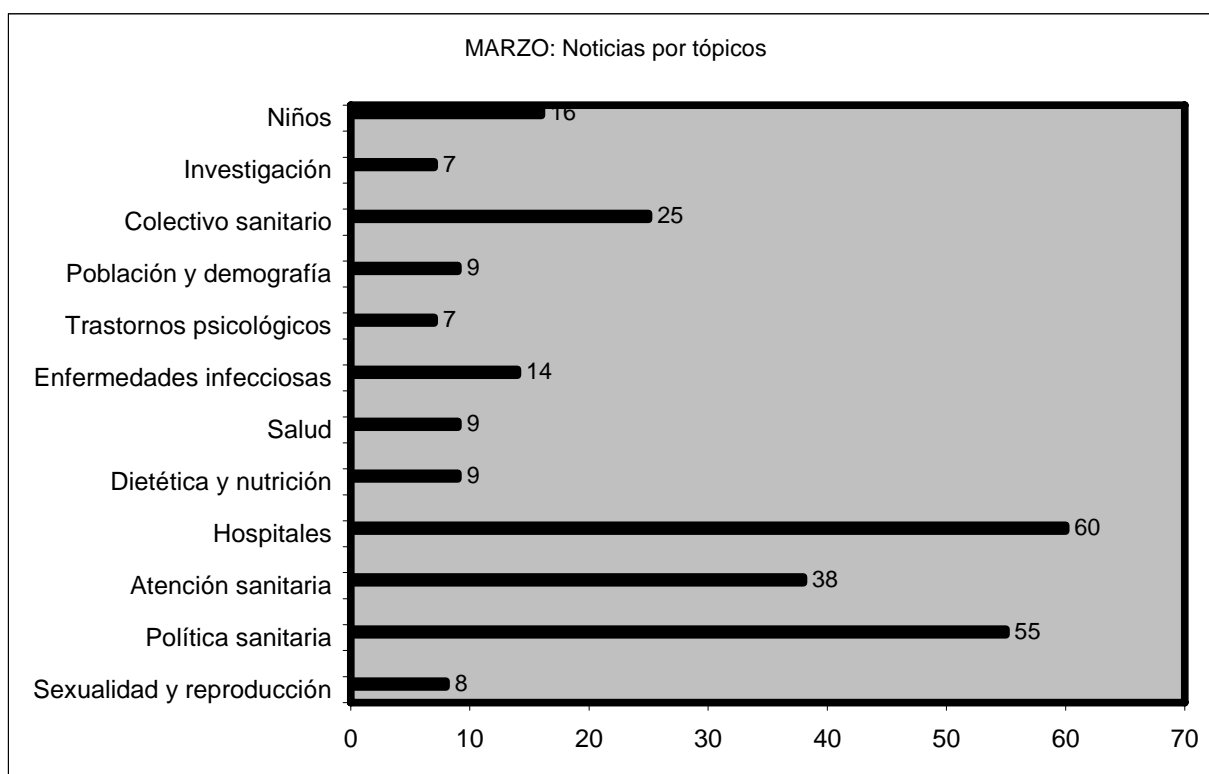


Los datos de febrero muestran una ventaja de los diarios gratuitos en el número de noticias publicadas sobre salud, basada principalmente en tres cabeceras: *Qué*, *20 Minutos* y *Metro*, en ese orden. En los diarios de pago destacan *El País* y *El Mundo*.



Los datos de marzo confirman lo apuntado en febrero. Los 4 gratuitos estudiados publican algo más sobre salud que los de pago, aunque tanto *El País* como *El Mundo*, entre estos últimos, alcanzan el mismo nivel de noticias que *Metro*, *20 Minutos* o *Qué*. En términos porcentuales, el 57% de las noticias sobre salud de febrero se publicaron en las páginas de los gratuitos y en marzo el 54%.





Respecto a los tópicos de las noticias seleccionadas, -los asuntos que en definitiva, según la teoría del establecimiento de la agenda, se transferirán a desde la agenda mediática a la pública- se establece una enorme diferencia entre los tres primeros temas y los siguientes. Estos tres primeros *issues* fueron, por este orden, la “política sanitaria” con 117 apariciones, los “hospitales” con 108 y la “atención sanitaria” con 92. Los tres se podrían agrupar, sin temor a equivocarse, dentro de lo que en la primera parte de esta investigación denominamos “lo asistencial” por contraposición con “lo preventivo”.

A continuación se muestra la lista de los 5 primeros temas, según su distribución porcentual respecto al total de noticias analizadas:

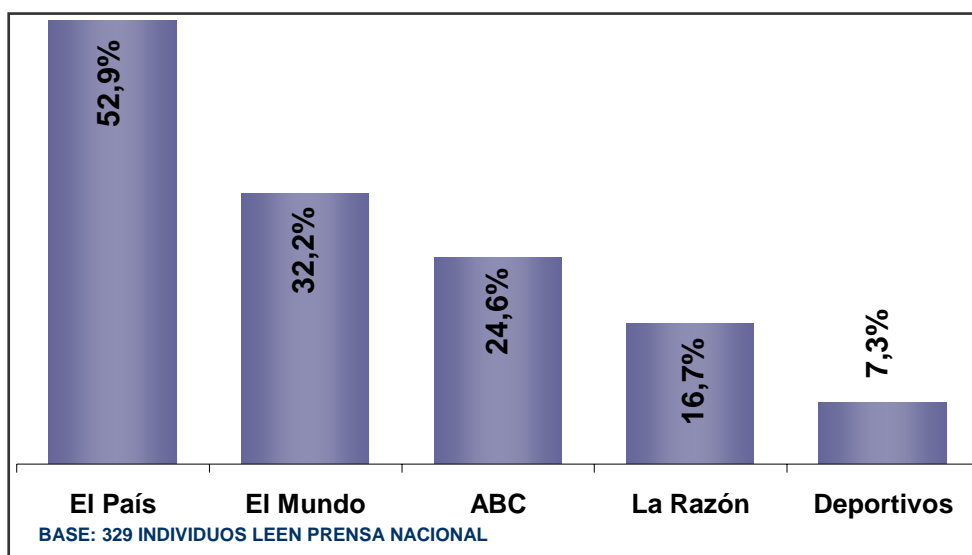
Política sanitaria	Hospitales	Atención sanitaria	Colectivo sanitario	Salud
19,1%	17,6%	15%	6,7%	4,25%

A partir de aquí los porcentajes son tan pequeños y poco representativos que a efectos de la investigación no merece la pena detallarlos. Si acaso sí cabe mencionar que asuntos como “tabaco”, “drogas”, “cáncer” o “SIDA” obtienen un 2% de la atención mediática, e incluso menos.

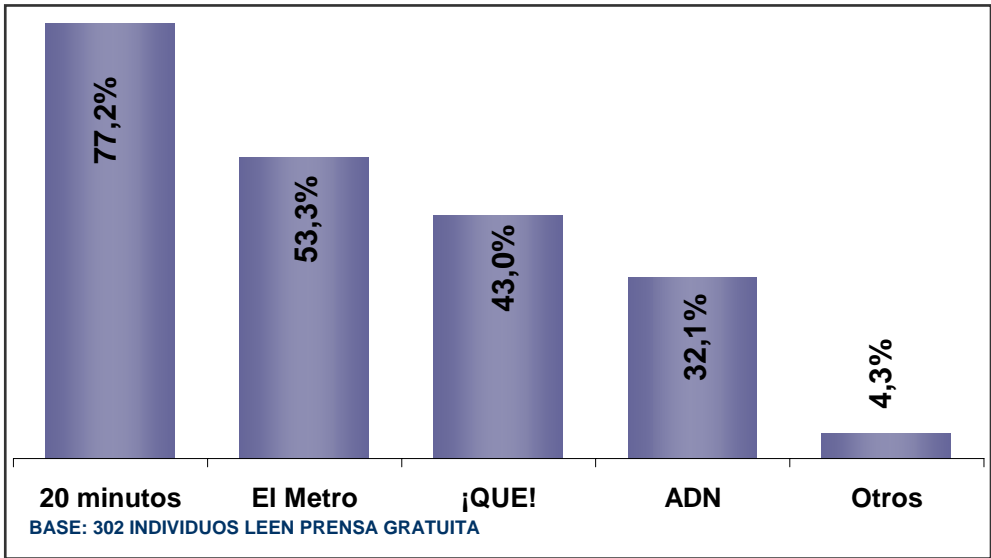
AGENDA PÚBLICA: ENCUESTA

El siguiente paso en el desarrollo metodológico de la investigación consiste en definir los temas más relevantes de la agenda pública, es decir, los asuntos de salud que más preocupan a los lectores de la prensa madrileña. Como ya se ha dicho, esta medición se realizó mediante una encuesta telefónica a una muestra de 400 sujetos mayores de edad en la segunda quincena de abril de 2007.

Antes de abordar las respuestas de la muestra encuestada, hay que señalar que en el caso de los lectores de periódicos de pago, son clara mayoría los que acuden a las páginas de *El País* para informarse, como se puede comprobar en la siguiente tabla.

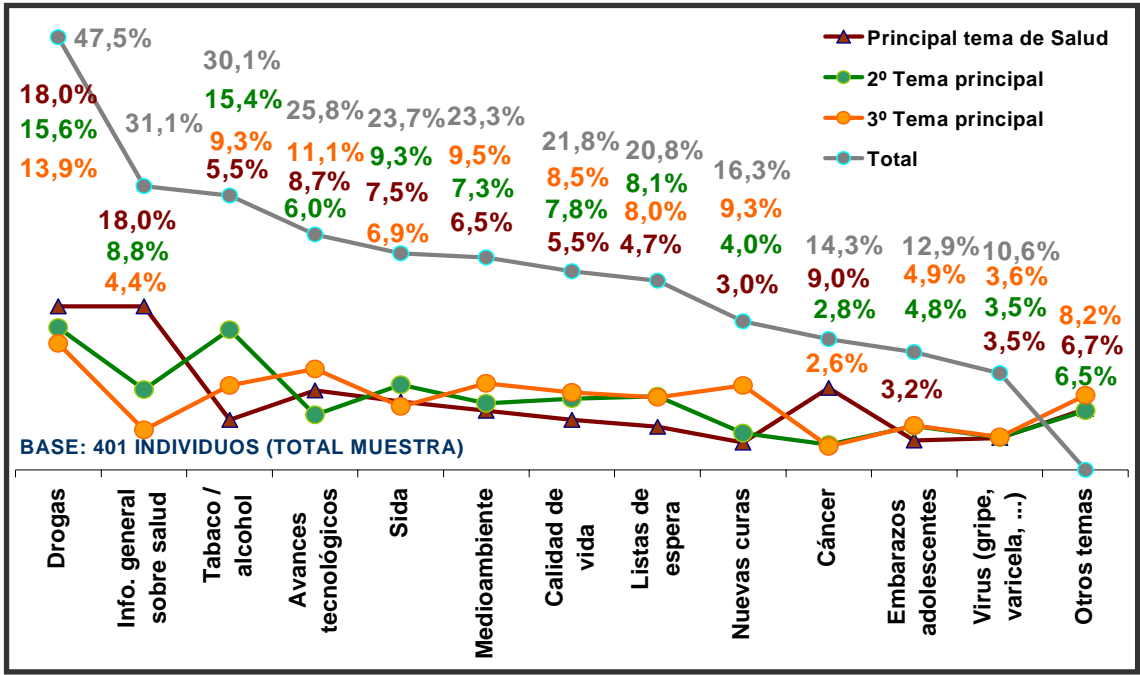


En el caso de los diarios gratuitos el más leído por nuestra muestra es el *20 Minutos*, con un porcentaje del 77%, cifra muy relevante.



Los 400 individuos fueron preguntados por los tres temas de salud que más les interesaban, y también se les pidió que les dieran un orden de prioridad: primero, segundo o tercero. Se trataba de una pregunta abierta, por lo que los encuestados no tenían delante una lista de donde elegir los temas sino que estaban obligados a expresar lo que en ese momento pensaban sin ayuda de ninguna referencia que les pudiera servir de guía.

Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente tabla:



AGENDA PÚBLICA: GRUPOS DE DISCUSIÓN

Del análisis realizado a los 4 *focus groups* que se reunieron para estudiar las preocupaciones y los discursos sobre salud que tienen los diferentes grupos de edad de Madrid y el colectivo de inmigrantes se extraen interesantes aportaciones.

El grupo de adultos sostiene que hay asuntos de actualidad que se relacionan con la salud y que la salud es una cuestión importante, aunque llega a calificar de “vergonzoso” el abuso de noticias sobre dietas, belleza... Las críticas al “bombardeo” de la belleza y la estética también aparecen en el grupo de jóvenes, mientras que en el de inmigrantes se limitan a describir que en los gratuitos hay muchos consejos sobre “belleza”, “dietas”, “arrugas”, etc. Este tipo de discurso no se obtiene del grupo de jubilados.

Entre los jóvenes se escucha que “tampoco buscan en los periódicos que les informen de salud”; hay alguna voz entre los jubilados que introduce el concepto de que hay intereses comerciales en los criterios de selección de las noticias, asunto éste que se convierte en central en el discurso de los inmigrantes (“los diarios hablan poco de salud por intereses económicos o políticos”).

Cuando se le requiere a los grupos por el recuerdo que tienen de los temas de salud que tratan los medios, aparece un grupo de cuestiones que podríamos denominar “propias del grupo”. Así, los mayores hacen referencia a la menopausia, la viagra, artritis, osteoporosis, etc.; los jóvenes a la salud reproductiva, el preservativo, las enfermedades de transmisión sexual; los inmigrantes a los “brotos de enfermedades en diversas partes del mundo”, a “las malas condiciones de salud de los que llegan en cayucos”; y los adultos estrés, *mobbing*, salud laboral, etc.

Si en la respuesta sobre la agenda mediática percibida se aíslan estos asuntos “propios de cada grupo”, se obtienen dos grupos principales de “temas comunes”. Uno es el que engloba conceptos como “obesidad”, “alimentación”,

“nutrición”, “dietas”, “anorexia” y “bulimia” (en el que también podríamos incluir el término “ejercicio”). Y un segundo grupo de temas (menos obvio, más escondido en el discurso) que cabría denominar “asistencia sanitaria y sus problemas”.

Respecto a la unión de temas “alimentación y nutrición”, presente en el discurso de todos los grupos, cabe destacar que en el grupo de inmigrantes solo surgió tras más de una llamada del moderador a que aparecieran más asuntos de salud de los que trata la prensa.

“La asistencia sanitaria y sus problemas” no aparece en el grupo de jubilados y tampoco en el discurso de los adultos, aunque finalmente se observó que es un asunto clave para entender el discurso de ese segundo grupo. Los jóvenes, sin embargo, sí mencionan “las listas de espera” o la “gestión de los hospitales” dentro de la agenda mediática. El caso de los inmigrantes respecto a la “asistencia sanitaria y sus problemas” tiene unos atributos muy distintos. Por un lado, tiene menos presencia como tema (ocupa menos discurso) y, por otro, identifica como problemas el trato medico-paciente y los costes (es el único grupo que hace referencia, y con contundencia, a que la atención sanitaria “no es gratuita” y se paga mediante impuestos).

El resto de los temas mencionados por los grupos tiene menos relevancia en el discurso: vacunas y gripe (en su forma humana y aviar) es sacado por inmigrantes y adultos; mientras que otros temas son el SIDA, el cáncer, los accidentes, los descubrimientos farmacológicos y científicos, etc.

Muchos individuos de los diferentes grupos responden a la pregunta “¿Qué te gustaría que trataran los medios sobre salud?” con una serie de respuestas que tienen que ver con su experiencia vital, lo que está relacionado con la aparición de respuestas como “diabetes”, “reproducción asistida”, “alergias”, “ocupar el tiempo libre” (en el caso de los jubilados), “higiene y control de los alimentos en los bares”, “efectos a largo plazo de algunas terapias como la depilación láser”, “medicina natural” (en el grupo de inmigrantes) y “primeros auxilios” (en el caso de 2 voluntarios de Cruz Roja del

grupo de adultos). Si aislamos ese grupo heterogéneo de temas, vuelve a haber dos grupos de asuntos diferenciados en la agenda privada. Uno, la “prevención y educación sanitaria” (prevención del consumo en jóvenes de drogas, alcohol y tabaco; nutrición saludable y ejercicio, vida sana). Y un segundo conglomerado de asuntos ligados, de nuevo, a la “asistencia sanitaria y sus problemas”.

Este segundo grupo de asuntos, especialmente sensible en los adultos y en los jóvenes, aparece ligado a la “problematización” de la asistencia sanitaria “causada” por la inmigración, con un discurso especialmente duro en el grupo de adultos: “lacra”, “traen enfermedades de la selva”, “abandono de bebés en contenedores”. La falta de tiempo de los médicos en las consultas con los pacientes es otro de los asuntos que emergen en la agenda, principalmente en el discurso de los jóvenes.

2.2.6 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El análisis de los resultados obtenidos señala que no se cumple la hipótesis principal de esta investigación, que a continuación recordamos:

H1: Se producirá la transferencia de relevancia entre la agenda mediática y la agenda pública; lo que en términos operativos significa que los asuntos relevantes de salud hallados en el análisis de los contenidos de los diarios serán los mismos que los explicitados por los madrileños en la encuesta telefónica.

La transferencia de relevancia de los temas de salud entre la agenda mediática y la agenda pública no se produjo en Madrid durante los meses de febrero, marzo y abril de 2007. Los medios de comunicación publicaron informaciones centradas principalmente en el ámbito de la “política sanitaria” (19,1%), los “hospitales” (17,6%) y la “atención sanitaria” (15%), mientras que los madrileños lectores de esa misma prensa consideraron que los temas más relevantes eran las “drogas” (47%), la “información general de

salud” (31%), “el tabaco y el alcohol” (30%), los “avances tecnológicos” (25%), el “SIDA” (25%), el “medio ambiente” (23%), la “calidad de vida” (21%), las “listas de espera” (20%), etc.

A la luz de estos resultados, es obligado indagar qué ha ocurrido para que un modelo tan probado como el de la agenda *setting* no se haya cumplido en esta ocasión. Principalmente esta tarea se puede encaminar por la vía de intentar ver qué causas han producido la falta de transferencia entre la agenda mediática y la agenda pública; o acudir a la posibilidad de que haya habido limitaciones en el diseño del estudio que hayan llevado a unos efectos hipotéticamente inesperados. Lo más apropiado parece acudir a las dos vías para tratar de aportar conocimiento a los datos.

Por la primera vía, y aunque cuantitativamente no tiene valor científico, sí resulta relevante que en los grupos de discusión apareciera la “asistencia sanitaria y sus problemas” como asunto ampliamente mencionado y relevante, lo que acerca el contenido de los grupos de discusión a los tres temas de la “agenda mediática”. Así mismo, tanto los “avances tecnológicos” como las “listas de espera”, nombrados respectivamente por el 25% y el 20% de los encuestados, forman parte de una lógica social ligada a la “atención sanitaria”, “los hospitales” y la “política sanitaria” (principales *issues* de la agenda mediática).

Respecto a las eventuales limitaciones metodológicas, hay que señalar que como segundo tema de interés para los encuestados surge la “información general sobre salud”, una descripción tan genérica e inespecífica que en ella cabe cualquier cosa que podamos imaginar. Quedará siempre la duda de cómo hubieran concretado los encuestados esa idea. Además, respecto a los tópicos adoptados en esta investigación directamente del Informe Quiral se plantea la necesidad de iniciar una revisión de cómo se adaptan a la realidad socio-cultural madrileña para, en su caso, adecuar las definiciones y la forma de operativizarlos al análisis de los diarios editados en Madrid y, sobre todo, de los gratuitos. Por otro lado, se podría debatir sobre si el análisis de contenidos de

la prensa ha sido escaso en cuanto a su serie temporal (dos meses) o si la muestra adoptada en la encuesta (400 sujetos) ha sido escasa.

Nada de lo mencionado en los dos párrafos anteriores resta contundencia a los resultados, pero puede dar pistas para mejorar en el futuro algunos aspectos de la investigación y para validar la riqueza del principio de la “triangulación” como modo de abordar el estudio de un problema. Esto último se certifica no solo en que lo “asistencial” aflora tanto en el análisis del contenido de los medios como en los grupos de discusión, sino que a ello se une el dato de que los dos políticos que respondieron al cuestionario consideraron este *issue* entre los dos más relevantes junto con “la salud pública y la prevención”.

Sin embargo, no hay interpretación plausible, a mi entender, que pueda sustentar la primera posición en la agenda pública del tema “drogas”, claramente destacado del resto con un 47,5% de las respuestas. Y se puede decir lo mismo del tercero de los *issues*, el “tabaco y el alcohol”, y del quinto, sexto y séptimo: “SIDA”, “medio ambiente” y “calidad de vida”. Todos estos asuntos destacados en la agenda pública aparecen como tópicos de la agenda mediática, en el mejor de los casos, en un 2% de las informaciones analizadas.

Hay también una cuestión de contexto social que puede haber marcado alguno de los resultados. Esta investigación se llevó a cabo en los meses de febrero, marzo y abril de 2007, con unas elecciones autonómicas y municipales en capilla (los comicios se celebraron en mayo). Una situación de pre-campaña tiene consecuencias en la cobertura de las noticias por parte de los medios, y sí es cierto que la atención sanitaria, la política sanitaria, los hospitales y las listas de espera fueron asuntos claves en el debate político de los candidatos a la Presidencia de la Comunidad de Madrid.

Finalmente, resta reflejar lo que dicen los datos respecto a las dos hipótesis tentativas que se establecieron en el apartado de problemas científicos:

HT1: Los políticos responsables de salud en Madrid hacen discursos apelando a la prevención y a la salud pública, a la vez que discuten la gestión y la calidad del sistema asistencial.

HT2: Los periodistas de salud abordan todos los temas de actualidad pero se sienten atraídos por aquellos que tienen que ver con la prevención y las enfermedades más prevalentes.

La primera de las hipótesis tentativas se verifica en las respuestas de los representantes de PSOE e IU al cuestionario remitido para la investigación. De igual modo se ratifica la segunda hipótesis tentativa al indicar cuatro de los cinco periodistas que contestaron a nuestras preguntas que la prevención formaba parte de los asuntos que más les interesaban.

2.2.7 CONCLUSIONES

En Madrid los medios de comunicación escritos, tanto gratuitos como de pago, prestan atención principalmente a los temas asistenciales dentro del amplio abanico de asuntos relacionados con la salud que pueden ser objeto de sus informaciones. Esta realidad mediática, que puede venir marcada por el foco del debate político en lo asistencial, se contradice con el gusto de los periodistas sanitarios madrileños por lo preventivo y con la agenda de temas que los lectores consideran más relevantes.

Este contexto socio-cultural, acompañado de la coyuntura electoral del momento del trabajo empírico, puede haber condicionado la validez de la teoría del establecimiento de la agenda para los asuntos de salud en Madrid. En cualquier caso, se imponen nuevos estudios que corroboren esta conclusión después de revisar el diseño de la investigación y aplicar, en su caso, algunos ajustes a la metodología empleada.

La complejidad de los resultados obtenidos deja en evidencia la necesidad de incrementar la investigación sobre comunicación y salud para mejorar el uso de las herramientas comunicativas con vistas a elevar el nivel de bienestar de la población. La teoría de la agenda *setting* sería un vehículo interesante para abordar esta tarea, teniendo en cuenta su vigencia académica y el debate abierto sobre su ampliación a paradigma comunicativo. Sobre este aspecto considero que la inclusión del estudio del *framing* de las noticias de salud puede aportar claridad y riqueza a los resultados cuantitativos que se extraen del análisis del contenido de los medios de comunicación (agenda mediática).

En cualquier caso, y siguiendo las recomendaciones de Takeshita (2006), la teoría del establecimiento de la agenda afronta retos interesantes que tienen que ver con la evolución de fenómenos sociales tan importantes como internet o, en el caso de España, la práctica omnipresencia de los diarios gratuitos en el día a día de las audiencias. Este efecto está poco medido en la literatura actual sobre agenda *setting*, aunque empiezan a aparecer trabajos sobre la fijación de agendas en la Red.

Por otro lado, el fenómeno creciente de la desconfianza de la población en los medios de comunicación y en la clase política debe tener su correlato en las variables que son objeto de estudio por parte del modelo de investigación comenzado por McCombs y Shaw en 1972.

Todas estas cuestiones hacen plantearse iniciativas futuras de estudio de la comunicación colectiva y la salud en Madrid en un marco metodológico quizá más cualitativo, en el que el análisis del contenido de las noticias tenga una vertiente cuantitativa pero también un estudio del encuadre, porque efectivamente no podemos encontrar con noticias cuyo tópico esté bien asignado, por ejemplo, a “hospitales” y sin embargo tenga un claro *frame* preventivo.

También de esta experiencia hay que extraer la enseñanza de huir de coyunturas electorales o pre-electorales que eventualmente puedan alterar las agendas y el clima de opinión pública. Podría ser interesante, así mismo, incidir en la investigación de la prensa gratuita como fijadora de agenda, dado que es un camino sin explorar y cabría esperar resultados interesantes.

BIBLIOGRAFÍA

- BARQUERO, José Daniel. (2002). *Comunicación y relaciones públicas*. McGraw-Hill. Madrid.
- BECK, Christina S. et al. (2004). "Enacting «health communication»: the field of health communication as constructed through publication in scholarly journals". *Health Communication*, Vol. XVI, Número 4, 475-492.
- CLÈRIES, Xavier. "La comunicación, clave en la formación médica", en *Diario Médico*, 5-I-2007, p. 7.
- CRAIG, Robert T. (1999). "Communication Theory as a Field". *Communication Theory*, Volumen IX, p. 119-161.
- CRAIG, C.L.; TUDOR-LOCKE, C. y BAUMAN, A. (2007). "Twelve-month effects of Canada on the Move". *Health Education Research*. Volumen XXII, número 3. p. 406-413.
- CUESTA, Ubaldo; UGARTE, Aitor y MENÉNDEZ, Tania. (2006). *Comunicación social y salud: una introducción*. Fundación General de la Universidad Complutense. Madrid.
- CUESTA, Ubaldo; MENÉNDEZ, Tania y GARCÍA, Marisa. (2006). "Comunicación social y salud: un nuevo planteamiento estratégico". *FISEC-Estrategias*, número 4.
- DESCARTES, René. (2006). *Discurso del Método*. Espasa Calpe. Madrid.

- ENTMAN, Robert. (1993). "Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm". *Journal of Communication*. Vol.43, número 4, p. 51-58.

- EVANS, William. (2005). "Bibliography". *Health Communication*. Vol.17, número 1, p. 105-113.

- FISEC. (2004). "Conclusiones del II Encuentro Iberoamericano sobre Estrategias de Comunicación". *FISEC-Estrategias*, número 1.

- FLÓREZ LOZANO, José Antonio. "Las habilidades de comunicación del médico en la praxis clínica actual", en *Diario Médico*, 16-XI-2006, p. 44.

- FREIMUTH, Vicki S. et al. (2006). "A Descriptive Analysis of 10 Years of Research Published in the Journal of Health Communication". *Journal of Health Communication*. Vol. XI, número 1, p. 11-21.

- FUNDACIÓN BBVA. (2005). Estudio sobre internet en España.

- HASTINGS CENTER. (2004). *Los fines de la Medicina*. Traducción al castellano realizada por la Fundación Grifols.

- HUHMAN, Marian; POTTER, Lance D. et al. (2005). "Effects of a Mass Media Campaign to Increase Physical Activity among Children". *Pediatrics*. Vol. 116, número 2, pp. 277-284.

- JACKSON, Lorraine D. y DUFFY, Bernard K. (1998). *Health Communication Research. A Guide to Developments and Directions*. Greenwood Press, Wesport.

- JUAN XXIII. (1961). Encíclica Mater et Magistra.

- LALONDE, Marc. (1974). *A new Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa.

- LEE, Jong-wook. (2005). "Public health is a social issue". *The Lancet*, vol. 365; pp. 1.005-1.006.

- LÓPEZ ESCOBAR, Esteban. (1997). "Estudio introductorio. Comunicación y comunicación colectiva", en MCQUAIL, Denis y WINDAHL, Sven. (1997). *Modelos para el estudio de la comunicación colectiva*. Eunsa. Pamplona.

- MARTÍNEZ, Yolanda. (2003). Propuesta de un modelo responsable de información sanitaria. Estudio del caso de la encefalopatía espongiforme bovina (EBB o "mal de las vacas locas"). Madrid, Tesis doctoral. Servicio de Publicaciones de la UCM.

- MATTELART, Armand y MATTELART, Michèle. (1997). *Historia de las teorías de la comunicación*. Paidós. Barcelona.

- MCCOMBS, Maxwell y WEAVER, David. (1985). "Toward a merger of gratifications and agenda setting research" en ROSENGREN, K. L. et al., ed. *Media Gratifications Research: Current Perspective*. Sage Publications. Beverly Hills.

- MCCOMBS, Maxwell y GHANEM, Salma. (2001). "The convergence of agenda setting and framing" en REESE, Stephen et al., ed. *Framing Public Life*. Lawrence Erlbaum. Mahwah.

- MCCOMBS, Maxwell (2006). *Estableciendo la agenda*. Paidós. Barcelona.

- MC DIVITT, Judith A.; ZEMECKI, Susan y HORNIK, Robert C. (1997). "Explaining the Impact of a Communication Campaign to Change Vaccination Knowledge and Coverage in the Philippines". *Health Communication*, vol. 9, número 2, pp. 95-118.

- MC QUAIL, Denis y WINDAHL, Sven. (1997). *Modelos para el estudio de la comunicación colectiva*. EUNSA. Pamplona.

- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2006). Barómetro Sanitario. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2006_total_mar.pdf [última revisión julio de 2007].

- PEREZ, Rafael Alberto. (2001). *Estrategias de Comunicación*. Ariel. Barcelona.

- PEW INTERNET. (2006). *Online Health Search*. Disponible en http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Online_Health_2006.pdf [última revisión julio de 2007].

- POLO, Leonardo. (1991). *Quién es el hombre*. Ediciones Rialp. Madrid. pp.19 y ss.

- POPPER, Karl R. (1982). Para este estudio se ha manejado la 2ª reimpresión de la 4ª edición en castellano de *Sociedad abierta, universo abierto* (2002). Tecnos. Madrid. pp. 98-101.

- PUERTO, María. (2007). “La satisfacción de los usuarios en un servicio público de salud varía en función del trato recibido”. Tesina inédita.

- ROSE, Geoffrey. (1981). “Strategy of Prevention: Lessons from Cardiovascular Disease”. *British Medical Journal*, Vol. 282, pp.1847-51.

- ROSE, Geoffrey. (1985). “Sick Individuals and Sick Populations”. *International Journal of Epidemiology*, vol. 14, número 1, pp. 32-38.

- SÁDABA, Teresa, (2006). *Framing*. Ediciones Ulzama. Pamplona. p.62 y ss.

- SHOEMAKER, Pamela; EICHHOLZ, Martin; KIM, Eunyi et alter. (2001). “Individual and routine forces in gatekeeping”. *Journalism and Mass Communication Quarterly*. Volumen 78, número 2, p. 233-246.

- TAKESHITA, Toshio. (2006). "Current critical problems in agenda-setting research". *International Journal of Public Opinion Research*. Volumen 18, número 3.

- TERRIS, Milton. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Editorial Siglo XXI. Ciudad de México.

- THOMPSON, Teresa L. (2006). "Seventy-Five (Count 'Em-75) Issues of Health Communication: An Analysis of Emerging Themes". *Health Communication*. Vol. XX, Número 2, p. 117-123.

- THOMPSON, Teresa L. "Introduction" en THOMPSON, T. et al., ed. (2003). *Handbook of Health Communication*. Lawrence Erlbaum Associates. Mahwah.

- UGARTE, Aitor. (2007a). "El binomio comunicación y salud" en *Avances en Comunicación y Salud*. Editorial Complutense. Madrid. En prensa.

- UGARTE, Aitor. (2007b). "La necesidad de investigar en comunicación y salud" en GARCÍA DEL CASTILLO, J. A., ed. *Medios de comunicación, publicidad y adicciones*. EDAF. En prensa.

- VALBUENA, Felicísimo. (1997). *Teoría General de la Información*. Editorial Noesis. Madrid. Disponible *on line* en <http://permeso.es/ter/dep/p101.htm>. [última revisión septiembre de 2007].

ANEXO

1. Texto del artículo de McCombs y Shaw, de 1972: “The agenda *setting* function of mass media”.