

EPIDEMIA DE GRIPE A EN BUENOS AIRES EN 2009 Y LA COMUNICACIÓN DE LA PREVENCIÓN COLECTIVA

The 2009 Buenos Aires flu H1N1 epidemic and communication of community prevention measures

Adriana Dawidowski¹,
Natalia Pereiro²,
M. Victoria Schang³,
Ana M. Gómez
Saldaño⁴,
Silvana Figar⁵,
Patricia Matejic⁶,
Marcelo Marchetti⁷,
Fernán González
Bernaldo de Quiros⁸

1 Bioquímica. Magíster en
Cs. de la Comunicación.
Investigador. Área de
Epidemiología del Plan de
Salud y del Servicio de Clínica
Médica del Hospital Italiano
de Buenos Aires. E-mail para
contacto: adriana.dawidowski@
hospitalitaliano.org.ar
2 Investigador junior. Área de
Epidem. del Plan de Salud y
del Serv. de Clín. Méd. del H.
Italiano de Bs. As.

Trabajo recibido:
22 de abril 2010
Aprobado:
10 de mayo 2010

Resumen

Objetivo: Analizar longitudinalmente la construcción de la participación social en la prevención de la gripe A en 2009, evaluando sincrónicamente discursos sobre prevención y evolución de la epidemia en clase media urbana de Buenos Aires. **Métodos:** Triangulación cuali-cuantitativa: 1) Evolución de enfermedad tipo Influenza en un Hospital de Comunidad que atiende clase media porteña; 2) Evolución de casos a nivel país; 3) Representación de la prevención en medios gráficos nacionales. **Resultados:** El brote epidémico en clase media porteña precedió al total país, período en el que el porcentaje en tapa de notas sobre gripe A era 3,9%. Las medidas que previenen colectivamente la difusión viral (higiene de manos, superficies y contención de estornudos)

3 Licenciada en Sociología. Investigador. Área de Epidem. del Plan de Salud y del Serv. de Clín. Méd. del H. Italiano de Bs. As.
4 Médica. Especialista en Pediatría e Infectología. Investigador. Área de Epidem. del Plan de Salud y del Serv. de Clín. Méd. del H. Italiano de Bs. As.
5 Médica. Especialista en Clínica Médica. Magíster en Epidemiología. Coordinador del Área de Epidem. del Plan de Salud y del Serv. de Clín. Méd. del H. Italiano de Bs. As.
6 Médica. Especialista en Clínica Médica. Coordinador. Dirección Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires.
7 Médico. Especialista en Clínica Médica. Gerente. Dirección Médica del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires.
8 Médico. Especialista en Clínica Médica. Director del Área de Investigación en Medicina Interna. Vicedirector del Hospital Italiano de Buenos Aires.

se comunicaron posteriormente al pico epidémico.

Conclusiones: La comunicación contribuyó a construir tardíamente la participación social. Esto evidencia la necesidad de promover la participación temprana de la sociedad en la prevención colectiva frente a riesgo epidémicos.

Palabras Claves: Virus de la Influenza A, Argentina, Prevención de Enfermedades, Medios de Comunicación, Brotes de Enfermedades

Abstract

Objective: To analyze longitudinally the construction of social participation in the prevention of influenza A in 2009, by evaluating social discourses synchronously with the evolution of the epidemic in urban middle class of Buenos Aires.

Methods: Triangulation of qualitative and quantitative data: 1) Evolution of influenza-like illness in a community hospital serving middle-class Buenos Aires, 2) Evolution of cases at country level, 3) representation of prevention in national media.

Results: During the outbreak in Buenos Aires middle-class, which preceded the country's total, percentage on front page news on influenza A was 3.9%. The measures that collectively prevent the virus spread (hand hygiene, surfaces and containment of sneezing) was subsequently reported to the epidemic peak.

Conclusions: Communication had contributed to the involvement of social participation belatedly. This highlights the need to promote the early involvement of society in collective prevention against epidemic risk

Key Words: Influenza A Virus, H1N1 Subtype; Argentina, Preventive Medicine; Mass Media; Disease Outbreaks.

Introducción

El surgimiento de la nueva pandemia de Influenza H1N1 iniciada en Marzo de 2009 en México y su rápida diseminación por varios países del mundo puso a las sociedades nuevamente frente al desafío de poder accionar coordinadamente para evitar la propagación del este nuevo agente epidémico.

Argentina se ha enfrentado a varias epidemias en su historia en donde la falta de acción rápida y coordinada mostró su máxima expresión en la de la Fiebre Amarilla: en 1871, durante los preparativos para el carnaval, la crónica relataba la llegada de la fiebre amarilla que tomó de manera sorpresiva y desinformada a la población y alcanzó el 10 de abril, "el feriado negro", una mortandad diaria de 563 fallecidos [1].

En base a la experiencia y evidencia histórica, la Organización Mundial de la Salud enfatiza que el control de las epidemias radica en el accionar temprano de las políticas sanitarias preventivas llevadas a cabo por la misma sociedad [2].

Las medidas preventivas para enfrentar y disminuir el impacto de la pandemia en cada sociedad requieren, según la OMS, de una comunicación precoz con la finalidad de motivar, movilizar y solidarizar a los miembros de la comunidad a adoptar comportamientos individuales que protegen al conjunto social [2-4].

Las medidas preventivas de protección social que atenúan la diseminación varían de acuerdo al mecanismo de transmisión del agente infeccioso responsable de la epidemia; en el caso de la prevención de una epidemia de contagio aéreo, como la gripe A, las medidas que evitan la diseminación viral son: la higiene frecuente de manos, cubrirse la nariz al estornudar y el aislamiento domiciliario ante la aparición de síntomas de síndrome gripal [2, 5-7]. Un estudio reciente de revisión sobre infecciones de virus respiratorios muestra que este tipo de comportamientos son útiles para controlar la propagación de un brote [6].

La participación coordinada en la implementación de estas medidas preventivas frente a enfermedades infectocontagiosas es dificultosa y necesita difundirse a través de los medios de comunicación, especialmente en la etapa precoz, para lograr una acción rápida e inclusiva de todos los sectores sociales [3, 8, 9].

Conocer cómo en la Argentina se fomentó la participación de la población en el cuidado social a través de la comunicación durante la epidemia de Gripe A, permitirá identificar las modalidades de comunicación para enfrentar futuros brotes epidémicos estacionales.

En este estudio de caso se analiza la construcción de la participación social para el control de la pandemia de Gripe A evaluando la sincronía entre los discursos sobre prevención y la evolución de la epidemia en clase media urbana metropolitana.

Materiales y Métodos

Diseño: Triangulación de datos cuali-cuantitativos [10].

Periodo de análisis: desde la primera noticia publicada sobre Gripe A en Argentina (22/4/2009, en la sección "Pastillas" del diario La Nación) hasta que comienza a disminuir la epidemia (12/7/2009) [11].

Población de referencia: Clase media de Buenos Aires.

Población del estudio: Para representar la demanda de atención médica de urgencia y la evolución de enfermedad tipo Influenza (ETI) en clase media urbana de Buenos Aires se utilizaron por conveniencia los datos del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), que atiende por sistema de medicina prepaga a una población de 150 mil afiliados en 27 centros de atención distribuidos en Ciudad de Buenos Aires y en los 14 partidos completamente urbanizados del Conurbano Bonaerense. Esta población es la destinataria de los medios gráficos masivos que se analizan en este trabajo [12].

Fuentes de datos para el análisis por triangulación

1) Demanda de atención de urgencia y diagnósticos ETI en pacientes afiliados a HIBA: Los datos se obtuvieron del Sistema de Información Hospitalario Integrado. La Demanda de Atención de Urgencia se obtuvo a partir de datos administrativos, incluyendo las consultas al Servicio de Emergencia (Guardia); las de Demanda Espontánea (atención no programada de lunes a viernes de 8 a 20) y las de Atención Domiciliaria.

Los casos ETI se obtuvieron a partir de los diagnósticos médicos de la historia clínica electrónica codificados según la terminología médica SNOMED CT versión en Español [13]. A partir de los mismos se determinó el N° de diagnósticos ETI.

Se considera epidemia cuando la tasa de diagnósticos ETI supera los 200 cada 100 000/semana [14], equivalente a 300 semanales en nuestra población de estudio (43 diagnósticos/día).

El HIBA es unidad centinela de Influenza A y reporta al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

2) Evolución de la epidemia La evolución de la Gripe A en el total país y en el mundo se obtuvo a partir de los partes diarios publicados por el Ministerio de Salud de La Nación (MSAL) en su sitio de Internet, extrayéndose: número oficial de casos confirmados por día, cronología de los países del mundo alcanzados por el virus H1N1 e las instrucciones sobre medidas preventivas [15].

3) Representaciones de la enfermedad y su prevención en los diarios

3a) La representación de la enfermedad y de la prevención se analizó a partir de las notas de tapa sobre Gripe A publicadas en los diarios de mayor tirada en el país: Clarín (CL); La Nación (LN); Página 12 (P12) y Diario Popular (DP) (359 961; 156 136; 20 000 y 90 215 ejemplares diarios respectivamente) [12]. El público lector de estos

medios gráficos cubre el espectro de la clase media argentina (CL: público general, LN: clase Media Alta, P12: Media típica y DP: Media baja) [12].

A partir de las tapas de los diarios se analizó:

3a.i) Presencia en tapa de la Gripe A: fracción (expresada en %) de superficie de las notas sobre gripe A en relación a la superficie total de la tapa del diario.

3a.ii) Representación de la enfermedad y de la prevención: se obtuvo por análisis comparativo longitudinal de figuraciones, entendiendo por figuración el resultado de los modos de hacer referencia a la Gripe A y a su prevención. Para ello se identificaron todos los segmentos de texto e imágenes que hacían referencia directa o indirecta a las características de la Gripe A y a su prevención. De este material se analizó su contenido temático [16]; las características icónicas y textuales, las articulaciones recíprocas y las relaciones con el espacio total de la tapa [17, 18]. En este análisis se consideraron las figuraciones comunes entre diarios, excluyéndose las particularidades de cada medio. Se analizaron las figuraciones desde el inicio de la epidemia hasta el pico epidémico nacional [11].

3b) De la publicidad oficial en medios gráficos se obtuvieron las instrucciones sobre prevención destinadas a la difusión masiva.

Resultados

Brote epidémico en el HIBA

Entre el 1 y el 23 de junio se produjo un aumento de las consultas de urgencia (tanto Guardia, Demanda Espontánea como Atención Domiciliaria) en el HIBA de pacientes provenientes tanto de Ciudad de Buenos Aires como de Conurbano Bonaerense. Las consultas alcanzaron su pico máximo el 16 de junio (Gráfico 1). Se pudo observar que el pico de consultas de urgencia pediátricas en el HIBA precedió en una semana (8 de Junio) al observado en adultos (16 de Junio).

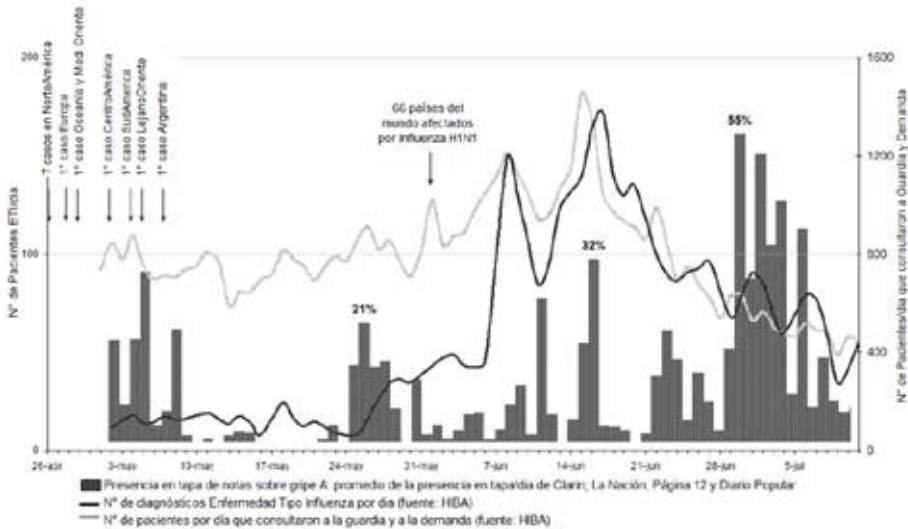


Gráfico 1. Sincronía de los datos triangulados: demanda de atención de urgencia por día; diagnósticos ETI por día; países del mundo alcanzados por el virus de influenza H1N1 y presencia en tapa de las notas sobre gripe A.

Del análisis de los diagnósticos ETI diarios en el HIBA se observa que para esta población se alcanzaron valores de epidemia a partir del 7 de junio, con valores máximos

las semanas epidemiológicas 25 y 26 (del 7/6 al 20/6). En todo el país el pico epidémico se alcanzó la semana epidemiológica posterior (semana 27; del 21/6 al 27/6) [11].

Presencia en tapa de medios masivos de la enfermedad

La primera noticia sobre gripe A fue publicada como tema de tapa por todos los diarios entre el 25 y el 26 de abril (Tabla 2).

Tabla 2. Resumen cronológico de los tópicos publicados en la tapa de los diarios sobre gripe Aa

Periodo (día y mes)	Presencia en tapa ^b (%)	Principales tópicos de tapa
25-abr a 2-may	19,7%	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemia en México por un nuevo virus de "Gripe Porcina" que paraliza al país • Alerta de la OMS por posible pandemia • Plan argentino de prevención: suspensión de vuelos con México. • Crece la venta de barbijos en el país.
3-may a 9-may	12,0%	<ul style="list-style-type: none"> • 1° caso en el país proveniente de México. No sufrió complicaciones • Tensión entre Mexico y Argentina por el bloqueo sanitario: ¿la suspensión de vuelos fue paranoia? • Leve optimismo de la OMS
10-may a 23-may	0,6%	<ul style="list-style-type: none"> • Reanudación de vuelos con Mexico • Confirman 2° caso en el país • Ataque a un micro chileno con un enfermo
24-may a 30-may	9,7%	<ul style="list-style-type: none"> • Expansión del virus: comienza la cuenta sistemática de casos argentinos • Contagio por viajes al exterior. Cierre de colegios en zona norte de Ciudad de Buenos Aires y Conurbano bonaerense
31-may a 11-jun	3,9%	<ul style="list-style-type: none"> • Se generaliza la denominación "gripe A" • Continúa la cuenta de casos y el cierre de colegios. • Polémicas: dudan expertos y autoridades sobre medidas a tomar: ¿se deben cerrar escuelas, suspender viajes de egresados?: las autoridades deciden cerrar sólo escuelas con casos confirmados
12-jun a 27-jun	9,6%	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de la pandemia por la OMS • 1° muerte en el país: beba prematura de 3 meses en el Hospital Posadas • Recuento de casos de muertos: No se puede contener la epidemia, la situación "severa" • Incremento de consultas médicas y colapso del sistema sanitario se encuentra colapsado. • Referencia a los grupos vulnerables y de riesgo • Se espera el pico dentro de 2 semanas • Se instala hospital de campaña • Se está por declarar la Emergencia Sanitaria

^b Fuentes: Clarín; La Nación; Página 12; Diario Popular
^a Promedio de las presencias en tapa en cada uno de los medios gráficos por día.

En la última semana de abril y primera de mayo se observa un alto porcentaje de noticia en tapa cuando la "gripe porcina" surgió como primicia y mientras no se registraban incrementos en las consultas por gripe. En la segunda y tercera semana de mayo la presencia en tapa fue casi nula, a pesar que en ese período el MSAL reportaba la expansión del virus H1N1 por todo el mundo (Gráfico 1).

En la última semana de mayo aumentó la presencia en tapa de titulares con notas referidas al cierre de colegios privados (Tabla 2), pero fue baja las siguientes semanas, entre

el 1 y el 11 de junio; en estas semanas se produjo el primer pico de demanda de atención de urgencia y de casos de ETI en el HIBA (Gráfico 1). A partir de la declaración de la pandemia por la OMS la presencia en tapa aumenta intermitentemente, con picos que coinciden con los casos confirmados por el MSAL. La máxima presencia en tapa se produjo las 2 primeras semanas de julio, con un promedio de 21,5%. (Gráfico 1).

Figuración de la enfermedad

Del análisis de figuración de los títulos, entre el 25/4 y el 2/5 la "gripe porcina" se trató extensamente en los diarios en dimensión catastrófica ("alerta mundial" "riesgo de pandemia"), mostrándose como una enfermedad mortal, que no tiene cura ("no hay vacunas") y fácilmente transmisible.

Luego se fueron modificando los temas de tapa (Tabla 2): hubo 2 semanas de ausencia en tapa y en la última semana de mayo se publicaron los primeros casos autóctonos en colegios privados pero sin fallecidos. Esto configuró la noción de una enfermedad "leve" (LN 27/5), asociada a las clases medias altas y a los viajes al extranjero.

Hasta la declaración de la pandemia se presentaron ideas contradictorias y confusas sobre la enfermedad (Foto 3): por un lado se publicaba el N° de afectados, cierre de colegios, suspensión de viajes de egresados y adelantamiento de vacaciones, y por lo

tanto la noción que la enfermedad se estaba extendiendo y agravando (“Gripe A no para y ya hay tres enfermos graves”; DP 13/6). Por otro lado se reflejaron polémicas sobre la suspensión de actividades públicas, se habló de psicosis de la población, (“psicosis en torno de lo que se debe hacer”, LN 5/6), la OMS declaró la pandemia afirmando que “El virus no puede ser detenido” (LN 12/6), pero que la epidemia “es una enfermedad moderada” (CI 12/6).

Foto 3. Ejemplos de recortes de tapa de diarios de la 2° y 3° semana de junio



A partir de la 1° muerte el 14/6 la gravedad de la Gripe A se asoció a los grupos vulnerables y a la pobreza, es decir, una enfermedad ajena para la clase media: “primera víctima fatal en Argentina. Es una beba de tres meses. Había nacido prematura y tenía complicaciones respiratorias” (P12 16/6); “ya hay 4 muertos y apuntan a grupos de riesgo” (LN 17/6); “un adolescente de La Matanza y un chico de Capital. Los dos tenían enfermedades previas, que el virus agravó” (CL 19/6).

La 4° semana de junio las publicaciones de tapa reflejan una situación de gravedad en la que cada integrante de la sociedad está amenazado: “No hay camas disponibles en las salas comunes y en terapia intensiva” (CI 23/6); “una masiva diseminación de la enfermedad por todo el país” (LN 23/6) “Brasil recomendó no viajar a la Argentina” (P12 24/6).

Figuración de la prevención

En los partes diarios del MSAL hay 2 menciones a las medidas de prevención: el 5/5 se solicita a los medios de comunicación mantener informada a la población en forma permanente y el 6/5 se publican las medidas preventivas recomendadas por la OMS. Respecto de la publicidad oficial en medios gráficos se publicaron 3 en el período abril-mayo y 2 en junio. Las primeras (30/4; 3/05 y 29/5) describían los síntomas de la enfermedad y donde acudir en caso de enfermarse; las de fines de junio (22/6 y 26/6; durante el pico epidémico nacional) comunicaron las medidas higiénicas preventivas (“Cúbrase la boca y la nariz con un pañuelo...”; “Lávese las manos varias veces por día...”; “ventile los ambientes...mantenga limpias las mesas de trabajo...”; etc)

Las notas de tapa de los medios gráficos trataron las medidas recomendadas por la OMS para que las personas eviten la diseminación del virus explícitamente en 2 ocasiones (P12 28/04; LN 27/5 y 12/6). En los restantes números la información sobre este tipo de medidas fue escasa y no sistemática: higiene de manos /superficies (LN 27/5 y 12/06); contención de tos /estornudos (LN 27/5 y 12/06); aislamiento (CL 26/5; LN 17/06 y DP 04/06 y 05/06).

Como imagen de prevención, desde el primer momento el barbijo se instaló como icono de la enfermedad y se mostró junto con el aislamiento social (evitar agrupamientos de personas) como las principales medidas para evitar el contagio.

Las referencias en tapa al alcohol gel se publicaron a fines de junio, cuando la curva de consultas en el HIBA se encontraba declinando (DP 29/06 y 05/07 y LN 03/07).

A partir de la 1° semana de junio lo que se publicaron fueron polémicas con expertos y autoridades; esto generó una noción fragmentada de autoridad, y por lo tanto dificultad para los destinatarios de reconocer cuál era la voz autorizada en quien confiar (Foto 3). Al mismo tiempo las ideas sobre la gravedad y las consecuencias de la enfermedad eran confusas, e incluyeron alusiones al pánico social (“No entrar en pánico”; CI 12/6) y a comportamientos que configuraban la idea de salvación individual (“Testimonios de familias que se protegen por su cuenta” CI 1/7, “Por la gripe se triplicó en un mes el ausentismo en el trabajo” CI 26/06)

Recién a partir del 15/6 se comienzan a publicar notas en tapa que configuraban al cuidado colectivo como forma privilegiada de protección frente a la epidemia: “el autocontrol de la población es clave” (CI 17/6); “la arquidiócesis de la ciudad de Sydney decidió suspender la ceremonia donde los parroquianos beben vino del mismo recipiente por las precauciones sanitarias ante la rápida difusión de la gripe porcina A H1N1. Tampoco hubo apretones de manos” (P12 15/6). “Recomiendan guardar un metro de distancia entre cada persona en colas para votar” (DP 25/6).

Discusión

Este estudio muestra que la construcción de la participación social para el control de la epidemia de Gripe A en Buenos Aires se inició tardíamente, cuando ya la clase media había atravesado el pico de demanda de atención de urgencia y de diagnósticos por ETI. Desde el 1° caso de gripe A en Argentina hasta el comienzo de la epidemia la imagen de prevención se había basado principalmente en la comunicación de medidas de autoprotección.

En ese período inicial la comunicación generó una idea de enfermedad cambiante en el tiempo: grave, luego leve, luego ajena y de grupos vulnerables. Al mismo tiempo la imagen de prevención quedaba asociada a la figura amenazante con que se representaba la enfermedad, y que se correspondía con la noción de protegerse para evitar el peligro personal: por ejemplo imágenes de uso masivo del barbijo como auto-protección, en vez de destacar su rol en los afectados para evitar diseminar el virus como indicaban las recomendaciones [5]. El mismo efecto de sentido podría haber tenido las notas sobre reacciones de la población que no se correspondían con las pautas oficiales, como comprar antivirales sin indicación médica o el ausentismo voluntario en escuelas.

Dado que durante el pico epidémico en clase media la comunicación resultó discursivamente contradictoria, este tipo de conductas preventivas podrían haber respondido a la falta de confianza de la población sobre el control de la epidemia, al igual que ocurrió en otros países [19, 20].

Otro posible factor explicativo del tipo de comunicación fue la falta de certezas, aún para los expertos médicos [21], sobre la evolución de la epidemia. De hecho, a partir de la experiencia con el brote epidémico de gripe aviar muchos medios adoptan políticas cautelosas y evitan el sensacionalismo [9, 22]. También la amenaza de pánico y desborde pueden haber limitado la jerarquía de las notas en tapas [20, 21].

Fue a partir de la declaración de la pandemia que los medios comenzaron a difundir medidas de prevención colectiva. En ese período también se modificaron positivamente las actitudes preventivas, según surge de algunas encuestas que mostraron un aumento del 40% al 84% de los hábitos higiénicos recomendados por la OMS [23]. Dado que durante

ese corto período la mayoría de la población no había experimentado personalmente la enfermedad, podemos pensar que nuestra sociedad se sensibilizó y se activó positivamente ante la difusión de medidas preventivas.

Una limitante de las conclusiones de este trabajo es que el análisis se realizó sobre las tapas de los medios gráficos, sin considerar las notas del interior del diario, donde se publicó información sobre la Gripe A. Sin embargo las tapas son consideradas el soporte del vínculo entre el medio y el lector; y permite entender la jerarquía de la temática y el modo estratégico de abordaje [24]. Además es sabido que la mayoría lee los diarios superficialmente [25]. Tampoco se analizaron los medios audiovisuales, que son los que mayor impacto en la población, y por lo tanto este estudio no descarta que la sociedad argentina haya estado expuesta a figuraciones de enfermedad y prevención diferentes y más diversas.

Argentina lleva una historia de varias epidemias (fiebre amarilla: 1871; cólera: 1867-1871; 1886-1887; 1894; 1992-1999; poliomielitis: 1956; sarampión: 1991-1992; 1999; dengue: 1998; 2009); un repaso de la participación social en las mismas muestra que no siempre la solidaridad social fue protagónica [1]. No es parte de este trabajo determinar los factores culturales que contribuirían a mejorarla, sin embargo, este estudio evidencia la posibilidad de mejorar la comunicación para sensibilizar tempranamente a la población en la prevención colectiva de las epidemias mediante acciones individuales de cuidado social.

*Ha habido en el mundo tantas pestes como guerras,
y sin embargo pestes y guerras
cogen a las gentes siempre desprevenidas.*

Albert Camus

Bibliografía

1. Jankilevich A. La gran epidemia de fiebre amarilla. 1870.1871. In: Jankilevich A, editor. Hospital y Comunidad: De la Colonia a la Independencia y de la Constitución a la república corporativa. Buenos Aires; 1999. p. 105-16.
2. Organización Mundial de la Salud. Pandemia de gripe: manual de la OMS para periodistas: (WHO/CDS/2005.37); 2004.
3. Key recommendations of the NSW Taskforce on SARS (TSARS). www.health.nsw.gov.au ed. North Sydney; NSW: NSW Department of Health; 2004.
4. Parks W, Lloyd L. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud 2004 (WHO/CDS/WMC/2004.2).
5. Coombes R. A/H1N1 influenza: questions and answers. BMJ. 2009;338:b1849.
6. Jefferson T, Foxlee R, Del Mar C, Dooley L, Ferroni E, Hewak B, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses: systematic review. BMJ. 2008;336(7635):77-80.
7. NSW Department of Health. Key recommendations of the NSW Taskforce on SARS (TSARS). North Sydney; NSW: NSW Department of Health; 2004.
8. Geddes W. The effective use of the media during an infectious disease emergency. N S W Public Health Bull. 2006 Sep-Oct;17(9-10):141.
9. Tormo MJ, Banegas JR. Mejorar la comunicación de riesgos en salud pública. sin tiempo para demoras Rev Esp Salud Pública. 2001;75:7-10.
10. Denzin N, Lincoln Y. Introduction: Entering the field of qualitative research. Handbook of qualitative research. California: Sage; 1994.
11. Ministerio de Salud de la Nación. Influenza pandémica (h1n1) 2009. República Argentina. Informe semana epidemiológica N° 31. 13/08/09. Argentina; 2009.

12. Fernández H. ¿Quién lee cuál? Infobrand Revista de marketing, branding y comunicación. [www.infobrand.com.ar\(6/2/2007\)](http://www.infobrand.com.ar(6/2/2007)).
13. González Bernaldo de Quiros F. SNOMED CT and ICPC-2E cross mapping: coding to facilitate the access to information. 17th World Conference of Family Doctors; 2004; Orlando; 2004.
14. Goddard NL, Kyncl J, Watson JM. Appropriateness of thresholds currently used to describe influenza activity in England. *Commun Dis Public Health*. 2003;6(3):238-45.
15. Ministerio de Salud de la Nación. Situación de Influenza A (H1N1). Partes diarios. en http://municipios.msal.gov.ar/h1n1/2_situacion/situacion.php. Acceso entre abril y julio de 2009. Argentina.
16. Van Dijk TA. La ciencia del texto. Un enfoque interdisciplinar. Barcelona: Paidós; 1980.
17. Traversa V. Cuerpos de Papel: figuraciones del cuerpo en la prensa 1918-1940. Barcelona: Gedisa; 1997.
18. Schaeffer JM. La imagen precaria. Madrid: Catedra; 1992.
19. Falagas ME, Kiriaze IJ. Reaction to the threat of influenza pandemic: the mass media and the public. *Critical Care*. 2006(10):408.
20. Reynolds B, Quinn Crouse S. Effective communication during an influenza pandemic: the value of using a crisis and emergency risk communication framework. *Health Promot Pract*. 2008(4 Suppl):13S-7S
21. Timpka T, Eriksson H, Gursky EA, Nyce JM, Morin M, Jenvald J, et al. Population-based simulations of influenza pandemics: validity and significance for public health policy. *Bull World Health Organ*. 2009;87:305-11.
22. Andresen M. Pandemic threat overblown by both experts and media. *CMAJ* 2006;15;175(4):341.
23. Crece el temor a los contagios, según datos de tres encuestas. en <http://www.clarin.com/> Acceso 26 de Agosto de 2009. Clarín; 9/7/2009.
24. Veron E. "L'analyse du 'contrat de lecture': une nouvelle méthode pour les études de positionnement des supports presse" en: *Les médias, Expériences, recherches actuelles, applications*. París: Institut de Recherches et d'Études Publicitaires.
25. Muleiro V. Así leen los argentinos. *Revista* N°. 2006;Marzo.