



Universidad de Valladolid

CURSO 2013-2014

Facultad de Filosofía y Letras

Grado en Periodismo

**El tratamiento informativo en la
prensa de referencia española de las
crisis sanitarias en los países en
desarrollo**

Alumna: Laura Núñez Motilva

Tutora: Salomé Berrocal Gonzalo

Convocatoria: Junio 2014

Índice

Introducción	3
Metodología	4
La Teoría de la Agenda Setting	5
1. Responsabilidad social de los medios, Sur e información sanitaria	10
1.1 El Periodismo Social.....	10
1.2 La comunicación y los países en vías de desarrollo	13
1.2.1 ¿Qué es el Sur?.....	14
1.2.2 Tendencias y riesgos en la cobertura del Sur.....	15
1.3 Información sanitaria	19
1.3.1 La información sanitaria como noticia	20
2. Las tres principales crisis sanitarias de los países en desarrollo en los últimos años	23
2.1 El concepto de crisis sanitaria	23
2.2 Las tres grandes crisis sanitarias de los últimos años	24
2.2.1 La Fiebre Hemorrágica de Marburgo en Angola (2005).....	26
2.2.2 El Cólera en Zimbabue (2008)	28
2.2.3 La Meningitis Meningocócica en “el cinturón africano de la Meningitis”: Nigeria, Níger y Chad (2009).....	31
3. Aproximación a la cobertura mediática de las tres últimas grandes crisis sanitarias del Tercer Mundo en <i>El País</i>, <i>El Mundo</i> y <i>ABC</i>	36
3.1 Metodología del trabajo de campo.....	36
3.2 Variables analizadas	39
3.3 Exposición de resultados.....	40
3.3.1 La Fiebre Hemorrágica de Marburgo en Angola (2005).....	40
3.3.2 El Cólera en Zimbabue (2008)	43
3.3.3 La Meningitis en Nigeria, Níger y Chad (2009).....	46
Conclusiones	48
Bibliografía	51
Webgrafía	53

Introducción

“La sociedad del espectáculo ha convertido la muerte en una verdadera inconveniencia, en un asunto tan molesto como innecesario, que hay que apartar del paisaje y de la conciencia para seguir ufanándonos de estar, no de ser” (Armada, 2008: 11)

La información sobre salud ha cobrado creciente importancia en los medios generalistas, pues se ha convertido en una de las principales preocupaciones para las sociedades de los países en desarrollo (Elías, 2008). Cada vez que una nueva alerta sanitaria amenaza al primer mundo los diarios se vuelcan en su cobertura, y llevan a la población cada detalle, y cada caso. Sin embargo, el número de fallecimientos por causas evitables en los países del Sur es un tema rodeado por un silencio generalizado.

La información sobre estos países, que parecen tan alejados de la realidad de los lectores del mundo desarrollado, es siempre escasa, pero la que refiere a la salud parece serlo aún más. Cada día, 600 niños menores de cinco años mueren por enfermedades para las que ya existe una vacuna accesible¹, y pese a que, como dice Jeffrey Sachs, una mayoría de la población occidental tiene conocimiento de que existen poblaciones pobres en países en vías de desarrollo, la desinformación es el peor de los obstáculos hacia la toma de conciencia (Ambrós, 2009). ¿Está el público realmente informado de la cantidad de fallecimientos que se producen por causas evitables? ¿Llegan los medios de comunicación a explicar a sus lectores que esas cifras tan abultadas sí tienen un remedio accesible? ¿Transmiten las grandes cabeceras españolas que el cólera, un problema constante en los países del Sur, debería tener una mortalidad inferior al 1%?

Estos asuntos tienen una gran influencia sobre la situación política y social de los países que los padecen, y el mismo Sachs asegura que afectan de forma directa al ámbito económico. Su noticiabilidad está incluso justificada por el volumen de ayuda al desarrollo que reciben desde nuestro propio gobierno, pero, pese a todo, los medios evitan reproducirlos. Este trabajo se ha iniciado buscando los porqués de una tendencia que mantiene al público lejos de una parte de la realidad. Una realidad que, en esencia, podría influir en sus decisiones y demandas públicas.

¹ WHO (2009). *Visión y estrategia mundial de la inmunización*. Disponible en: http://www.who.int/immunization/newsroom/GIVS_Brochure_SP.pdf

Con este fin, se ha seguido una línea de investigación que permitiese conformar o desmentir las siguientes hipótesis:

1. La información que se publica en España con respecto a las crisis sanitarias de los países del Sur es escasa en relación con su impacto social.
2. La información sanitaria sobre países y poblaciones del Sur está poco especializada.
3. La información que se publica sobre las crisis sanitarias en los países del Sur no facilita al público español una comprensión completa de las situaciones.
4. La publicación o no de estas informaciones responde a otro tipo de criterios distintos a los humanitarios y sociales.

Metodología

Este estudio se asienta sobre un contenido teórico previo que trata de acercar al lector a las realidades cuya cobertura va a evaluarse posteriormente. De esta forma, es necesario conocer las teorías sobre la responsabilidad social del periodista, así como la situación en la que se encuentran las dos especialidades que podrían enmarcar estas informaciones: la del periodista que trabaja sobre los países en vías de desarrollo, y la del informador científico. Como no existe una especialidad específica para este campo, ha sido necesario combinar los puntos de vista de expertos con diferentes perfiles, para así dar una idea de este concepto mediante su delimitación.

De igual manera, se han especificado las características de las enfermedades causantes de las tres crisis analizadas, así como de los países que las sufrieron, con el objetivo de poner al lector en situación respecto de estas realidades, y basándose principalmente en las bases de datos de múltiples organismos internacionales.

Desde un principio, se decidió que la mejor forma de discernir si la cobertura mediática para las crisis sanitarias en el Tercer Mundo era suficiente, consistía en realizar un análisis del contenido de las tres grandes cabeceras generalistas en España (*El País*, *El Mundo* y *ABC*). En un primer momento esta introspectiva se diseñó para ejecutarse sobre las ediciones impresas. Sin embargo, tras comenzar el análisis de la crisis sanitaria más importante de las seleccionadas, se descubrió que no se había publicado una sola información en papel a su respecto en estas cabeceras. Así, fue necesario cambiar el método de búsqueda para centrarse, en lugar de en criterios

temporales, en un criterio temático, y en lugar de la edición impresa, en las informaciones digitales.

Los resultados de este estudio pretenden mostrar de qué forma se gestiona en España la agenda mediática en lo que se refiere a la salud y el Sur, y hasta qué punto está la opinión pública capacitada para opinar sobre ello. Para determinarlo, se ha seguido la teoría del efecto de los medios conocida como “agenda setting”.

La teoría de la *agenda setting*

En 1972, McCombs y Shaw acuñaron el término “agenda setting” “para referirse al poder de los medios de comunicación de masas para dirigir la atención de la opinión pública hacia ciertos temas particulares, que aquellos representan como los más sobresalientes y problemáticos de cada momento” (Rubio Ferreres, 2009: 10).

Estos autores utilizaban el símil de las ventanas para referirse a las noticias: hay realidades que, por lo lejanas o inaccesibles que se encuentran, el público no puede conocer de primera mano. Las informaciones son por tanto la forma en la que la mayoría del público accede a esa realidad que queda fuera de su alcance. Sin embargo, estas ventanas pueden dar paso a una imagen más o menos nítida, con más o menos filtros, y ese poder de modificación está en manos de los medios de comunicación.

Como señala Rubio Ferreres en su estudio, esta teoría no analiza los efectos de los medios en la conducta a corto plazo del público, sino las consecuencias de sus acciones a largo plazo. Los medios, mediante su selección de la realidad, intervienen sobre la formación de la opinión pública, y sobre el conocimiento colectivo de un público acerca de un determinado tema. Esta influencia la llevan a cabo por medio de dos vías:

1. **Mediante la selección de las informaciones:** los editores y los directores de los medios deciden en el día a día qué informaciones deben aparecer en sus plataformas y, por tanto, merecer nuestra atención. Si tenemos en cuenta que, como se ha dicho anteriormente, estos medios son la única forma de acceder a las realidades lejanas, se cumple el precepto periodístico por el que “lo que no sale en los medios, no existe”. Además, en este sentido, la selección de la agenda no solo determina qué asuntos conoce el público y cuáles no, sino que mediante criterios como el tamaño, la duración, o la prioridad otorgada a las informaciones, se orienta al espectador o al

lector sobre cuáles son los elementos de mayor importancia: “el papel de los medios en tanto fijadores de la agenda, consiste en su influencia sobre la relevancia del tema, es decir, en destacar la importancia del tema como objeto de la opinión pública”(Rubio Ferreres, 2009: 10).

2. **Mediante el encuadre o *framing*:** McCombs define “encuadrar” como 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. Los medios llevan así a una selección de ciertos aspectos de la información, sobre los que hacen evaluaciones positivas o negativas, sentando unas bases para que el público interprete el tema en un determinado sentido.

Alfonso Armada se refiere a este fenómeno en 2007 reclamando que “los medios tradicionales de comunicación de masas se han acostumbrado a fabricar realidad. ¿Quién decide qué es importante, necesario e imprescindible? ¿Qué es lo que importa? ¿Qué es la realidad? ¿Ha cristalizado, se ha petrificado, es incorregible?” (Armada, 2008: 11)

Así pues, este trabajo busca saber en qué medida los medios analizados han establecido una agenda que permita al público conocer y reflexionar sobre las crisis sanitarias que se producen en los países en desarrollo, una realidad a la que, en su inmensa mayoría, no tienen acceso de primera mano.

Para ello se ha elaborado una plantilla de análisis que pretende diseccionar las características fundamentales de estas informaciones, o de la falta de ellas. Mediante los criterios de análisis cuantitativo o de forma, se pretende establecer en qué medida las tres cabeceras estudiadas han “abierto una ventana” a sus lectores para que conozcan un determinado segmento de la realidad; y mediante los cualitativos o de contenido, se busca saber qué marcos se ha facilitado al público para que puedan interpretar de una u otra forma esas realidades que se les muestran:

Ficha de análisis de noticias

Información general:

Codificador:	Diario:
Fecha codificación:	Fecha publicación:

Información de la pieza:

Nº de palabras:		Sección:	
Autor:		Agencia:	
Redacción	Enviado E.		
Redact. Habitual	Corresponsal		
Experto	Otro		

Información gráfica:

Foto	Si	Tamaño:	Tema:
	No		
Autor:		Agencia:	
Infografía	Si	Tamaño:	
	No		
Autor:		Agencia:	
Tema médico		Otro	
Multimedia:		Si	
		No	

Información de contenido:

Género							
Información					Opinión		
Noticia	Reportaje	Crónica	Breve	Otro	Colaborador	Invitado	Editorial

Título:				
País:				
Epidemia	Cólera	Marburgo	Meningitis	Otro
Enfoque:				
Ayuda humanitaria		Reacción internacional		
Situación interna		Soluciones		
Consecuencias		Otro		
Protagonista:				
Institución				
ONG				
Colectivo				
Otro				

Fuentes informativas:

Tipo de fuentes			
Institucional	Española		
	País afectado		
	Internacional		
	ONG		
	Otro		
Personal		Experta	Científico
			Otro

Tratamiento	
Imparcial	Sensacionalista

Información adicional:

--

Así, este estudio hará primero un repaso por la teoría que enmarca la investigación en su primer capítulo. Posteriormente, se tratarán las situaciones en las que se produjeron las últimas grandes crisis sanitarias del tercer mundo y, finalmente, se procederá a estudiar el contenido de los diarios y exponer las conclusiones obtenidas.

1. Responsabilidad social de los medios, Sur e información sanitaria.

1.1 El Periodismo Social

El ejercicio de la profesión periodística siempre ha ido acompañado de una responsabilidad social específica para con el público al que se dirige. Sin embargo, en los últimos años, se ha ido configurando de forma paulatina una nueva especialidad, la del “Periodismo Social”, que va más allá de la responsabilidad tradicional de los medios, y que tiene como centro aglutinador el interés primordialmente humano de sus informaciones.

Existe aún un cierto vacío teórico entorno a esta especialidad, pues su contenido es difícil de definir. Así María Luengo y Celia Fustes aseguran que “Hoy, el contenido y tratamiento de lo que aquí denominaremos periodismo social sigue siendo clasificado en una especie de cajón de sastre que actualmente acoge un abanico enorme de temas dispares y cambiantes donde historias cruciales sobre la pobreza, inmigrantes, conflictos étnicos o de religión, la mayoría de las veces se tratan de forma coyuntural como sucesos” (Luengo y Fustes, 2009:8).

Sin embargo, dos autoras han escrito sendas obras en las que definen de forma teórica esta nueva especialidad periodística, y delimitan sus funciones y sus características. La primera de ellas es Alicia Cytrynblum, autora del libro “Periodismo social: una nueva disciplina” y presidenta del sitio web www.periodismosocial.org.ar. Según esta teórica, “el periodismo social es un periodismo que asume su responsabilidad en los procesos sociales, que reflexiona sobre su papel en el devenir social y se preocupa por la búsqueda de soluciones. El periodismo social se propone la articulación del eje social con los temas de la política y la economía en la agenda de los medios de comunicación” (Cytrynblum, www.periodismosocial.org.ar citado por Muñoz Agudelo, 2011).

Cytrynblum defiende que el principal método de actuación del periodismo social debe ser la ampliación del concepto de “realidad”. Esta visión más amplia de los acontecimientos le permitirá incluir a más fuentes y protagonistas, para así construir una imagen de la realidad social que integre con mayor fidelidad a todos sus actores. Además, esta actitud fomentará el diálogo que desarrolle soluciones

para enfrentar los principales problemas de la sociedad (Cytrynblum, www.periodismosocial.org.ar citado por Muñoz Agudelo, 2011).

En un momento en el que la mayor parte de las informaciones proceden de fuentes institucionales, que los periodistas utilizan en muchas ocasiones de forma casi exclusiva, el periodismo social trata de abrir ese espectro para dar voz a quienes normalmente permanecen fuera del círculo de influencia de los medios. Claudio Gómez y Paula Pedelaborde señalan que el objetivo de esta especialidad trata básicamente “de la incorporación a la agenda temática de los medios de la voz de actores sociales que no son incluidos como fuentes informativas-opinativas en la noticia cotidiana. [...] En su libro, Cytrynblum dice que los medios atienden, en general, dos temas principales: la política y la economía, que es lo mismo que decir el Estado y el Mercado. Las informaciones sociales serían, entonces, “la tercera pata de la mesa” y, a la vez, “otra fuente de información” para equilibrar la nota”.

Estos mismos autores recogen el testimonio de otra investigadora del periodismo social: Ana María Millares, redactora del libro *Periodismo, opinión pública y agenda ciudadana*. Su aproximación es similar a la de Cytrynblum, pero opta por llamar a esta especialidad “periodismo público”. Así, define sus objetivos diciendo que “El periodismo público pretende aplicar una lupa a ciertos temas comunes de conversación y elevar el nivel de los contenidos informativos con una idea en mente: proporcionar conocimientos a las audiencias para participar en el debate de los temas de interés público” (Millares, 2002:98). Esta autora asegura que la necesidad de una especialización en el periodismo social – o público como ella lo llama – deriva de la relación cada vez menos lógica entre el periodismo y la política. Los medios no responden a la agenda de los ciudadanos porque han dejado de establecer esa agenda de acuerdo con las verdaderas preocupaciones ciudadanas, para pasar a establecerla de acuerdo a las preocupaciones políticas. Esto ha creado un rechazo de los ciudadanos frente a lo público, pues se les transmite la sensación de que está alejado de ellos, y no pueden hacer nada para cambiarlo.

Para Millares, la construcción del periodismo social o público pasa por la superación de las formas del periodismo tradicional, propiciando un diálogo colectivo que vaya más allá de reproducir noticias destinadas a un público

indefinido. Este nuevo tipo de periodismo debe contribuir a facilitar la participación ciudadana y beber de ésta. (Millares, 2009).

El periodismo social requiere un tratamiento específico, además de un especial cuidado, pues en muchos casos los acontecimientos que narra desarrollan temas de alta carga emocional. Entre las características que deben definirlo se encuentran, según el sitio web periodismosocial.org: el uso cuidadoso de los adjetivos, el rescatar a la persona (los drogadictos son personas con problemas de adicción, los inmigrantes ilegales personas en situación irregular etc.) y el respetar y dar voz a las minorías, especialmente en las situaciones de conflicto en las que se vean implicadas. (www.periodismosocial.org.ar citado por Muñoz Agudelo, 2011). Respetando estos requisitos se conseguirá acercar la realidad social al lector y con ello propiciar su análisis crítico de la situación.

También el periodista dedicado a esta especialidad debe cumplir con unos requisitos específicos en el desarrollo de su trabajo:

- “El periodista social debe tener capacidad para conocer, reconocer, y comprender las nuevas realidades sociales ya que se vive un momento que se caracteriza por el cambio social: las nuevas formas de familia, la inmigración, la homosexualidad, los excesivos casos de violencia machista etc. Todos estos cambios sociales deben ser conocidos por el periodista social, debe saber sus causas y también sus posibles consecuencias.
- El periodista social debe tener tenacidad para conseguir convencer al medio en el que trabaje de que los temas sociales deben estar al mismo nivel que los políticos o los económicos [...]. Se busca que sean tan profesionales y estén tan bien sustentados que puedan llegar a portada y ser la nota principal de los diarios” (Solbes, 2013:1).

El estilo del periodista social debe fundamentarse además en el respeto, tratando los temas sociales con naturalidad, sin renunciar a generar un debate público con sus informaciones. Es importante en este campo huir del periodismo amable y de las construcciones lacrimógenas, pese a que los temas tengan gran carga emocional. Para ello, es conveniente no aislar los casos sino mostrarlos como ejemplo de una realidad que afecta a todo un estrato de la sociedad.

El periodismo social tiene el objetivo de remover las conciencias, de profundizar en temas que realmente afectan al público y convertirlos en un campo de discusión, que pueda significar, en última instancia, el desarrollo de nuevas leyes o políticas públicas (Solbes, 2013).

“El Periodismo Social es, por tanto, algo más que contar a la gente los problemas de los demás. Hay que intentar romper con ese estigma y presentarlos de una manera inteligente, fresca, con datos provocadores y desmitificadores, con nuevas voces, una redacción ágil, moderna y hasta divertida, que deje atrás los clichés con los que se relata la pobreza porque se quiere provocar algo importante: reflexiones humanas” (Solbes, 2013:2).

Así, esta disciplina aún reciente se configura como un modo de hacer periodismo que, ampliando el espectro de las fuentes y los protagonistas, sea capaz de reflejar en los medios las preocupaciones de los ciudadanos, incluidas las de los grupos marginales, con rigor y responsabilidad.

1.2 La comunicación y los países en vías de desarrollo.

“El problema de la subinformación entre el Norte y el Sur es en el fondo un problema de comunicación. Es la falta de comunicación, de relaciones e intercambios comunicacionales, de construcciones compartidas sobre el sentido de las realidades y fenómenos actuales, sobre el mundo y la historia, lo que inevitablemente repercutirá en los malentendidos y deformaciones de la información entre el Norte y el Sur” (Sánchez Parga, 1999:121).

El Periodismo Social, como ya se ha dicho, pretende dar voz a los sectores sociales más desfavorecidos, y a aquellos cuya representación en los medios de comunicación es muy escasa. Sin embargo, estos grupos son muchos y muy distintos entre ellos y este es uno de los motivos que mantiene al periodismo social como una disciplina poco definida, pues las especificidades de cada grupo condicionan la forma en la que se perciben las informaciones, y en consecuencia, las características del tratamiento que debe dárseles.

Así, puede entenderse que, en una de sus modalidades, el periodismo social da voz a los sectores marginados de la misma sociedad en la que se desarrolla, mientras que en otra de sus formas representa a otras sociedades que, en un

panorama informativo globalizado, son en conjunto apartadas del escenario informativo mundial.

Según José Sánchez Parga, “siempre en la historia, las civilizaciones dominantes han necesitado una geofantasmática política que dividiera el mundo en dos mitades claramente diferenciadas: nosotros y los otros. Hoy, un “occidente” que se autodelimita a sí mismo de manera tan imaginaria como arbitraria, parece hacer frente a un “otro” más o menos difuso, impreciso y virtual, pero cuya ubicación en el “sur” le proporciona muy claras marcas de identidad y ciertas eficacias simbólicas. Mientras que el “norte” reviste acepciones positivas [...] el “sur” evoca la supeditación”. Esta distancia, que es más simbólica que geográfica, es la que impide una comunicación adecuada entre Norte y Sur, si se entiende esa comunicación como un intercambio de ideas en igualdad de condiciones (Sánchez Parga, 1999).

1.2.1 ¿Qué es el Sur?

Precisamente es necesario delimitar a qué nos referimos cuando hablamos del “Sur”. Marián Hens, plantea una aproximación histórica a esta división cultural entre el Norte y el Sur: “Desde el punto de vista de las prioridades informativas, el mundo se divide geográficamente en bloques jerarquizados y relativamente cerrados” (Hens, 1999:67). Durante la Guerra Fría, estos bandos los formaban el bloque soviético, considerado “el enemigo” y el industrializado de los países occidentales, por otro lado se configuraban los países del “Tercer Mundo”, formado por América Latina, África y Asia, lo que se vino a llamar “el Sur”.

En los años 90, con la caída del Muro de Berlín, el concepto de Sur se modificó, pues las relaciones entre estos países y el Norte se complicaron. Sociedades que tradicionalmente se habían englobado bajo la etiqueta de Tercer Mundo empezaron a desarrollar una fuerte capacidad para la investigación y el desarrollo. Con este cambio se modificó también la cobertura informativa, que dejó de girar en torno a bloques geográficos y empezó a configurarse en torno a los intereses económicos y financieros. De la misma forma, el fin de la Guerra Fría provocó otros cambios, pues la desaparición del bloque soviético hizo desaparecer también lo que se entendía como una “fuerte amenaza exterior” a la sociedad. El interés del público abandonó el plano global y se centró en los peligros más

cercanos: los robos, las drogas, el abuso de menores etc. El cambio en los focos de interés se reflejó inmediatamente en las páginas de los periódicos, que redujeron sus secciones de internacional y aumentaron considerablemente el número de páginas de nacional (Hens, 1999).

No obstante, esta tendencia podría haberse empezado a invertir de nuevo, gracias entre otras cosas al desarrollo del periodismo social, que pone sobre la mesa la realidad de estas sociedades: “Pese a estas carencias y frente a la visión crítica de Sachs sobre el ciudadano medio norteamericano muy alejado de la realidad de la pobreza, en España se podría decir que la opinión pública está tomando conciencia del problema a pasos acelerados, fruto quizá de las olas de inmigración ilegal, en especial de la repercusión mediática de la inmigración de africanos que arriban a las costas canarias o peninsulares. Así, datos recientes demuestran que cuatro de cada cinco españoles piensan que los inmigrantes vienen a España para salir de la pobreza y la falta de desarrollo en sus países”. (Ambrós, 2009:70).

1.2.2 Tendencias y riesgos en la cobertura del Sur

Sin embargo, a las informaciones sobre el Sur les cuesta acceder a las páginas internacionales de los periódicos, debido a la fuerte competitividad que existe en los medios de comunicación actuales, generada por una sobreabundancia de información y un espacio cada vez más limitado. Las noticias sobre países en desarrollo tienen que superar los filtros que se aplican a todas las informaciones de forma homogénea: ¿Qué consecuencias tiene para los intereses nacionales? ¿Qué dimensiones? ¿A cuánta gente afecta? Con estos condicionantes, la mayor parte de las informaciones sobre el Sur siguen reflejando exclusivamente las catástrofes naturales, las guerras o amenazas de guerra, los cambios políticos, etc.

Marián Hens distingue una serie de circunstancias necesarias para que estas informaciones se abran paso en los medios:

- Que exista una infraestructura logística, lo que en muchos países en vías de desarrollo resulta muy costoso, y se considera por tanto poco rentable, pues esa información no generará un incremento de audiencia suficiente para cubrir el gasto técnico.

- Las noticias sobre crisis humanitarias, guerras o conflictos internacionales deben competir por un espacio en los medios con noticias sobre deporte, cultura, o política nacional e incluso entre ellas. Como ejemplo, en 1992 y 1993, Somalia y Bosnia coparon el “cupo de espacio” para crisis en países en vías de desarrollo y en 1994 lo hizo Ruanda. Sin embargo durante esos años Liberia vivió un sangriento conflicto que permaneció en el olvido.
- “La rutina no interesa aunque llegue en ríos de sangre”: si no se trata de un tema puntual, pierde el interés, especialmente para los medios audiovisuales e internet, que valoran por encima de todo la inmediatez.
- La actitud del periodista: mientras que algunos profesionales se muestran ampliamente implicados en la información sobre el Sur, otros consideran estas informaciones un terreno resbaladizo, pues existen corrientes de pensamiento que defienden que los medios no tienen una misión humanitaria, sino que el periodista debe limitarse a describir lo que ve.
- Independientemente de la actitud del periodista, la información debe obtener la autorización de la dirección del medio, que a parte del valor informativo tiene en cuenta los intereses específicos de la empresa.

“En la cobertura de las crisis, además, se suele buscar un ángulo de interés nacional, mientras que en las crisis carentes de ese ángulo, la información tiende a ser de naturaleza episódica. El hecho de que hubiese tropas de Estados Unidos en Somalia y Ruanda determinó una mayor cobertura de esos conflictos que en los casos de Liberia y Sudán” (Hens, 1999:72).

La información sobre el Sur es especialmente susceptible a uno de los mayores riesgos del periodismo social: el sensacionalismo, las construcciones lacrimógenas contra las que advertía Susana Solbes. Este fenómeno, que fue especialmente virulento hace unos años y que se ha suavizado gracias a la reconstrucción de la labor social del periodista, ha recibido el nombre de “pornografía del sufrimiento” (Castell, 2014), o “pornografía humanitaria”, y consiste en utilizar imágenes especialmente macabras o impactantes, en muchas ocasiones sin respetar la intimidad de la víctima, con el objetivo de atraer la atención del público. El mismo responsable de comunicación en la Fundación Vicente Ferrer admite en unas declaraciones a *El País* que las ONG hicieron mucho

uso de ello, con el fin de recaudar fondos para sus causas, pero se trata de algo que ahora ha sido totalmente descartado como método.

Los medios de comunicación también caen en muchas ocasiones en este fenómeno, pues los países en desarrollo solo constituyen una fuente de interés cuando se da una catástrofe de especial envergadura en ellos. Y aunque esta información sobre las crisis sirve para llamar la atención tanto de dirigentes como del público llano en occidente, “las imágenes que se rodean de la miseria y destacan la intervención de las agencias humanitarias y las ONG consolidan el imaginario: los africanos son míseros, pasivos, incapaces de superarse y dependientes de una ayuda que siempre, según la televisión global, llega de un Norte benefactor” (Castell, 2014).

Muy unido a la “pornografía del sufrimiento” está el llamado *efecto CNN*, por el que se ha impuesto en muchos medios de comunicación el modelo de “comunicación continua”. Esta cadena estadounidense premia precisamente la inmediatez de sus informaciones, que el espectador pueda sentir lo que está sucediendo en el mismo momento en el que sucede, prescindiendo en muchas ocasiones de los métodos de control necesarios en el periodismo, así como buscando una total espectacularización que mantenga al público pendiente del televisor (Fernández, 2004). “Pobreza, marginalidad, hambre, enfermedad, subdesarrollo, explotación...son algunos ejemplos de los problemas más habituales reflejados por los medios, en determinados momentos y situaciones dramáticas concretas. Estas informaciones aparecen generalmente motivadas por cataclismos [...] y otras calamidades [...] imprevistas que se imponen a la compleja burocracia informativa” (Larrondo Ureta, 2006). Así, países como Liberia, Angola, y otros que sufren de problemas sociales endémicos dependen de que se produzca un empeoramiento tremendo de las condiciones de vida de sus habitantes para que los medios occidentales les dediquen espacio en sus secciones de internacional (Hens, 1999).

Un último problema que se le suele achacar a la información de los medios occidentales sobre el Sur es el de la falta de especialización de los profesionales. Mientras que otras secciones como economía, nacional, o política cuentan con periodistas de perfil concreto y alto grado de profesionalidad, al informar de países en desarrollo (específicamente sobre África) se rebajan los criterios de rigor y

exigencia. Ante la dificultad para confirmar las informaciones, se recurre a clichés y se cita a fuentes occidentales (Castell, 2014)

“Las críticas vertidas sobre la cobertura informativa de las crisis del Sur suelen coincidir en que:

- 1) Se presta demasiada atención al estallido del drama y se da escaso contexto histórico y político.
- 2) Se considera poco o nada a las instituciones locales y se pone demasiado énfasis en la relevancia de las iniciativas internacionales, lideradas por Occidente”.
- 3) Se perpetúan las imágenes negativas de esas zonas del planeta” (Hens, 1999: 72).

Maite Ambrós, en un texto que recoge la visión de Jeffrey Sachs respecto a este tema, asegura que prácticamente todas las sociedades de países desarrollados tienen una idea más o menos abstracta de la existencia de poblaciones pobres en países subdesarrollados. Sin embargo, este problema les resulta ajeno y lejano. “La confusión y el desconocimiento ciudadano manifiesto en la opinión pública sobre las actuaciones de sus propios gobernantes es el mayor lastre en el camino de la solidaridad internacional y, por consiguiente, de la lucha contra la pobreza” (Ambrós, 2009:75).

Con esta reflexión se retoma el carácter social del periodismo, pues hasta que no se refleja en los medios, una crisis sólo existe para quienes la padecen (Benthall, 1993). Los medios asumen la responsabilidad de proporcionar a su público una información suficientemente útil y comprensible para que los ciudadanos puedan entender los grandes fenómenos humanos, sociales, políticos y económicos de nuestro tiempo. “El quehacer mediático debe servir para informar a la gente no solo en los momentos de máxima noticiabilidad, sino también posteriormente, cuando esos hechos perduran en forma de todo tipo de desequilibrios, porque como bien afirma el profesor Lorenzo Gomis, gracias a los medios percibimos la realidad no con la fugacidad de un instante aquí mismo, sino como un periodo consistente y objetivado.” (Larrondo Ureta, 2006:3).

El Sur es en esencia uno de los colectivos que el periodismo social trata de devolver a la primera línea de los medios de comunicación. En una sociedad

globalizada, la información internacional no puede dejar de lado las voces de países enteros cuyas realidades son necesarias para comprender las nuestras propias.

1.3 Información sanitaria

La información sobre salud ha cobrado una creciente importancia en los medios occidentales, como reflejo de un mayor interés del público por un tema con un alto contenido social.

La salud es un elemento que resulta imprescindible a la hora de comprender la naturaleza y situación de los grupos sociales, así como los problemas que les afectan en los distintos ámbitos de la vida. Esta influencia de la salud sobre las situaciones sociales es especialmente importante a la hora de transmitir una imagen adecuada sobre los países del Sur. En su síntesis sobre el pensamiento de Jeffrey Sachs, Maite Ambrós advierte que “el autor cuantifica que entre uno y tres millones de personas mueren de malaria cada año, el 90% en África. Tras el estudio de esta cifra tan representativa, sus cálculos apuntan a que, de haberse frenado este desperdicio de capital humano, el Producto Interior Bruto de África Subsahariana en los últimos 35 años, sería ahora un 32% mayor”. Sachs ha insistido en que la distribución masiva de mosquiteros tratados con insecticida ha sido muy útil para combatir la expansión de la enfermedad, pero la comunidad donante no se ha movilizado lo suficiente, pese al escaso coste que supone (Ambrós, 2009).

Esta falta de movilización bien podría corresponder a una falta de información acerca de estas situaciones en los países desarrollados, pues la población española recibe, según un estudio dirigido por el profesor Marcial Murciano (2010) en la Universidad Autónoma de Barcelona, muy poca información acerca de las actuaciones de cooperación internacional que lleva a cabo el gobierno, así como sobre la naturaleza de esas acciones. Se ha comprobado que la cobertura que hacen los medios de comunicación a un país receptor de ayuda al desarrollo, independientemente de cuál sea el contenido de las informaciones, impulsa de forma significativa el presupuesto destinado a cooperación en ese país. Y esta influencia en la vida social y política de los países en los que se distribuye la información lleva a la esencia primera del periodismo público que subrayaba Ana María Millares, cuyo objetivo era remover las conciencias sobre los problemas de índole social para influir sobre las leyes y las decisiones Políticas.

En el estudio de Murciano se distingue, además, la diferente cobertura que recibe cada tema involucrado en la cooperación para el desarrollo. De sus resultados se extrae que los temas de cooperación en el ámbito sanitario, etiquetados como “acceso a la salud” ocupan solo el 3’6% de las informaciones de este tipo, encabezando la lista de los temas de cooperación menos tratados en los medios europeos.

Otros autores coinciden con los resultados obtenidos por el profesor Marcial Murciano. Emilio de Benito, califica la ayuda al desarrollo española como “un tema de alto componente social, aunque se trate de sociedades extranjeras” y denuncia su escasa aparición en los medios, que además suele trasladarse a las secciones de Internacional o Nacional porque sólo adquieren visibilidad cuando los representantes políticos visitan los países del Sur en los que se está desplegando esa ayuda. “Por supuesto, apenas hay mención de que más del 15% de esa ayuda es estrictamente sanitaria. ¿Alguien – que no sea un experto – ha oído hablar del programa Esther por el que España ayuda a formar personal y centros dedicados a las personas con VIH en Latinoamérica? ¿Quién sabe cuánto aporta España al fondo mundial contra el sida, la tuberculosis y la malaria, y que el gobierno de Rodríguez Zapatero, con sus aportaciones crecientes, ha hecho que España sea ya el séptimo donante, por delante de un país del G-8 como Italia?” (De Benito, 2009:26).

La alta influencia social de las cuestiones de salud lo convierte en un tema susceptible de aparecer en los medios de comunicación, en la medida en que esta es demandada por el público. La responsabilidad sobre su cobertura emana de la clara diferencia en las actitudes sociales frente a los problemas sanitarios en función de la atención que estos hayan recibido por los medios. “Periodísticamente, existe una interconexión y no una separación entre divulgación y política, entre sociedad y economía, y entre política nacional, internacional y ciencia” (Martínez Solana, 2004).

1.3.1 La información sanitaria como noticia.

La información sanitaria sobre los países del Sur es tan escasa, que apenas existen referencias teóricas sobre su tratamiento en los medios de comunicación. Sin embargo, también existen en los países desarrollados enfermedades y afecciones

cuyos tentáculos se han extendido especialmente entre los grupos sociales marginados; y que, por tanto, pueden englobarse dentro del periodismo social.

Uno de los casos más sonados fue el del sida, cuya comunicación pública se ha recogido en varios trabajos académicos, como el de Manuel Antonio Martínez Nicolás en la Universidad Autónoma de Barcelona, en 1994.

El hecho de que esta enfermedad fuese propia de grupos sociales marginales (primero de los homosexuales, y después de los drogadictos y de las prostitutas) parece ser lo que condicionó que en un primer momento los medios no le diesen verdadera importancia, y lo considerasen una curiosidad médica. El hecho de que la mayor parte de sus víctimas se encontrase entre estos grupos hacía que se percibiese como un hecho controlado, circunscrito a ciertos colectivos que eran, en cualquier caso, “víctimas no noticiables”, con poca importancia como para introducirse en la agenda mediática. El sida, en los primeros momentos de su aparición, sería una enfermedad que solo afectaba al “otro”, al diferente (Martínez Nicolás, 1994).

No fue hasta que el actor norteamericano Rock Hudson confesó que padecía sida, y hasta que los médicos confirmaron que podía transmitirse mediante contacto heterosexual, que los medios empezaron a dar importancia a la enfermedad, pues se generó entre el público una “identificación emocional”. “En efecto, sabemos que la percepción del riesgo de una actividad o de una situación aumenta en la medida en que lo hace su potencial catastrófico y su incontrolabilidad. Pero también es cierto que el sida ya era un riesgo para la salud mucho antes de que los medios lo percibieran como tal y decidieran concederle la relevancia informativa que merecía” (Martínez Nicolás, 1994: 93).

“Es lícito pensar, por consiguiente, que la percepción de un riesgo no depende necesariamente de su potencial catastrófico, sino de una serie de factores intermediarios de índole socio-cultural” (Martínez Nicolás, 1994: 93).

Se distinguen así dos factores que influyen en la noticiabilidad de un problema sanitario:

- Los medios se dan cuenta de la gravedad del problema cuando se produce un acontecimiento de fuerte impacto emocional.

- Los medios se hacen eco de una crisis sanitaria cuando esta pasa a ser un riesgo para los públicos que conforman su audiencia. (Martínez Nicolás, 1994).

La información sanitaria tiene algunos riesgos que derivan de su naturaleza, y que conviene tener en cuenta a la hora de abordar su tratamiento:

- La escasa especialización de los periodistas en un campo que requiere un saber hacer y un conocimiento muy específicos.
- La clara supremacía de las informaciones de interés súbito sobre las de interés constante. Esto hace que la información sanitaria se asocie mentalmente con el conflicto.
- La diversidad de opiniones científicas existentes sobre un mismo tema.
- El sensacionalismo que amenaza todos los contenidos de carácter social, y que busca atraer la atención de los lectores recurriendo al drama o a la alarma.
- Es necesaria una mayor especialización profesional, pues estos temas forman parte de lo público.

Además, las informaciones sobre temas socio-sanitarios deberían formar parte del día a día del público, pues solo de esta forma se abordarán de forma correcta y podrá percibir el público su verdadera magnitud (Martínez Solana, 2004).

La información relacionada con los riesgos para la salud, es una de las áreas de cobertura más problemática para los medios de comunicación, principalmente por la vulnerabilidad de los periodistas a la hora de dar una información con un componente muy técnico, y porque sus rutinas habituales hacen complicada la inclusión de este tipo de temas (Martínez Nicolás, 1994).

Además, existe el riesgo de que, dado el alto nivel de dificultad a la hora de cubrir estas materias, los profesionales reproduzcan los términos técnicos, sin conseguir acercárselos al público y que así este pueda llegar a entender el problema. Tampoco deben los periodistas acomodarse en recurrir siempre como fuente a los mismos técnicos expertos, lo que les haría limitarse en sus informaciones a lo que Quarantelli denomina “una visión de puesto de mando” (Martínez Nicolás, 1994:94).

2. Las tres principales crisis sanitarias de los países en desarrollo en los últimos años.

En este capítulo se analizarán las tres crisis sanitarias de mayor envergadura que se han producido en entre el año 2000 y el 2010 en los países considerados en vías de desarrollo. Así mismo, se hará una aproximación sobre la estructura sociopolítica de estos países, en la medida en la que esta condiciona su capacidad para dar respuesta a las necesidades sanitarias de sus poblaciones.

2.1 El concepto de crisis sanitaria

El término “crisis sanitaria” o “crisis de salud” engloba un espectro muy amplio de situaciones; pues en un campo como en de la sanidad los riesgos son muy variados y derivan muy fácilmente en situaciones de crisis de uno u otro tipo.

Según Emilio Moreno Millán (2007: 2) “las situaciones de emergencia sanitaria, ampliadas a la salud comunitaria, suelen denominarse “crisis” en la bibliografía internacional. Aparecen con una cierta frecuencia, incluso en el mundo desarrollado, y abarcan problemas de muy variada índole”. Para dar muestra de esta variedad, el autor incluye en su artículo un mapa conceptual que recoge todas las situaciones que podrían englobarse bajo la denominación “crisis sanitaria”:



Fuente: E. Moreno Millán- *Gestión de la información y la comunicación en emergencias, desastres y crisis sanitarias* (2007)

De entre todos los ejemplos recogidos en este cuadro, las que mayor gravedad alcanzan en los países del Sur son los accidentes con múltiples víctimas y las alarmas epidemiológicas.

Una definición que se ajusta más a las situaciones a las que se refiere este estudio es la que ofrece Pilar Estébanez en su trabajo *Medicina Humanitaria*, aunque utiliza la denominación “catástrofe o “desastre”: “De manera generalizada y en un marco semántico de salud, entendemos por “catástrofe” o “desastre” todo acontecimiento que pone en relación el número de víctimas y su gravedad con los medios inmediatamente disponibles que pueden garantizarles una atención eficaz [...] Expresado de otra forma, toda situación en la que la demanda supera a la oferta” (Estébanez, 2005: 641).

Del mismo modo, otros autores hablan de crisis en salud pública “cuando ha aparecido un problema de salud, o hay una probabilidad de riesgo para la salud, con una incidencia o letalidad mayor de lo normal para esta época y en este lugar, y donde no podemos garantizar la dimensión final del problema, y donde además se produce un enorme interés informativo” (Lamata; 2006:401).

Teniendo en cuenta estas dos definiciones, podría considerarse que las crisis sanitarias son situaciones regidas por cuatro características principales: 1) que exista un riesgo grave de salud para una determinada población, 2) que los medios disponibles no sean suficientes para garantizar un correcto abordaje del problema, 3) que el riesgo sea mayor de lo habitual y 4) que exista una demanda de información al respecto.

2.2 Las tres grandes crisis sanitarias de los últimos años

Es difícil saber cuáles han sido las tres últimas grandes crisis sanitarias ocurridas en los países en vías de desarrollo, pues no existe una base común que las recoja independientemente del país en el que se produjesen o la enfermedad de la que se tratase.

Ante esta falta de una fuente de información comparada, y ante la imposibilidad de registrar país por país comprobando las distintas epidemias sufridas, se ha tenido en cuenta a la hora de la investigación el documento que recoge las intervenciones de la organización no gubernamental Médicos sin Fronteras (MSF) a lo largo de sus primeros 40 años de historia. Médicos sin Fronteras es una organización independiente de

asistencia médica a poblaciones que se encuentren en situación precaria por causas naturales o humanas, y que no puedan hacer frente por sí mismas a estas crisis. De esta forma, su listado de intervenciones no sólo incluye crisis de origen epidemiológico sino también las que han tenido su desenlace en un conflicto armado, una catástrofe natural, entre otras circunstancias.

Por el carácter de este trabajo, se han seleccionado entre todas las situaciones cubiertas por MSF sólo las que tuvieran un origen epidemiológico, es decir, se han excluido todas aquellas crisis que también son sanitarias pero que tienen como trasfondo un conflicto bélico. También se ha querido dejar a un lado aquellas situaciones en las que la emergencia sanitaria se produce como consecuencia de una catástrofe natural, pues sería muy difícil discernir en qué medida los medios cubren o dejan de cubrir esa información a causa de la propia crisis en sí o como extensión de la cobertura dada a la catástrofe natural. Este es el motivo por el que se ha decidido no hacer un estudio sobre la fuerte epidemia de Cólera que asoló Haití unas pocas semanas después del terremoto, pese a que esta fuera una de las más importantes de los últimos años.

Finalmente, se ha elegido un período concreto a tener en cuenta a la hora de seleccionar qué crisis iban a estudiarse: el comprendido entre los años 2000 y 2010. El criterio último utilizado para distinguir entre las epidemias que cumplían con estos requisitos ha sido el del número de fallecidos a causa de la enfermedad en cuestión. Aunque este puede no ser un criterio del todo justo a la hora de evaluar las crisis, pues el número de fallecidos no siempre da cuenta del impacto que una enfermedad ha tenido sobre la población que la ha sufrido, la escasa información acerca de estas crisis deja pocas posibilidades a la hora de seleccionar un criterio válido.

Así, aplicando este proceso de selección, se ha considerado que las tres últimas grandes crisis sanitarias han sido la fiebre hemorrágica de Marburgo, que provocó 374 muertes en Angola en el año 2005; el Cólera en Zimbabue que trajo consigo 4276 fallecimientos en 2008 y 2009, y la meningitis en varios países de África (especialmente Níger, Chad y Nigeria) que causó 4055 muertes en 2009.

2.2.1 La Fiebre Hemorrágica de Marburgo en Angola (2005)

La fiebre hemorrágica de Marburgo (FHM) es una enfermedad muy similar al Ébola. Ambas son poco frecuentes, pero cuando surge un brote, pueden provocar tasas de mortalidad muy altas.

La FHM la provoca un virus con el mismo nombre, el Virus de Marburgo, que se identificó por primera vez en la ciudad de Marburgo, en Alemania, en 1967. Entonces, se localizó el origen de la enfermedad en unos laboratorios que trabajaban con monos verdes africanos, continente al que se vinculan todos los brotes. En la actualidad, se sabe que el portador originario de este virus es el llamado murciélago de la fruta y que los humanos pueden verse infectados después de pasar largo tiempo en cuevas o minas en las que habite esta especie.

Tras ser infectado un ser humano, el virus se transmite con cierta facilidad de persona a persona, por contacto con fluidos como la sangre, secreciones etc. En este aspecto juegan un papel importante en contra del control de la enfermedad los ritos funerarios, pues es necesario que el entierro de los cadáveres se realice rápidamente y con las medidas adecuadas de aislamiento. Este tipo de requerimientos, que no suponen un problema en la civilización occidental, sí que los son para muchas de las civilizaciones africanas, con tradiciones funerarias muy distintas, especialmente entre los grupos que practican religiones indígenas.

El hecho de que se dé un brote fuerte de una enfermedad poco corriente con unas tasas tan altas de mortalidad genera en muchas ocasiones desconfianza por parte del paciente hacia el personal sanitario. En el caso del Marburgo en Angola se registraron agresiones contra los trabajadores de los hospitales, así como casos de familias que ocultaban a los enfermos por miedo a que llevarlos a los centros de atención empeorase su situación (*ABC, 2005*).

Otro problema en lo que concierne a la transmisión son los déficits en las instalaciones y controles sanitarios en los países en vías de desarrollo. En un artículo publicado en *ABC* durante la epidemia angoleña de 2005, se hablaba de cómo la Organización Mundial de la Salud había dado la alerta sobre casos de irresponsabilidad grave por parte de los médicos angoleños, que no retiraban con suficiente prontitud los cadáveres, o acostaban a pacientes sanos en camas en las que acababan de morir otros a

causa del virus. La escasa formación en protocolos de emergencia, junto al estrés provocado por la falta de instalaciones podrían ser los motivos detrás de estas conductas, que ponen en riesgo tanto a los pacientes como al propio personal sanitario.

En lo que se refiere a la cura de la Fiebre Hemorrágica de Marburgo, no existe una vacuna ni un tratamiento que se haya demostrado eficaz para combatirlo, aunque se están desarrollando algunas combinaciones de fármacos que podrían llevar, tras varios años, a un tratamiento concreto contra el virus, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.²

En este mismo informe puede comprobarse que el brote más grave de FHM registrado fue el de Angola en 2005, durante el cual se detectaron un total de 374 casos, con el resultado de 329 fallecimientos (una tasa de letalidad del 88%) concentrados principalmente en la provincia angoleña de Uige.

Desde entonces, los únicos decesos que se han registrado han sido los ocurridos en Uganda (donde se produjeron dos muertes en 2007), además de dos ciudadanos extranjeros, uno holandés y otro estadounidense, que habían viajado muy recientemente a este país y que también fallecieron tras contraer la infección.

En lo que se refiere a las características sociopolíticas del país, Angola fue la última colonia portuguesa en lograr su independencia, en noviembre de 1975. Tras la descolonización, estalló una fuerte guerra civil que duraría hasta 1978. Sin embargo las hostilidades entre los distintos partidos políticos se mantuvieron, y en 1999 el conflicto abierto comenzó de nuevo. En 2002, se firmó un acuerdo de paz, tras el cual se estableció en Angola un supuesto régimen parlamentario y multipartidista. No obstante, el presidente José Eduardo Dos Santos ha conseguido concentrar en torno a su persona la mayor parte del poder, manteniéndose en el cargo desde 1979.

En el plano económico, el país se asienta principalmente en los beneficios obtenidos de sus recursos naturales, entre los que destaca la producción de petróleo. A pesar de ello, la tasa de incidencia de la pobreza, de acuerdo con los datos del Banco Mundial, es del 36% y la esperanza de vida al nacer se sitúa tan solo en los 51'5 años³,

² Centro de prensa de la OMS (noviembre de 2012). *Fiebre hemorrágica de Marburgo, nota descriptiva*. Recuperado el 27 de mayo de 2014 en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_marburg/es/

³ Banco Mundial (2012). *Angola. Datos por países*. Recuperado el 28 de mayo de 2014 de: <http://datos.bancomundial.org/pais/angola>

pese a que la media en la región se encuentra en los 58. Así, el índice de desarrollo humano de Angola lo coloca en el número 149 de la lista de 186 países, clasificado por la ONU como “desarrollo humano bajo”⁴.

En lo que se refiere a los indicadores de desarrollo del sistema sanitario, el gobierno angoleño invirtió 118 dólares per cápita en salud en 2012, frente a los 2.065 que se invirtieron en España o los 4.126 de Estados Unidos⁵. La cifra de médicos por habitante tampoco es alta, pues se sitúa en menos de dos médicos por cada 10.000 habitantes. Por mantener la misma comparación, en España el número de médicos por cada 10.000 habitantes es de 37. También en este punto se encuentra Angola por debajo de la media regional, que es de 2’6 médicos por cada 10.000 habitantes⁶.

Teniendo en cuenta estos datos sobre la inversión sanitaria y la situación social, es fácil imaginar que las condiciones precarias favorecieron la expansión del virus de Marburgo en 2005. Además, al tratarse de una dolencia poco frecuente, implica mayores dificultades y tardanza en el diagnóstico, de forma que el número de casos puede ser ya demasiado grande en el momento en el que un sistema sanitario deficiente detecta cuál es la fuente del problema.

2.2.2 El Cólera en Zimbabue (2008)

El Cólera es una de las enfermedades más características de las grandes crisis en los países en desarrollo, pues muy a menudo se dan epidemias en aquellos lugares que establecen unas condiciones de vida difíciles. Este es el caso por ejemplo de los conflictos bélicos, las catástrofes naturales, y muy especialmente de los campos de refugiados, donde la alta densidad de población y las penosas condiciones de vida favorecen la aparición de la enfermedad y potencian una propagación rápida y letal.

Varios episodios de los últimos años en países del Sur han tenido su origen en este tipo de situaciones, como la epidemia que se dio tras el gran terremoto de Haití en 2010, que acabó con la vida de más de 8.500 personas, o la sufrida en los campos de refugiados tras el genocidio de Ruanda. En estos momentos, el conflicto de Sudán del

⁴ PNUD (2013). *Informe sobre desarrollo humano 2013*. Nueva York: PNUD. Disponible en http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2013_es_complete.pdf

⁵ WHO. *Health financing: health expenditure per capita. Data by country*. Recuperado el 28 de mayo de 2014 de: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1920ALL?lang=en>

⁶ WHO (2013). *Angola: health profile*. Recuperado el 31 de mayo de 2014 de: <http://www.who.int/gho/countries/ago.pdf?ua=1>

Sur y el consiguiente desplazamiento de su población han provocado un brote que ya cuenta con más de 20 fallecidos a sus espaldas.

De esta forma, y aunque el 80% de los enfermos de Cólera podrían ser tratados sencillamente con suero, se producen al año entre 3 y 5 millones de casos y alrededor de 110.000 defunciones por esta causa, según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷. El principal motivo por el que se producen tantos fallecimientos es la rapidez con la que actúa esta enfermedad, que puede acabar con la vida de una persona en unas pocas horas desde que se manifiestan los primeros síntomas, así como por su fácil transmisión.

El Cólera lo causa una bacteria (*Vibrio cholerae*) cuyo origen se sitúa en India, en la cuenca del Ganges, y que se propagó por todo el mundo durante el siglo XIX, provocando millones de muertes en seis pandemias sucesivas. En la actualidad, la OMS considera que nos encontramos ante una nueva pandemia (la séptima) que brotó en el sur de Asia en 1961 y que se ha extendido por África y América, convirtiendo esta enfermedad en un problema endémico para muchos países.

Sin embargo, no todos los casos de Cólera son graves, pues existen distintas cepas que provocan brotes de mayor o menor importancia. Solo dos de ellas dan lugar a epidemias graves con alto número de fallecimientos. No obstante, la OMS ha advertido de la aparición de nuevas cepas que son aún más agresivas que estas dos “tradicionales” y que requieren de una vigilancia muy estrecha por parte de la comunidad internacional. Además, estudios recientes indican que el calentamiento del planeta podría favorecer la prevalencia de la bacteria.

El Cólera se transmite por la ingesta de agua o alimentos que se encuentren contaminados, por lo que se trata de una enfermedad muy ligada a una mala gestión ambiental. Este es el motivo por el que las zonas de riesgo son aquellas en las que no se puede contar con unas condiciones de saneamiento y agua potable adecuadas, como los suburbios periurbanos o, tal y como se dijo anteriormente, los campos de refugiados.

⁷ OMS (febrero de 2014). *Cólera. Nota descriptiva*. Recuperado el 31 de mayo de 2014 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/es/>

También provocan este tipo de condiciones, situaciones de catástrofes naturales, que llevan a la pérdida de servicios básicos, así como conflictos y otros motivos que ponen en peligro el acceso al agua limpia de los habitantes de una determinada zona.

La Organización Mundial de la Salud considera en la actualidad a la enfermedad del Cólera como una amenaza de orden mundial, así como un indicador del nivel de desarrollo social. Tan solo en 2011 se produjeron 7816 defunciones en 58 países. Debe contarse además con el hecho de que muchos casos no se notifican, bien por los malos sistemas de vigilancia sanitaria, bien porque las autoridades los ocultan para no dañar actividades relacionadas con el comercio o el turismo.

Si las muertes por Cólera pueden relacionarse de forma tan estrecha con el desarrollo social de la población que lo padece, es precisamente por la sencillez de su diagnóstico y su tratamiento. Se trata de una enfermedad diarreica aguda, que provoca una fortísima deshidratación que puede acabar con la vida de una persona en tan solo dos horas. Además, son factores muy agravantes la malnutrición o el sida, pues según la OMS, reducen enormemente la resistencia del cuerpo a la bacteria.

Sin embargo, el 80% de los casos pueden tratarse simplemente mediante sales de rehidratación, que se administran de forma oral, mientras que en los casos más graves, debe inyectarse suero de forma intravenosa y administrar antibióticos comunes. El hecho de que se produzcan muertes por Cólera es, por tanto, un síntoma claro de que un país o una región cuenta con unos servicios sanitarios muy deficientes, incapaces de cubrir las necesidades más básicas.

Zimbabue, antigua colonia británica, consiguió su independencia definitiva en 1980 gracias a las *guerrillas negras*, lideradas por Robert Mugabe. Tras ascender al poder, varias reformas legales y constitucionales le convertirían en líder vitalicio de Zimbabue. Sus múltiples políticas, que incluyeron la expropiación de tierras a los granjeros blancos y su reparto entre personas cercanas al gobierno, provocaron una inflación desmesurada en el país, que se configura ahora como uno de los más pobres del mundo, con unos servicios sociales casi inexistentes. En 2009, la epidemia de Cólera coincidía con una fuerte crisis de gobierno en la que el líder consentía por primera vez en compartir el poder mediante una coalición. Todos estos problemas en lo que se refiere a la posesión de la tierra responden al hecho de que la economía de

Zimbabue se encuentra fundamentada en muy alta medida en la agricultura, pese a lo cual la desnutrición se considera endémica en el país.

Según los datos del Banco Mundial, la tasa de incidencia de la pobreza en Zimbabue es del 72'3%⁸, y la ONU lo sitúa en el número 172 del ranking de desarrollo humano⁹, considerándolo en estado de “bajo desarrollo”.

En lo que se refiere al estado y eficiencia del sistema sanitario, es significativa la ausencia de datos para muchos de los indicadores utilizados por la OMS. Así, aunque las escasas informaciones con las que se cuenta establecen la inversión per cápita en sanidad en unos niveles muy bajos, estos pocos informes tienen fecha de 2001. La esperanza de vida al nacer se sitúa en los 49 años, uno por debajo de la media regional, y el número de médicos por cada 10.000 habitantes se encontraba, en 2013, en 0'6¹⁰.

Estos escasísimos recursos sanitarios tuvieron mucho que ver con la expansión de la epidemia de Cólera que asoló Zimbabue entre agosto de 2008 y julio de 2009, y que había provocado a finales de ese mes 4276 muertes, situando la tasa de letalidad en 4'3%¹¹. Según la OMS, en unas condiciones sanitarias aceptables, el Cólera no debería llegar al 1% de mortalidad.

2.2.3 La Meningitis Meningocócica en “el cinturón africano de la Meningitis”: Nigeria, Níger y Chad (2009)

El llamado “cinturón de la Meningitis” comprende una zona de África que se extiende desde Senegal, al oeste del continente, hasta Etiopía, situado en la zona este. Este es el lugar del mundo donde más concentración de casos de Meningitis se presenta, especialmente durante la estación seca, cuando los fuertes vientos y el polvo favorecen el desarrollo de esta enfermedad, a la vez que el hacinamiento en las pequeñas viviendas facilita la transmisión persona a persona. En esta franja, que abarca 21 países, la incidencia anual de la Meningitis alcanza incluso los mil casos por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, la epidemia sufrida en 2009 fue la que registró un mayor

⁸ Banco Mundial (2012). *Zimbabue. Datos por países*. Recuperado el 31 de mayo de 2014 de: <http://datos.bancomundial.org/pais/zimbabue>

⁹ PNUD (2013). *Informe sobre desarrollo humano 2013*. Nueva York: PNUD. Disponible en http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2013_es_complete.pdf

¹⁰ WHO (2013). *Zimbabue: health profile*. Recuperado el 31 de mayo de 2014 de: <http://www.who.int/gho/countries/zwe.pdf?ua=1>

¹¹ OMS (2009, 9 de Junio). *Cólera en Zimbabue – Actualización n°4. Centro de prensa de la OMS*. Recuperado el 31 de mayo de 2014 de: http://www.who.int/csr/don/2009_06_09/es/

número de casos y de mortalidad desde 1996, con un total de 5.352 fallecimientos según la Organización Mundial de la Salud. De los 14 países que reforzaron sus sistemas de seguridad en estos meses, Nigeria, Níger y Chad fueron los que vivieron la crisis con mayor virulencia¹².

La Meningitis meningocócica es una enfermedad con múltiples facetas y variantes, que afectan de forma muy distinta al cuerpo humano y que requieren tratamientos distintos. Una de las más graves, y principal protagonista de la epidemia de 2009 es la *Neisseria Meningitis*. Se han identificado 12 grupos de bacterias causantes de esta enfermedad, y cinco de ellos (englobando cada uno distintas bacterias) pueden ser responsables de epidemias. En el caso de 2009, el grupo predominante fue el de tipo A.

Estas bacterias sólo se encuentran en los humanos, y no en los animales, y se transmiten de persona a persona principalmente mediante la saliva (besos, tos, estornudos, vajillas compartidas, etc.). Según la OMS, entre un 10 y un 20% de la población mundial es portadora de este tipo de bacterias, y estas, por causas que aún se desconocen, en ocasiones se trasladan al torrente sanguíneo y provocan la Meningitis¹³.

Cuando eso sucede, se produce una inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal. Puede causar graves daños cerebrales, y su tasa de mortalidad, si no se trata, es del 50%, por lo que los enfermos deben ser ingresados inmediatamente para recibir tratamiento lo antes posible.

Afortunadamente se han desarrollado nuevas vacunas en los últimos años contra las bacterias de tipo A que ya han demostrado su eficacia en el cinturón de la Meningitis, donde empezaron a aplicarse a partir de 2010.

Una vez una persona ha contraído la enfermedad, el tratamiento para su recuperación consiste exclusivamente en antibióticos. Más complicado es, sin embargo, el diagnóstico, pues es necesario realizar una punción lumbar, un procedimiento muy doloroso al que muchos pacientes se niegan, y que además requiere de un laboratorio en condiciones adecuadas para poder examinar las muestras obtenidas y confirmar el diagnóstico.

¹² WHO (2010, 19 de febrero). Meningitis in Chad Niger and Nigeria: 2009 epidemic season. *Weekly epidemiological record*.(85) Pg. 57-58. Ginebra.

¹³ OMS (2012). *Meningitis meningocócica. Nota descriptiva*. Recuperado el 1 de junio de 2014 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/es/>

La historia de los países que componen el “cinturón de la Meningitis” ha estado marcada en muchos casos, por la violencia. En **Nigeria**, los continuos golpes de estado llevan el poder de unas manos a otras desde que se logró la independencia (BBC news, 2014). En 1999 se estableció en el mando, mediante elecciones, el People’s Democracy Party (PDP), que gobierna en la actualidad. En este momento, las principales tensiones vienen de la mano de los conflictos étnicos y religiosos, especialmente a causa del descontento de los pueblos musulmanes del norte del país, donde la pobreza es mucho más acuciante que en el Sur. Esto ha provocado, desde hace unos años, una escalada de la violencia por parte del movimiento islamista radical Boko Haram, que defiende la creación de un estado islámico independiente en el norte de Nigeria. Fue en estas provincias, las del norte, en las que se concentró el mayor número de muertes durante la epidemia de Meningitis de 2009.

Nigeria se encuentra situada en el puesto 153 de desarrollo humano¹⁴, calificado por la ONU como “bajo”. La tasa de incidencia de la pobreza es del 46%¹⁵, y la inversión pública per cápita en salud fue de 29’4\$ en 2012. Así mismo, la esperanza de vida al nacer es de 54 años, cuatro por debajo de la media regional. No obstante, el número de médicos por cada 10.000 habitantes duplica la media de la región, llegando a establecerse por encima de 4¹⁶. Fue el país más afectado por la crisis de Meningitis meningocócica, acogiendo 55.626 casos, de los cuales 2.307 fueron mortales¹⁷.

Níger, por su parte, ocupa el último puesto en el índice de desarrollo humano elaborado por la ONU. Su historia y la vida de los nigerianos están marcadas por fuertes hambrunas, uno de los mayores peligros para la población, que constituye un problema endémico en el país. La tasa de incidencia de la pobreza sobre la población es del 59’5%¹⁸.

Pese a su difícil situación económica, el país se mantiene como una democracia con bastantes garantías. Independizado de Francia en 1960, las sequías que duran hasta

¹⁴ PNUD (2013). *Informe sobre desarrollo humano 2013*. Nueva York: PNUD. Disponible en http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2013_es_complete.pdf

¹⁵ Banco Mundial (2012). *Nigeria. Datos por países*. Recuperado el 1 de junio de 2014 de: <http://datos.bancomundial.org/pais/nigeria>

¹⁶ WHO (2013). *Nigeria: health profile*. Recuperado el 1 de junio de 2014 de : <http://www.who.int/gho/countries/nga.pdf?ua=1>

¹⁷ WHO (2010, 19 de febrero). Meningitis in Chad Niger and Nigeria: 2009 epidemic season. *Weekly epidemiological record*.(85) Pg. 57-58. Ginebra.

¹⁸ Banco Mundial (2012). *Níger. Datos por países*. Recuperado el 2 de junio de 2014 de: <http://datos.bancomundial.org/pais/niger>

cinco años han comprometido su estabilidad política, pero desde las elecciones de 2011 el poder lo ejerce de forma democrática Mahamadou Issoufou (BBC, 2014).

En lo que se refiere al sistema sanitario, Níger cuenta con una atención en salud muy limitada, pues el gobierno invirtió en 2012 tan solo 10 dólares por habitante. La esperanza de vida al nacer se sitúa, sin embargo, en los 59 años, uno por encima de la media regional, pese a que el número de médicos por cada 10.000 habitantes es tan solo de 0'2¹⁹. Esto se explica, en gran medida, por el hecho de que su tasa de alfabetización sea de las más bajas del mundo. Durante la crisis de 2009, se detectaron en Níger 12.604 casos de Meningitis, de los cuales 510 fueron mortales.

La historia actual de **Chad** está marcada por una de las dictaduras más sangrientas en África, que se mantuvo hasta 1990 e involucró al país en múltiples conflictos tanto internos como externos. Aún hoy, la violencia está al orden del día, y el gobierno, de apariencia democrática, ha sido denunciado por múltiples organizaciones por sus supuestas violaciones de los derechos humanos (BBC, 2014).

La economía del país se sustenta básicamente en la explotación de sus recursos naturales, y muy especialmente del petróleo, y la tasa de incidencia de la pobreza se sitúa en torno al 47%. Su índice de desarrollo humano lo sitúa en el puesto número 184 del ranking mundial.

En Chad, la inversión gubernamental en el sistema sanitario es la más baja de los países analizados, pues se situaba en 2012 en 7'8 \$ per cápita. La esperanza de vida también es baja para la media regional, calculada en los 51 años. El número de médicos por cada 10.000 habitantes es de 0'4, muy por debajo también de la media en la región (en torno a los 2'6 por cada 10.000 habitantes)²⁰. El número de fallecimientos provocados por la crisis de Meningitis en Chad en 2009 fue de 140, y se registraron un total de 1299 casos.

La alta incidencia de la Meningitis meningocócica sobre el cinturón de riesgo africano en 2009 se asienta de forma evidente en la escasa capacidad de los países que la sufrieron para atender las necesidades básicas de sus poblaciones, que se vieron muy

¹⁹ WHO (2013). *Niger: health profile*. Recuperado el 2 de junio de 2014 de: <http://www.who.int/gho/countries/ner.pdf?ua=1>

²⁰ WHO (2013). *Chad: health profile*. Recuperado el 2 de junio de 2014 de: <http://www.who.int/gho/countries/tcd.pdf?ua=1>

limitadas a la hora de acceder al sistema sanitario. Pese a la masiva movilización de la Organización Mundial de la Salud, que envió a la zona el mayor cargamento de vacunas de su historia, las dificultades estructurales hicieron que muchos centros de atención médica no recibiesen los antibióticos a tiempo. La propia OMS admite en su informe sobre la crisis que en Níger y Nigeria más del 60% de las ayudas farmacológicas se recibieron durante el pico de la epidemia, mientras que en Chad todas las ayudas llegaron cuando la enfermedad ya había iniciado una tendencia a la baja²¹.

²¹ WHO (2010, 19 de febrero). Meningitis in Chad Niger and Nigeria: 2009 epidemic season. *Weekly epidemiological record*.(85) Pg. 57-58. Ginebra.

3. Aproximación a la cobertura mediática de las tres últimas grandes crisis sanitarias del tercer mundo en *El País*, *El Mundo* y *ABC*.

Como se ha señalado en la introducción del trabajo, el objetivo de este estudio es estudiar qué atención mediática recibieron las tres últimas crisis más importantes ocurridas en los países en vías de desarrollo, también conocidos como “países del Sur”.

A través de una ficha de análisis que se incluye a continuación, se ha evaluado el grado en el que los tres periódicos españoles de mayor tirada han cubierto los temas de carácter sanitario en una región del planeta que, por lo general, no se encuentra entre las prioridades de la información diaria. Con ello se pretende comparar las características tanto cuantitativas como cualitativas de las informaciones elaboradas por cada cabecera para descubrir en qué medida el tratamiento que ofrecieron fue el correcto.

3.1 Metodología del trabajo de campo

En un principio este trabajo había sido diseñado para ejecutar el análisis sobre prensa impresa. Sin embargo, al comenzar la investigación, quedó patente que algunas de las crisis seleccionadas como las más importantes no habían sido publicadas en la edición de papel de ninguna de las principales cabeceras. Cambiar las epidemias elegidas hubiera supuesto renunciar al criterio de que la importancia de una crisis sanitaria deba medirse por el número de afectados y no por las circunstancias ni el lugar en el que se produzca, por lo que se ha decidido que lo más adecuado es rediseñar el método de investigación para adaptarlo a la nueva situación.

Con este objetivo, se ha cambiado la búsqueda en base a un criterio temporal en las ediciones de papel, por una búsqueda basada en un criterio temático y en las ediciones online.

De esta forma se han utilizado los buscadores internos de los diarios, aplicando los filtros temporales y las palabras clave, para localizar todas las piezas publicadas al respecto de cada crisis. Posteriormente se han analizado los criterios formales y de contenido necesarios para extraer unas conclusiones que puedan dar respuesta a las dos hipótesis que este trabajo pretende demostrar:

1. La información que se publica en España con respecto a las crisis sanitarias de los países del Sur es escasa en relación con su impacto social.

2. La información sanitaria sobre países y poblaciones del Sur está poco especializada.
3. La información que se publica sobre las crisis sanitarias en los países del Sur no facilita al público español una comprensión completa de las situaciones.
4. La publicación o no de estas informaciones responde a otro tipo de criterios distintos a los humanitarios y sociales.

Para ello, se ha utilizado la siguiente ficha de análisis:

Ficha de análisis de noticias

Información general:

Codificador:	Diario:
Fecha codificación:	Fecha publicación:

Información de la pieza:

Nº de palabras:		Sección:	
Autor:		Agencia:	
Redacción	Enviado E.		
Redact. Habitual	Corresponsal		
Experto	Otro		

Información gráfica:

Foto	Si	Tamaño:	Tema:
	No		
Autor:		Agencia:	
Infografía	Si	Tamaño:	
	No		
Autor:		Agencia:	
Tema médico		Otro	
Multimedia:		Si	
		No	

Información de contenido:

Género							
Información					Opinión		
Noticia	Reportaje	Crónica	Breve	Otro	Colaborador	Invitado	Editorial

Título:				
País:				
Epidemia	Cólera	Marburgo	Meningitis	Otro
Enfoque:				
Ayuda humanitaria		Reacción internacional		
Situación interna		Soluciones		
Consecuencias		Otro		
Protagonista:				
Institución				
ONG				
Colectivo				
Otro				

Fuentes informativas:

Tipo de fuentes			
Institucional	Española		
	País afectado		
	Internacional		
	ONG		
	Otro		
Personal		Experta	Científico
			Otro

Tratamiento	
Imparcial	Sensacionalista

Información adicional:

--

La plantilla ha sido cumplimentada con cada pieza informativa, y los resultados posteriores recogidos y traducidos a gráficos.

3.2 Variables analizadas

Las variables formales analizadas han sido:

- **El número de palabras:** constituye la forma más sencilla de saber, para los textos web, el espacio dedicado a cada pieza.
- **La sección en la que se incluye:** como asegura Emilio de Benito, los temas sociales no cuentan con una sección fija sino que se trasladan de una a otra en función de la importancia que quiera dárseles o de las personalidades implicadas (De Benito, 2009). Es importante conocer en qué sección se inserta cada información para distinguir cual es la intención del periódico a la hora de tratarla.
- **La autoría:** resulta fundamental para discernir el grado de especialización del redactor, así como la implicación de una cabecera a la hora de proporcionar información de primera mano sobre una situación concreta (la agencia frente al corresponsal). El autor de un texto y su especialización determinarán en gran medida el enfoque que este reciba.
- **La inclusión de imágenes:** ilustran la importancia que se da al texto. Los textos con imagen son siempre más atractivos para el lector.

Las variables que se han analizado en lo que se refiere a contenido han sido:

- **El género:** que determina el grado de reflexión e interpretación del periodista respecto a una determinada información, así como el contexto ofrecido.
- **El enfoque:** nos permite distinguir cual es el sub-tema elegido para una información en concreto, dentro del tema global que es la crisis sanitaria. Se incluye aquí la distinción sobre quién es el protagonista de la información, criterio mediante el cual sabemos qué elementos de la historia considera el autor más relevantes.
- **Las fuentes:** muestran el deseo del autor por reflejar la visión de las diferentes partes del conflicto.

- **Tratamiento:** distingue entre aquellos artículos que se limitan a narrar la realidad (imparcial) y los que pretenden orientarla en un determinado sentido (sensacionalista).

3.3 Exposición de resultados

A continuación se mostrarán los resultados obtenidos tras el análisis de las informaciones seleccionadas en *El País*, *El Mundo* y *ABC*. El total de piezas encontradas para las tres epidemias ha sido de 34 en *ABC*, 12 en *El País*, y 31 en *El Mundo*, siendo *El País* quien menos informaciones ha publicado, pero también el único que ha editado algo sobre las tres epidemias.

3.3.1 La fiebre hemorrágica de Marburgo en Angola (2005)

La fiebre hemorrágica de Marburgo afectó a la población angoleña de la provincia de Uige entre octubre de 2004 y julio de 2005.

Haciendo un análisis comparativo de la cobertura que recibió esta crisis por parte de los tres medios estudiados, en cualquiera de sus secciones, es evidente la predominancia de *ABC* sobre *El País* y *El Mundo*. Este último no publicó una sola información haciendo referencia a la epidemia de fiebre hemorrágica de Marburgo. *ABC*, por su parte, publicó 8 piezas, frente a *El País* que dedicó solo una información al tema.

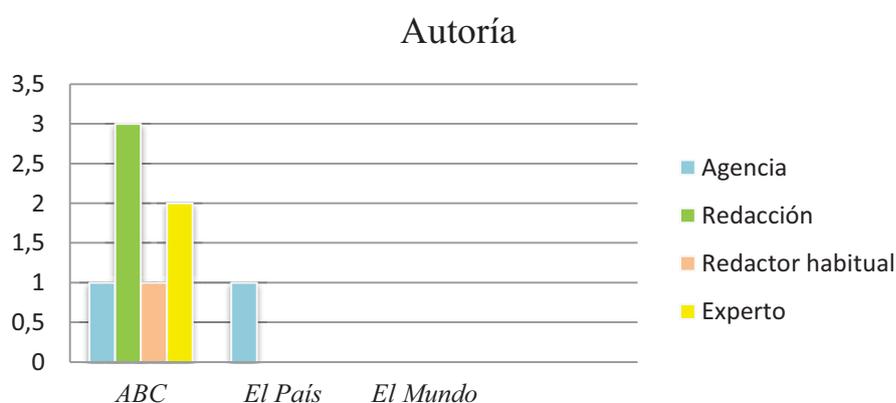


En lo que se refiere al género preferido por los diarios para tratar este tema, debe decirse que de las nueve informaciones recogidas 8 son noticias, mientras que la novena

²² Todos los gráficos incluidos en este capítulo son de elaboración propia, a partir de los datos obtenidos durante el análisis de contenido.

se trata de un reportaje que no se centra exclusivamente en la fiebre hemorrágica de Marburgo sino en nuevo protocolo de la ONU para limitar los desplazamientos internacionales en situaciones de epidemia. Así, en las piezas dedicadas de forma exclusiva a esta epidemia, la utilización del género “noticia” es del 100%.

Esta elección del género de la noticia por delante de otros podría responder a la autoría de las informaciones, que se distribuye también con grandes diferencias a favor de la información de agencia.



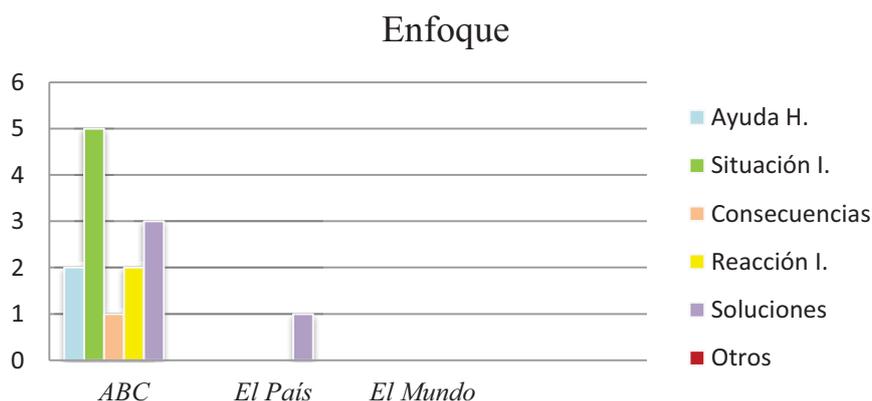
Como se puede ver, la mayor parte de las informaciones provienen de agencia o están firmadas por la redacción, lo que también sitúa su origen más probable en un comunicado de agencia. De las nueve, 5 responden a este patrón. Dos de las informaciones de *ABC*, sin embargo, cuentan con la mano de un redactor experto, lo que denota especialización en el tratamiento de la información.

Otro de los aspectos más importantes analizados es el de la sección en la cual se insertan los contenidos. En el caso de *El País*, su única información sobre el tema se sitúa en la sección de “Internacional”, mientras que *ABC* incluye todas sus piezas sobre la crisis angoleña en la sección de “Sociedad”.

El último elemento analizado en lo que se refiere al aspecto formal de las informaciones es el del número de fotografías e infografías incluidas. No se ha encontrado ningún elemento gráfico de este segundo tipo en ninguno de los dos diarios, mientras que las fotografías sí que han sido más habituales. En la única pieza de *El País*, se incluye una fotografía, de temática directamente relacionada con el tema

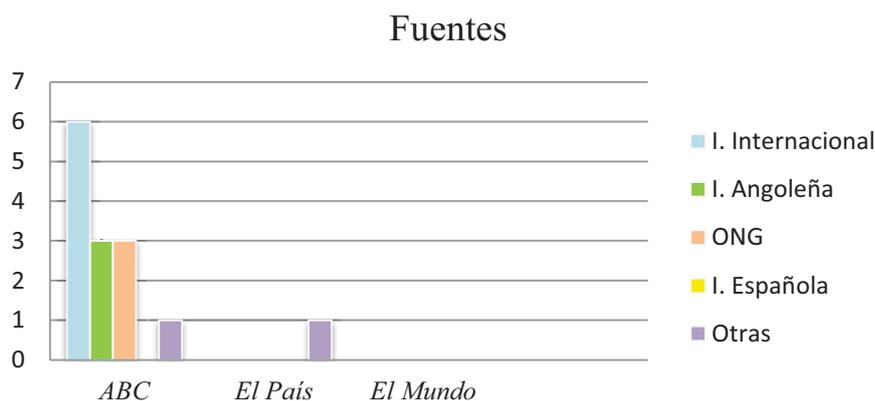
(muestra a la familia de una de las víctimas de la epidemia). En el caso de *ABC*, la inclusión de fotografías se sitúa en un 50% (cuatro piezas) y su temática se concentra en torno a los trabajadores internacionales y a las clínicas de tratamiento. La autoría es siempre de Agencia (*AP*, *Reuters* y *AFP*).

Finalmente, en lo que refiere a los aspectos de contenido, se ha diferenciado entre los distintos enfoques que puede recibir la noticia, entendiendo que los más habituales son: A) El de la ayuda humanitaria recibida por la población afectada por la epidemia. B) El de la situación interna en la que se encuentra dicha población y país. C) El de las consecuencias que esta crisis podría tener sobre la población. D) El de las reacciones de la comunidad internacional. E) El de las soluciones y tratamientos existentes para combatir la epidemia.



Algunas de las informaciones incluyen varios de estos temas, por lo que se les ha otorgado más de un valor. Así puede comprobarse que el tratamiento de *ABC* es el más completo en lo que se refiere al rango de temas abarcado. Además, una mayoría de las informaciones han tenido por protagonista a la población afectada (5), 2 de ellas a alguna Institución, y otras 2, a investigadores trabajando en el desarrollo de vacunas.

Finalmente, se han estudiado las fuentes utilizadas para la elaboración de la información distinguiéndose entre las institucionales y las personales, y a su vez entre las internacionales, las del país afectado, las españolas, y las ONG para las institucionales; y entre personal de ONG, expertas o no expertas para las personales.



En las 9 noticias se han utilizado 2 fuentes personales, y 14 institucionales. Entre las segundas han abundado en mayor medida las instituciones internacionales, y se han igualado las ONG y las instituciones del país afectado, incluyéndose con frecuencia declaraciones del Primer Ministro angoleño, la Ministra de Sanidad, etc. Las fuentes personales han sido, en todos los casos, expertas.

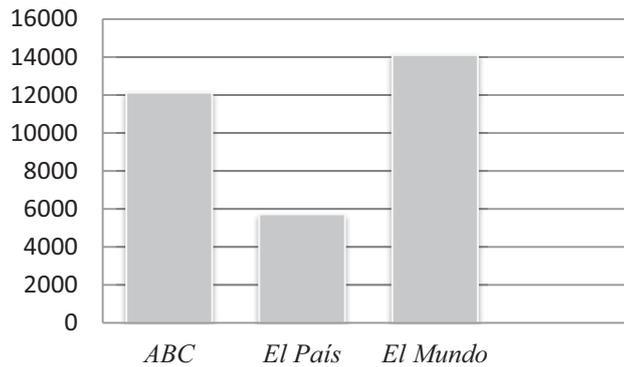
Por último, todas las informaciones han recibido un tratamiento imparcial y en ningún momento se ha tendido hacia la sensacionalización de los acontecimientos.

3.3.2 El Cólera en Zimbabue (2008-2009)

Entre agosto de 2008 y mayo de 2009, una fuerte epidemia de cólera llevó a una situación de catástrofe a toda la población de Zimbabue. En este caso, mucho más grave en lo que refiere al número de fallecidos, la cobertura es también muy distinta, y las tres cabeceras analizadas incluyen informaciones, siendo esta vez *El País* el periódico que menos cobertura dio a la crisis, con un total de 10 informaciones publicadas entre 2008 y 2009. Por el contrario, *El Mundo* y *ABC* publicaron 29 y 26 piezas respectivamente; aunque este seguimiento estuvo muy ligado a la crisis política zimbabuense.

En lo que se refiere a las secciones en las cuales se incluyeron las piezas analizadas, *El Mundo* las situó en la sección de “Salud/Biociencia” en su mayoría, y en una minoría en la sección “Solidaridad”. *El País* y *ABC* sin embargo las recogieron en la sección “Internacional”, salvando las piezas de opinión que aparecieron en este segundo diario y que se incluyeron en la sección propia. Esto presenta una novedad, pues para la fiebre hemorrágica de Marburgo, *ABC* situó todas sus informaciones en la sección “Sociedad”.

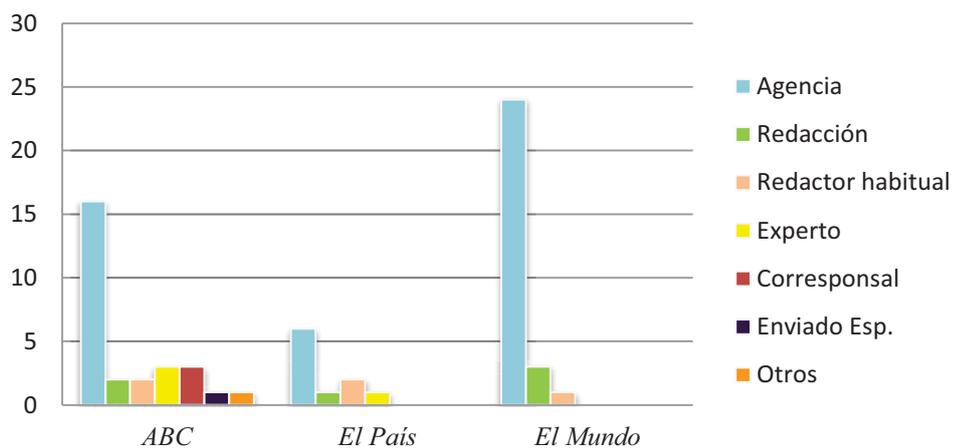
Cobertura del cólera en Zimbabue



En cuanto al género periodístico utilizado, el predominante sigue siendo la noticia, aunque en este caso se distinguen también algunos géneros menos habituales. Así, *El País* incluye una entrevista y un reportaje, mientras que *ABC* cuenta entre sus piezas con dos crónicas, dos videonoticias y seis piezas de opinión (tres editoriales, dos artículos de colaboradores y una tribuna).

Esta tendencia a la variedad se refleja también en la autoría, especialmente en *ABC* que ya no se limita exclusivamente a los comunicados de agencia, aunque estos siguen siendo los predominantes en el total de la muestra. Vemos informaciones con el nombre de enviados especiales y corresponsales, a parte de la firma invitada que se ha englobado bajo la tipología “otros”.

Autoría

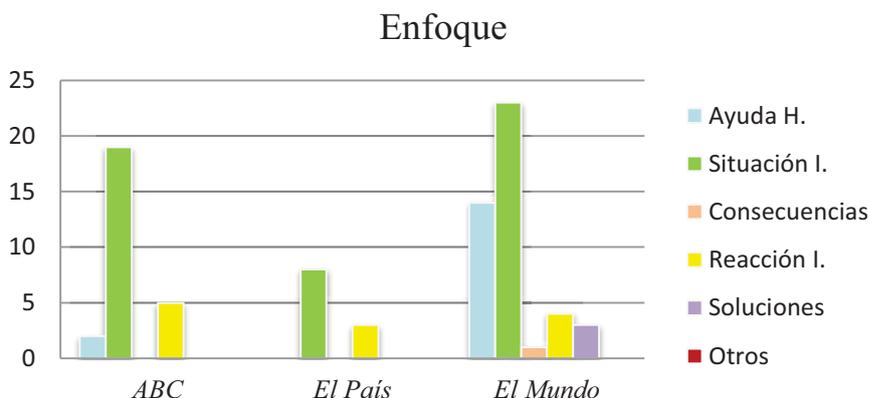


En lo que se refiere a los elementos gráficos, no se incluye ninguna infografía pero sí dos vídeos de 2 minutos aproximadamente en *ABC*, como se dijo con anterioridad. *El Mundo* cuenta con fotografías en la mayoría de sus informaciones (una

media de una fotografía por pieza) con temática bastante similar, centrada en imágenes de los hospitales y centros de atención por un lado, y por otro lado en fotografías que muestran a niños recogiendo agua, un tema muy recurrente para este diario. También debe destacarse que incluye 1 galería fotográfica encuadrada en la sección “Multimedia”.

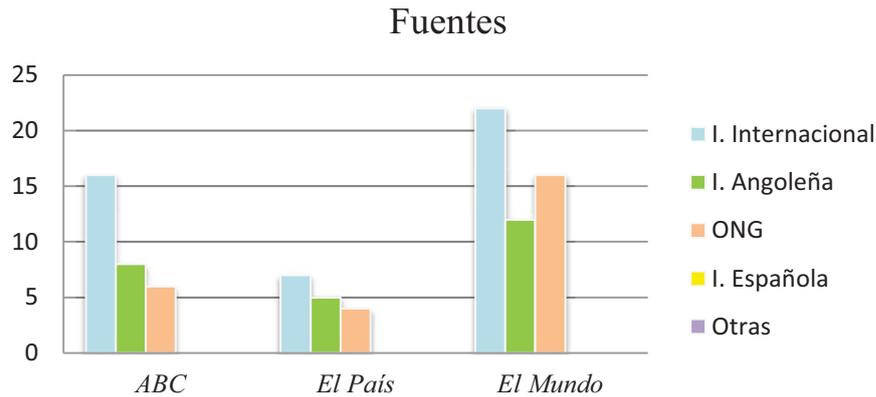
ABC, sin embargo, cuenta con imágenes en tan solo 12 de sus 26 informaciones, y estas están muy centradas en la figura de Robert Mugabe (presidente de Zimbabwe). Finalmente, *El País* adjunta una sola fotografía en una de sus tres piezas.

Los enfoques dados a esta crisis presentan también una distribución clara: lo que más atención de los medios recibe es la situación interna, potenciado especialmente por *ABC* que, apoyado en la epidemia de cólera, dedica muchas de sus informaciones a evaluar el gobierno de Mugabe, sus actuaciones y su situación. El segundo tema más tratado es el de la ayuda humanitaria, muy explotado por *El Mundo*, que es a su vez quien presenta una variedad más amplia de temas.



La cobertura de la crisis es, en este caso, mucho menos variada que para la epidemia del virus de Marburgo, y algunos temas como las soluciones o la reacción internacional se tratan en menor proporción.

En cuanto a las fuentes, vuelve a haber una clara predominancia de las institucionales sobre las personales, a las que solo se ha acudido en cuatro ocasiones para el total de 35 referencias a fuentes que se han localizado. Las cuatro fuentes personales fueron utilizadas por *ABC* y responden tanto a expertos como a enfermos y activistas, las institucionales se distribuyen de acuerdo con este gráfico:



Como puede verse, *El Mundo* es el que más referencias a fuentes incluye, y da más peso a las fuentes internas, entre las que se cuenta además de con las gubernamentales, con múltiples testimonios del partido opositor. Pese a ello, quien presenta un mayor equilibrio en la relación de fuentes es *El País*.

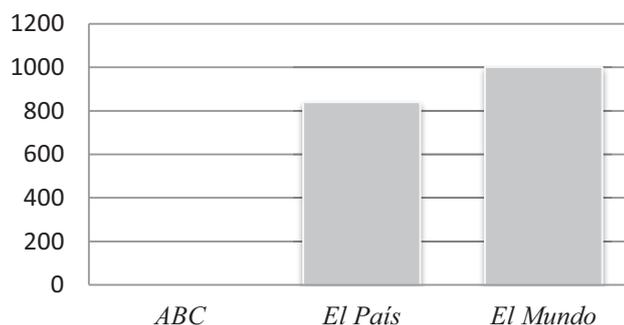
En el caso del cólera en Zimbabue, aunque la información referente a la crisis se ha tratado nuevamente con una imparcialidad casi total, puede apreciarse cierto sesgo en las informaciones de *ABC*, que se vuelcan de forma evidente sobre la figura de Robert Mugabe y la crítica a su gobierno. Esta tendencia no se aprecia sólo en los artículos de opinión, sino también en algunas de las informaciones, como fue la publicada el día 1 de marzo de 2009 bajo el título “Champán para Mugabe mientras el cólera se ceba en Zimbabue”, y que vino apoyada por el editorial “Mugabe: a régimen de conciencia”.

3.3.3 La Meningitis en Nigeria, Níger y Chad (2009)

Pese a ser la epidemia que más fallecimientos registró, además de haber movilizó a la Organización Mundial de la Salud como no se había hecho antes en la historia, el brote de Meningitis que se localizó en varios países del continente africano en 2009 fue la crisis con menos cobertura de las tres estudiadas.

Solamente han podido identificarse tres informaciones dedicadas a esta situación, de las cuales aparecen dos en *El Mundo*, una en *El País*, y ninguna en *ABC*.

Cobertura de la Meningitis en Nigeria, Níger y Chad



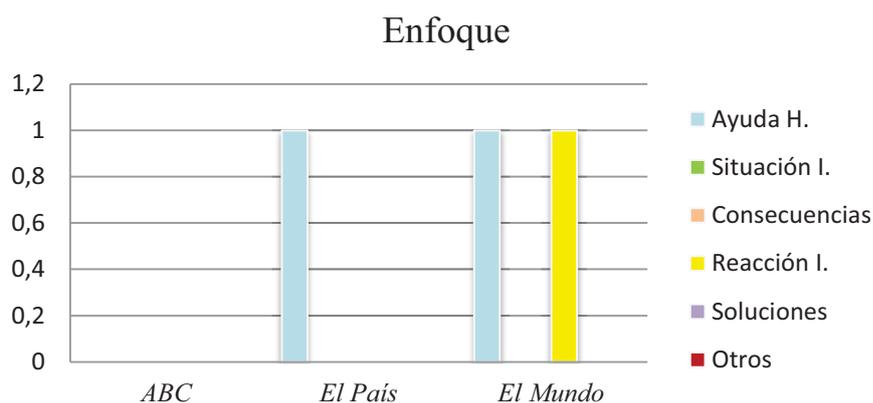
Solamente una de las informaciones puede incluirse en el género “noticia”, mientras que las otras dos son reportajes, uno de ellos estructurado en torno a fotografías.

La autoría, por su parte, es impersonal para las dos informaciones de *El Mundo*, una firmada por la redacción y otra de agencia, mientras que en *El País* la única información la firma Fernando Navarro, un autor no especializado pero que resulta ser el mismo que elaboró uno de los reportajes para la crisis de Cólera. Ambas informaciones son muy similares: mientras que el primero llevaba como título “Las diez crisis humanitarias del mundo más desatendidas”, este se titula “Una epidemia de la que no se habla”.

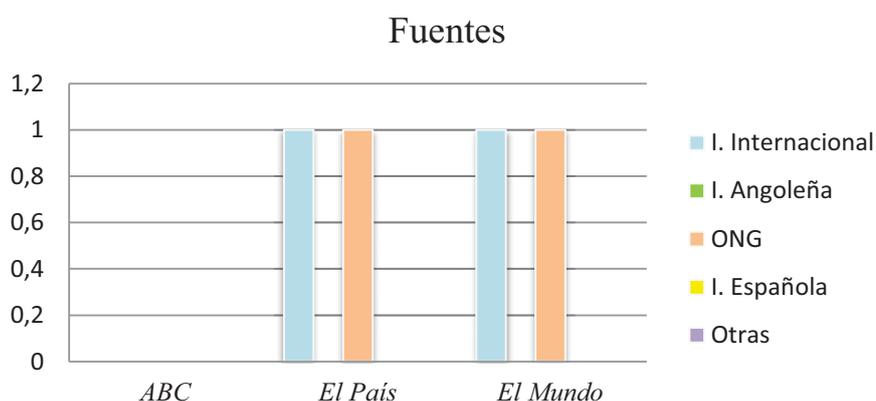
En cuanto a las secciones en las que se asienta la información, *El País* sitúa la suya en la sección de “Internacional”, mientras que *El Mundo* recurre a la sección “Salud” y a “Multimedia” para el fotoreportaje.

Este es el único caso en el que se incluye una infografía, en el reportaje fotográfico de *El Mundo*, cuya autoría corresponde a Médicos Sin Fronteras, al igual que el resto de imágenes mostradas y que se encuadran en la temática de los centros de atención a enfermos. Ninguna de las otras dos informaciones incluye elementos gráficos.

Son también poco variados los enfoques para esta crisis, que se reducen a los que muestra el siguiente gráfico:



La escasa cobertura, de la misma forma, condiciona el acceso a fuentes, centrándose exclusivamente en los organismos internacionales (que en este caso es tan solo la OMS) y las ONG.



Al tratarse de una cobertura con muy poca profundidad, las informaciones son muy imparciales y no profundizan en ningún tema que pueda desnivelar la balanza hacia el sensacionalismo.

Conclusiones

Teniendo en cuenta las consideraciones teóricas y los resultados del análisis de contenido realizado durante este trabajo, se han extraído las siguientes conclusiones:

En cuanto al marco teórico:

1. Tanto el periodismo científico como el periodismo social requieren una especialización de los profesionales dedicados a ellos, pues la temática es

compleja y resulta fácil dejarse llevar por los argumentos emocionales que despiertan una atención equivocada en el lector.

2. Ambas especialidades, así como su combinación, suponen una alta carga de responsabilidad por parte del periodista que vaya a desempeñarlas, pues los temas tratados son de altamente delicados, e influyen sobre la población y en la formación de la opinión pública.
3. Es también altamente delicado el tratamiento de los países del Sur o países en vías de desarrollo, desde los cuales la información debe ser continuada y contextualizada, de forma que no se genere una imagen equivocada de sus situaciones y de las posibles vías de su desarrollo.

En cuanto al trabajo de campo:

4. En lo que se refiere a las tres crisis sanitarias estudiadas, se puede concluir de los resultados obtenidos durante el análisis de contenido, que **la cobertura** ha sido muy desigual tanto en lo que se refiere a unos medios frente a otros como para las distintas crisis. Así, la epidemia de cólera en Zimbabue fue la que más atención mediática recibió, con una considerable diferencia, frente a las otras dos investigadas. Esta mayor atención parece estar conectada con la crisis política en la que se encontraba inmerso el país en ese mismo momento, y a la alta implicación de gobiernos extranjeros. Es destacable en este sentido que *ABC* incluyese todas las piezas sobre la epidemia de cólera en la sección “Internacional” mientras que las del virus de Marburgo se situaron en “Sociedad”; una disposición que refleja la intención del periódico a la hora de destacar el aspecto político de la crisis.
5. **La especialización** de los autores es muy baja, pues la mayor parte de las informaciones corresponden a agencias de noticias. El diario *ABC* fue el que más personal especializado empleó en la cobertura de estas crisis, recurriendo a corresponsales, enviados especiales, y periodistas científicos. Aun así, las firmas expertas fueron una excepción.
6. **La profundización** en el tema fue también escasa para los tres casos, predominando claramente el género noticia por encima de otros más explicativos. Así mismo, hubo muy poca diversidad en cuanto al enfoque y los diarios se centraron en relatar la situación interna del país – muchas veces enfocada hacia la política – y las reacciones internacionales. En las

epidemias de Marburgo y Meningitis, la cobertura se limitó a un simple seguimiento. El tema de las soluciones es el gran marginado de las informaciones, por lo que el lector no tiene acceso a conocimientos tan relevantes como la sencillez de la cura de varias de estas enfermedades.

7. **Las fuentes informativas** consultadas son, en casi todos los casos, institucionales, por lo que los medios fallan a la hora de reproducir de primera mano las situaciones particulares de la población y los colectivos implicados.

Se puede concluir, en esencia, que las tres últimas grandes crisis de los países en vías de desarrollo recibieron una cobertura insuficiente e incompleta, por lo que los medios no supieron hacer llegar al público una información suficiente como para que este pudiera extraer un conocimiento verdadero de estas situaciones que le permitiese formarse una opinión independiente.

Bibliografía

Ambrós, M. (2009). La pobreza como problema de comunicación. En Luengo, M. y Fustes, C. (Coords.) *El periodismo social como clave del desarrollo: En la agenda de los medios* (pp. 65-79). Madrid: Universidad Carlos III.

Armada, A. (2008). *La realidad invisible*. En MSF, 74, 10-11.

Castell, Antoni. (2014). El continente africano en los medios de comunicación. *Portal Comunicación*. Obtenido el 4 del 4 de 2014 de http://www.portalcomunicacion.com/monograficos_det.asp?id=183

De Benito, E. (2009). Los temas sociales en la agenda del periodista. En Luengo, M. y Fustes, C. (Coords.) *El periodismo social como clave del desarrollo: En la agenda de los medios* (pp. 19-35). Madrid: Universidad Carlos III.

Estébanez, P. et al. (2005). *Medicina Humanitaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Fernández, C. (2004). Guerras en el olvido. En *Revista fusión*. Obtenido el 4 del 4 de 2014 de <http://www.revistafusion.com/2004/julio/temac130.htm>

Hens, M. (1999). *Cómo se informa sobre el Sur. Del hecho a la noticia*. En Sur y Comunicación (pp. 67-73). Barcelona: Icaria.

Lamata, F. (2006). Crisis sanitarias y respuesta política. *Revista de Administración Sanitaria*, 4 (3), 401-406.

Larrondo Ureta, A. (2006). Del impacto mediático al olvido: la pérdida de interés noticioso como indicador de la deshumanización de los medios. *Revista latina de Comunicación Social*, 61. Recuperado el 4 del 4 de 2014 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2130328>

Lolas, F. (2002). Información, comunicación y equidad: dilemas en el ámbito sanitario. *Panam Salud Pública/ Pan Am Public Health*, 11(5/6), 430-434.

Luengo, M. y Fustes, C. (Coords.) (2009). *El periodismo social como clave del desarrollo: En la agenda de los medios*. Madrid: Universidad Carlos III.

Martínez Nicolás, M. A. (1994). La información periodística en la crisis del SIDA. Algunos temas de interés para la investigación comunicativa. *Anàlisi. Quaderns de Comunicació i Cultura*, 16, 89-105.

Martínez Solana, Y. (2004). La crisis de las “vacas locas” en España: La necesidad de una información sanitaria responsable. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 10, 139-158.

Moreno Millán, E. (2008). Gestión de la información y la comunicación en emergencias, desastres y crisis sanitarias. *Emergencias*, 20, 117-124.

MSF (2011). *Médicos sin fronteras: 40 años de ayuda humanitaria independiente*. Disponible en: <http://www.msf.es/gracias/pdf/dossierMSF40AnivOctubre11.pdf>

Muñoz Agudelo, J.M. (2011). Periodismo social, desde la gente, para la gente. Obtenida el 4 del 4 de 2014 de <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/14502c0f04c854ae?projector=1>

Murciano, M. (dir.) y Del Río, O., González-Saavedra, C., Martínez, R. (Coords.) (2010). *La prensa y la cooperación internacional. Cobertura de la cooperación para el desarrollo en nueve diarios europeos*. Zamora: Comunicación Social.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Sistemas de información sanitaria en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Ginebra: EB118/16. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB118/B118_16-sp.pdf

PNUD (2013). *Informe sobre desarrollo humano 2013*. Nueva York: PNUD. Disponible en http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2013_es_complete.pdf

Rostrup, M. (2009). *¿Quién va a morir?*. En MSF, 81, 7.

Rubio Ferreres, J.M. (2009). Opinión pública y medios de comunicación. Teoría de la agenda setting. *Gazeta de Antropología*, 25 (1) 1-15.

Sánchez Parga, J. (1999). La comunicación entre el Norte y el Sur. En *Medicos Mundi. Sur y Comunicación* (pp. 113-123). Barcelona: Icaria.

Webgrafía

Banco Mundial (2012). *Angola. Datos por países*. Recuperado el 28 de mayo de 2014 de: <http://datos.bancomundial.org/pais/angola>

Banco Mundial (2012). *Niger. Datos por países*. Recuperado el 2 de junio de 2014 de: <http://datos.bancomundial.org/pais/niger>

Banco Mundial (2012). *Nigeria. Datos por países*. Recuperado el 1 de junio de 2014 de: <http://datos.bancomundial.org/pais/nigeria>

Banco Mundial (2012). *Zimbabue. Datos por países*. Recuperado el 31 de mayo de 2014 de: <http://datos.bancomundial.org/pais/zimbabue>

Centro de prensa de la OMS (febrero de 2014). *Cólera. Nota descriptiva*. Recuperado el 31 de mayo de 2014 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/es/>

Centro de prensa de la OMS (noviembre de 2012). *Fiebre hemorrágica de Marburgo, nota descriptiva*. Recuperado el 27 de mayo de 2014 en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_marburg/es/

Gómez, C. y Pedelaborde, P. (n.d.). *Dos libros sobre el periodismo social*. Obtenida el 4 de mayo de 2014 de:

http://perio.unlp.edu.ar/question/numeros_anteriores/numero_anterior6/Template/es/gomez.dwt

La epidemia de Marburgo en Angola se ha cobrado 257 vidas. (2005, 2 de mayo). *ABC online*. Disponible en: http://www.abc.es/hemeroteca/historico-02-05-2005/abc/Sociedad/la-epidemia-de-marburgo-en-angola-se-ha-cobrado-257-vidas_202224195982.html

Nigeria Profile. A chronology of key events (2014, 20 mayo). *BBC News*. Recuperado el 2 de junio de 2014 de: <http://www.bbc.com/news/world-africa-13951696>

OMS (2009, 9 de junio). *Cólera en Zimbabue – Actualización nº4*. Recuperado el 31 de mayo de 2014 de: http://www.who.int/csr/don/2009_06_09/es/

OMS (2012). *Meningitis meningocócica. Nota descriptiva*. Recuperado el 1 de junio de 2014 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/es/>

Solbes, S. (2013). Periodismo social, otra forma de ver la realidad.(2013, 13 de julio). *Suite 101*. Disponible en: <http://suite101.net/article/periodismo-social-otra-forma-de-ver-la-realidad-a13726>

WHO (2009). *Visión y Estrategia Mundial de Inmunización*. Disponible en: http://www.who.int/immunization/newsroom/GIVS_Brochure_SP.pdf

WHO (2010, 19 de febrero). Meningitis in Chad Niger and Nigeria: 2009 epidemic season. *Weekly epidemiological record*.(85) Pg. 57-58. Ginebra

WHO (2013). *Angola: health profile*. Recuperado el 4 de junio de 2014 de: <http://www.who.int/gho/countries/ago.pdf?ua=1>

WHO (2013). *Chad: health profile*. Recuperado el 2 de junio de 2014 de: <http://www.who.int/gho/countries/tcd.pdf?ua=1>

WHO (2013). *Niger: health profile*. Recuperado el 2 de junio de 2014 de: <http://www.who.int/gho/countries/ner.pdf?ua=1>

WHO (2013). *Nigeria: health profile*. Recuperado el 1 de junio de 2014 de : <http://www.who.int/gho/countries/nga.pdf?ua=1>

WHO (2013). *Zimbabwe: health profile*. Recuperado el 31 de mayo de 2014 de: <http://www.who.int/gho/countries/zwe.pdf?ua=1>

WHO (n.d.). *Health financing: health expenditure per capita. Data by country*. Recuperado el 28 de mayo de 2014 de: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1920ALL?lang=en>