CUADERNOS
de la Fundación Dr. Antonio Esteve

Debate sobre periodismo científico.

El tratamiento informativo del brote epidémico del virus del Ébola

Coordinadores: Gema Revuelta y Pol Morales

FUNDACIÓN
DR. ANTONIO
ESTEVE

40

CUADERNOS DE LA FUNDACIÓN DR. ANTONIO ESTEVE **Nº 40**

Debate sobre periodismo científico.

El tratamiento informativo del brote epidémico del virus del Ébola

Coordinadores: Gema Revuelta y Pol Morales

FUNDACIÓN
DR. ANTONIO
ESTEVE

Agradecimientos

La Fundación Dr. Antonio Esteve agradece a las diferentes editoriales y publicaciones la cesión de los derechos de reproducción de los artículos incluidos en este Cuaderno.

La presente edición recoge las opiniones de sus autores, por lo que la Fundación Dr. Antonio Esteve no se hace necesariamente partícipe de su contenido.

© 2016, Fundación Dr. Antonio Esteve
Llobet i Vall-Llosera 2. E-08032 Barcelona
Teléfono: 93 433 53 20
Dirección electrónica: fundacion@esteve.org
http://www.esteve.org

ISSN edición impresa: 2385-5053
ISSN edición electrónica: 2385-5061
ISBN: 978-84-945061-6-1
Depósito Legal: B 25943-2016
Impreso en España

La Fundación Dr. Antonio Esteve, establecida en 1983, contempla como objetivo prioritario el estímulo del progreso de la farmacoterapéutica por medio de la comunicación y la discusión científica.

La Fundación quiere promover la cooperación internacional en la investigación farmacoterapéutica y, a tal fin, organiza reuniones internacionales multidisciplinarias donde grupos reducidos de investigadores discuten los resultados de sus trabajos.

Otras actividades de la Fundación Dr. Antonio Esteve incluyen la organización de reuniones dedicadas a la discusión de problemas de alcance más local y publicadas en formato de monografías o cuadernos. La Fundación participa también en conferencias, seminarios, cursos y otras formas de apoyo a las ciencias médicas, farmacéuticas y biológicas, entre las que cabe citar el Premio de Investigación que se concede, con carácter bienal, al mejor artículo publicado por un autor español dentro del área de la farmacoterapia.

Entre la variedad de publicaciones que promueve la Fundación Dr. Antonio Esteve, cabe destacar la serie *Pharmacotherapy Revisited* en la cual a través de diferentes volúmenes se recopilan, en edición facsímil, los principales artículos que sentaron las bases de una determinada disciplina.

Índice

Presentación
Pol Morales 1

Participantes y colaboradores 3

Introducción
Gema Revuelta 5

Síntesis del debate
Júlia Alonso 9

Ocho puntos de vista
Graziella Almendral 17
Michele Catanzaro 19
Joan A. Caylà 21
Nuño Domínguez 23
Luis Encinas 25
Josep Maria Gatell 27
Mònica López Ferrado 29
Elena Ronda 31

Artículos seleccionados

Criterios de selección de los artículos 35

Etapa 1. Los primeros casos de infección por el virus del Ébola en África

Ebola virus: a grim, African reality 39
The New York Times (9/4/2014)

Nationwide statement by President Ellen Johnson Sirleaf on the Ebola virus 43
Daily Observer (1/6/2015)

Doctors on the Ebola frontline: 'You can see the fear when they look at us' 45
The Guardian (5/8/2014).

Etapa 2. La explosión mediática

WHO declares Ebola outbreak an international public health emergency 51
The Guardian (8/8/2014)

A painfully slow Ebola response 55
The New York Times (15/8/2014)

El miedo al Ébola se hace global..... 59
El País (21/8/2014)

Etapa 3. La infección se expande internacionalmente

The focus on first US Ebola case shows how cheaply we value African lives..... 69
The Guardian (1/10/2014)

La mala gestión de la crisis del Ébola..... 71
La Vanguardia (11/10/2014)

Trabajo denuncia múltiples deficiencias en el "hospital del Ébola"..... 73
El País (17/12/2014)

Etapa 4. Últimas noticias

No mires a los ojos al espíritu del mar..... 81
La Vanguardia (16/2/2015)

El Ébola se enroca..... 83
El País (22/3/2015)

Presentación

Pol Morales

Fundación Dr. Antonio Esteve

Con el objetivo de analizar el tratamiento informativo del brote de enfermedad por virus del Ébola en la prensa internacional, la Fundación Dr. Antonio Esteve organizó, el 19 de enero de 2016, en Barcelona, un nuevo debate sobre periodismo científico en el cual cuatro periodistas y cuatro científicos discutieron a puerta cerrada sobre cómo se comportan los medios de comunicación ante situaciones de emergencia sanitaria. Gema Revuelta, directora del Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad de la Universitat Pompeu Fabra, fue la encargada de moderarlo.

La comunidad científica estuvo representada en el debate por Joan Artur Caylà, del Servicio de Epidemiología de la Agència de Salut Pública de Barcelona; Josep Maria Gatell, del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Sida del Hospital Clínic de Barcelona; Luis Encinas, coordinador de operaciones en África Occidental y experto en Ébola de Médicos Sin Fronteras; y Elena Ronda, del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante.

Por su parte, como periodistas acudieron Graziella Almendral, de *Indagando TV;* Michele Catanzaro, de *El Periódico de Catalunya, Historia y Vida,* y *Nature;* Nuño Domínguez, de *Materia El País;* y Mònica López Ferrado, de *ARA*.

Los ocho participantes contaron, como punto de partida para la discusión, con una selección de artículos periodísticos de muy diversa índole, publicados en *The New York Times* (Estados Unidos), *The Guardian* (Gran Bretaña), *The Daily Observer* (Liberia), *El País* (Madrid) y *La Vanguardia* (Barcelona).

Tanto los artículos como la discusión que se generaron durante el debate constituyen este Cuaderno de la Fundación Dr. Antonio Esteve.

Participantes

Gema Revuelta
(moderadora)
Centro de Estudios de Ciencia,
Comunicación y Sociedad (CCS-UPF)
Barcelona

Graziella Almendal
Indagando TV
Madrid

Michele Catanzaro
El Periódico de Catalunya
Historia y Vida
Nature
Barcelona

Joan Artur Caylà
Servicio de Epidemiología
Agència de Salut Pública de Barcelona
Barcelona

Josep Maria Gatell
Servicio de Enfermedades Infecciosas y Sida
Hospital Clínic
Barcelona

Nuño Domínguez
Materia El País
Madrid

Luis Encinas
Médicos Sin Fronteras
Barcelona

Mònica López Ferrado
ARA
Barcelona

Elena Ronda
Departamento de Medicina Preventiva
y Salud Pública
Universidad de Alicante
Alicante

Colaboradores

Júlia Alonso
Fundación Dr. Antonio Esteve
Universitat Pompeu Fabra
Barcelona

Lorena Cano
Departamento de Teoría de los Lenguajes
y Ciencia de la Comunicación
Universitat de València
València

Pol Morales
Fundación Dr. Antonio Esteve
Barcelona

Introducción

Gema Revuelta

Entre 1976 y 2014, la información pública que recibíamos los países no pertenecientes al continente africano respecto al virus del Ébola, la enfermedad del Ébola o la enfermedad por el virus del Ébola se limitaba generalmente a las noticias sobre la aparición de los diversos brotes que se produjeron durante esos años y su control respectivo. Los medios de comunicación convencionales (prensa, radio y televisión) y, en los últimos años, también los medios digitales y las redes sociales, nos informaron durante esa época de una enfermedad misteriosa, grave y amenazante, *pero* siempre lejana.

La comunicación del brote de 2014-2016 muestra, por primera vez, un problema que ya no es tan lejano puesto que incluso se producen contagios fuera de África y se cobra la vida de algunas personas en los Estados Unidos y en Europa (en España, para ser más concretos).

El impacto en la opinión pública del factor «proximidad» es evidente, pero el análisis de la comunicación del último brote de Ébola ha proporcionado además multitud de lecciones acerca de cómo deben y cómo no deben hacerse las cosas en materia de comunicación de crisis sanitarias. Tomando como referente el análisis realizado por el Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad de la Universidad Pompeu Fabra, para el *Informe Quiral* en su edición de 2014[1], resumimos aquí las principales características de la comunicación de este brote y las lecciones aprendidas a raíz de ella.

Cronología de la comunicación del brote

La comunicación del brote se inició tímidamente en el mes de marzo de 2014 a raíz de un comunicado de Médicos sin Fronteras y, pocos días más tarde, de la confirmación oficial por parte de las autoridades guineanas. Los medios, en esos primeros días, no dedicaron más atención ni más espacio al brote que los que habían utilizado para cubrir episodios similares ocurridos en el pasado. Así, aunque las cifras de casos y muertes empezaron a multiplicarse en los siguientes meses (abril, mayo y junio) de manera más alarmante de lo que se había registrado en brotes anteriores, las autoridades y los medios no reaccionaron durante este primer lapso de tiempo y siguieron cubriendo la noticia de manera secundaria (dedicándole muy poco espacio o ubicando las noticias en secciones poco destacadas).

Las condiciones particulares de los países afectados, que favorecieron la extensión de la enfermedad[2], y las deficiencias en la comunicación llevada a cabo por las distintas autoridades en las primeras fases (incapaces de poner en marcha una respuesta internacional más contundente), contribuyeron a la expansión del brote, de manera que en el mes de agosto de 2014 la

[1] Informe Quiral 2014. La comunicación pública sobre la enfermedad del Ébola. Disponible en: http://ccs.upf.edu/wp-content/uploads/Informequiral2014resumen.pdf

[2] Actualmente se cree que, además, unas mutaciones en el virus también podrían haber afectado a su mayor capacidad de infección. Véase http://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(16)31396-4 y http://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(16)31397-6

situación llegó a ser calificada por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia global.

Durante ese mismo mes de agosto se produjeron las primeras repatriaciones a países con mayores recursos, coincidiendo con llamadas a la necesidad de una respuesta más firme por parte de las organizaciones internacionales y de los propios Estados. En unas pocas semanas, la constatación de los primeros contagios en estos países postindustriales (en concreto, en España y los Estados Unidos) se acompañó de un eco mediático sin precedentes para esta enfermedad, intenso y precipitado, tanto en los medios tradicionales como en la redes sociales.

Los meses de octubre y noviembre representaron el periodo de máxima atención al problema, que ahora aparecería ante la opinión pública como una amenaza próxima (sobre todo en los Estados Unidos y en España, o en el conjunto de la Unión Europea). Durante ese tiempo, y hasta que ambos países fueron declarados libres de Ébola, la comunicación siguió siendo intensa, precipitada, contradictoria y alarmista. Se cometieron muchos errores, tanto por parte de las autoridades y de otras fuentes de información como por parte de los medios. Se produjeron retrasos imperdonables al transmitir la información a los medios, se publicaron imágenes e informaciones confidenciales, se hicieron acusaciones cruzadas, etc. Las redes sociales, por su parte, actuaron como amplificador y distorsionador de errores, críticas, mensajes alarmistas y comentarios sarcásticos, pero también de los mensajes de sensibilización por la situación en África Occidental.

Paralelamente, mientras en los países occidentales la alarma mediática se desataba alentada por diferentes fuentes, la gestión del brote en los países africanos empezó a dar sus frutos. Los habitantes de las zonas afectadas comenzaron a cumplir mejor las recomendaciones, se destinaron más recursos a los cuidados de los pacientes y la prevención de nuevos casos, y la investigación se aceleró.

Durante el año 2015 y en lo que llevamos de 2016, el brote ha ido reduciéndose de manera progresiva hasta ser declarado finalmente erradicado (aunque ya desde diciembre de 2014 es excepcional leer algo sobre este tema en los medios o en las redes).

Lecciones aprendidas

- En las primeras etapas del brote, una comunicación más organizada y contundente habría podido acelerar la respuesta internacional. La comprensión del alcance del problema y el seguimiento de las recomendaciones por parte de la población más expuesta también podrían haber sido mayores (recordemos que en algunos de los países no se había detectado un solo caso de enfermedad por virus del Ébola con anterioridad).
- En el momento de la repatriación de los misioneros a España, habría ayudado a reducir la alarma una actitud más transparente: explicar qué opciones se habían barajado, cómo se calcularon los riesgos, qué tipo de leyes o argumentos (morales, éticos, humanos) se valoraron, qué antecedentes había sobre decisiones similares, etc. Repetir que las posibilidades de que se declare un brote en España son remotas parece insuficiente ante una población alarmada.
- En una situación de dudas e incertidumbre, la pérdida de confianza en las autoridades puede llevar a la población a un estado de alarma con serias consecuencias, en especial en el marco del nuevo panorama mediático en el que la controversia rápidamente se convierte en viral. Sopesar la conveniencia de politizar el momento (con cruces de acusaciones entre los diferentes partidos e ideologías), teniendo en cuenta el efecto en la opinión pública, es otro elemento a considerar siempre ante cualquier brote epidémico. En estos momentos, políticos y periodistas tienen una importante responsabilidad y probablemente es sensato considerar la situación como excepcional.
- El tiempo es fundamental en un momento de alerta sanitaria. Esta afirmación es aún más rotunda cuando los distintos canales y formatos electrónicos permiten un acceso

prácticamente inmediato a cualquier fuente. Las fuentes oficiales no pueden mantenerse al margen del nuevo panorama mediático; deben informar con rapidez y utilizar todos los medios posibles, incluyendo necesariamente los nuevos formatos y las redes sociales.

- Otro elemento importante es la decisión sobre quién informa. El portavoz ideal sería una persona que tuviera a la vez experiencia y autoridad. Sin embargo, desgraciadamente, esto no es frecuente. Si no se dispone de un portavoz con esa doble condición, es aconsejable formar un equipo, aunque sea de dos personas, para convocar a la prensa o responder a sus preguntas. De nada vale si uno sabe mucho (en este caso, por ejemplo, un especialista en prevención, en salud pública, en virología, etc.) si no tiene autoridad para garantizar que se hará lo que se aconseja. De la misma forma, quien ostenta un cargo de autoridad (Consejería, Ministerio o incluso Presidente del Gobierno, según la gravedad del caso), si no sabe dar respuestas expertas, lo que genera es desconfianza y alarma.

- En una situación de crisis, y especialmente en las sanitarias, es importante también ofrecer una actitud empática: reconocer que algo puede haber fallado, explicar dónde se ha podido producir el error o qué se ha hecho para averiguarlo, qué se va a hacer a partir de ese momento, qué protocolos se han seguido, etc. Lógicamente, trasladar las responsabilidades al enfermo, que en el caso de la auxiliar de enfermería española había puesto su vida en riesgo por ayudar a otros, es la peor opción desde un punto de vista comunicativo.

- El derecho a la información implica que los diferentes responsables en la gestión de una epidemia deben colaborar con los medios de comunicación (de un modo responsable y diligente).

- El derecho a informar debe ejercerse dentro de un marco ético que no contraponga otros derechos y deberes. Como norma general, la comunicación debe respetar la privacidad y la dignidad de los individuos (datos médicos, identidad, imagen, etc.), a menos que el hecho de hacer pública su información pueda evitar riesgos en la salud pública (justificables). Del mismo modo, los medios de comunicación tienen el deber de informar sin poner en peligro la salud pública ni la buena marcha de las actuaciones que se estén llevando a cabo para la gestión y el control de la epidemia.

- El desequilibrio entre la información disponible (escasa y llena de incertidumbres) y el destacado espacio que los medios suelen conceder a este tipo de crisis sanitarias condiciona un gran protagonismo de las imágenes y de otros tipos de apoyo visual (por ejemplo, infografías) en estas noticias.

- Al escoger qué imágenes ilustran qué información, es necesario reflexionar no solo sobre si dicha imagen dispone de derechos de autor, sino sobre el impacto que puede ocasionar en el encuadre de la noticia y, en conjunto, en la representación social y la opinión sobre el alcance de la situación.

- Resulta paradójico que, mientras en los países de África Occidental, con alto grado de analfabetismo, fue necesaria la infografía para explicar los aspectos más elementales y evitar así muchos contagios, en los países supuestamente más desarrollados uno de los motivos que más infografías dio lugar fue el protocolo para ponerse y quitarse los trajes de protección, algo que la inmensa mayoría de los lectores no van a hacer nunca. Deberíamos reflexionar sobre la función de la comunicación y del periodismo. Las infografías tienen actualmente mucha presencia en las redes sociales, especialmente en Twitter. El aspecto colorido y visual capta fácilmente la atención del internauta, sobresaturado de *inputs* informativos. Por otra parte, la posibilidad de ampliar la imagen, y en muchos casos de interactuar con ella, hace que sea un formato especialmente atractivo en el panorama comunicativo actual. En una infografía pueden explicarse muchos conceptos distintos mientras se guarde un hilo conductor visual, y ade-

más permite proporcionar mucha información de forma simplificada.

- Una de las principales diferencias respecto a la comunicación de epidemias anteriores, como la denominada «de las vacas locas» en el año 2000 y la de gripe A en el año 2009, es que en esta ocasión los propios afectados se convirtieron en fuente de información, con tanto protagonismo como las fuentes oficiales, dado el uso estratégico que pueden llegar a hacer de las redes sociales.
- Aunque se vio influida por las noticias publicadas en los medios, la comunicación en Twitter tuvo su propia vida y estilo, claramente más frívolos y políticamente incorrectos que la realizada por los medios convencionales. Es importante que en la gestión y la comunicación de una crisis sanitaria se tenga en cuenta el impacto de este «mundo paralelo», en el que a menudo se explican las mismas cosas, pero de manera diferente.
- Los picos de máxima búsqueda de información en Google por parte de la población coincidieron con los episodios de mayor cobertura mediática (la repatriación y muerte de los misioneros en agosto, y el contagio y la recuperación de la auxiliar de enfermería en octubre), lo que sin duda evidencia un impacto directo de la información sobre la necesidad de obtener más información por parte de los ciudadanos.
- Las distintas combinaciones de palabras en las búsquedas de Google dieron lugar también a diferentes respuestas por parte del buscador. Así, la inclusión del término “pdf” hacía emerger a posiciones más visibles páginas web más especializadas en el tema sanitario, mientras que ante el término “en España” se ofrecían más sitios web de medios de comunicación, por ejemplo. Al diseñar estrategias de comunicación, es importante considerar estos detalles.

Las crisis sanitarias, y en particular las epidemias, generan en las redacciones de los medios de comunicación y en los estamentos políticos una situación de tensión particular. A menudo, esta situación supone la necesidad de tomar decisiones rápidas. Reflexionar con anterioridad sobre cuáles son los elementos comunes a las epidemias, tanto desde el punto de vista informativo como desde los aspectos deontológicos y humanos, sin duda ayudará a que, cuando llegue el momento, la información se proporcione con responsabilidad y calidad.

Síntesis del debate

Júlia Alonso

Fundación Dr. Antonio Esteve / Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Sin precedentes. Así podría resumirse en dos palabras el último brote provocado por el virus del Ébola. La epidemia, iniciada en diciembre de 2013, fue la primera en aparecer en África Occidental desde que se descubrió el virus en 1976. También fue la primera vez que un brote de enfermedad por el virus del Ébola irrumpía en zonas urbanas densamente pobladas. Hasta entonces, la mayoría de los brotes habían quedado confinados en zonas rurales, sin superar nunca los 400 casos. Esta vez, el número de casos declarados superó los 20.000. Anteriormente, nunca un brote de enfermedad por este virus había tenido tanta repercusión internacional. Por primera vez, el virus llegó a los Estados Unidos y a Europa, mayormente a través de cooperantes repatriados, aunque también se produjeron algunos contagios fuera del continente africano. La magnitud de la epidemia fue tal que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró, el 8 de agosto de 2014, «una emergencia de salud pública internacional». En consecuencia, la epidemia del virus del Ébola se hizo viral y dominó los medios de comunicación durante meses.

Fue la preocupación de que se iniciara un brote en Occidente, más que la epidemia ya existente en África Occidental, la que desató el pánico pese a las advertencias de los expertos de la imposibilidad de que se generase un brote fuera del foco original. Los medios de comunicación tuvieron un papel muy relevante a la hora de informar a la población sobre la enfermedad por el virus del Ébola y el avance de la epidemia. Sin embargo, a veces también contribuyeron a generar alarmismo, poniendo así de manifiesto la gran responsabilidad que tienen a la hora de transmitir la información conveniente y con el tono adecuado en situaciones de emergencia sanitaria.

Uno de los principales temas que se discutieron en el debate organizado por la Fundación Dr. Antonio Esteve, el 19 de enero de 2016, fue precisamente la cobertura periodística de la epidemia del virus del Ébola.

La tormenta perfecta

El último brote provocado por el virus del Ébola reunió todos los ingredientes necesarios para generar la «tormenta perfecta» y desatar un gran alarmismo en los medios de comunicación. «Nuevo, miedo y desconfianza», resumía Luis Encinas, responsable de operaciones de Médicos Sin Fronteras en África Occidental. Tal como él señaló, el virus del Ébola era prácticamente desconocido en esa zona, ya que hasta entonces solo había afectado a países del África Central. Además, la gran similitud de los síntomas provocados por el virus del Ébola con los de la malaria, enfermedad muy común en esa zona, dificultó el diagnóstico de la enfermedad.

Conocer cómo es el área geográfica donde se desató el brote es clave para comprender su rápida transmisión. Encinas relató que el primer caso de enfermedad por el virus del Ébola (paciente cero) apareció en Gueckedou, una ciudad guineana cercana a las fronteras de Liberia y Sierra Leona. Se trata de un cruce comercial sin fronteras y con mucha migración, lo cual facilitó la transmisión de la enfermedad, que en poco tiempo llegó a urbes muy densas.

Encinas, como profesional sanitario que estuvo en el terreno durante la epidemia, recalcó

otro de los puntos clave que dificultaron su contención: la debilidad del sistema sanitario de los países afectados.

Joan Artur Caylà, del Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salut Pública de Barcelona, le dio la razón, añadiendo una cifra muy representativa: mientras la proporción de médicos por habitantes es de 1/100 en España, en los países afectados puede llegar a ser de solo 1/33.000 habitantes.

A todo este cóctel explosivo, Encinas agregó otro motivo o causa muy relevante que promovió la transmisión del virus, y que no ha sido demasiado tratado en la prensa: los rituales y las prácticas locales. Algunas costumbres de los países mayormente afectados por el brote contribuían directamente al contagio del virus, por lo que en la batalla librada por Médicos Sin Fronteras hubo que poner el foco en la comunidad local para evitar obstáculos en la gestión de la epidemia a causa del intrusismo en su cultura.

Durante el debate hubo bastante unanimidad acerca del liderazgo indiscutible de la organización Médicos Sin Fronteras en el control de la epidemia sobre el terreno. Josep Mª Gatell, del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Sida del Hospital Clínic de Barcelona, reconoció que Médicos Sin Fronteras representa el paradigma de los logros que pueden conseguirse en los países típicamente calificados como «sin recursos». Por otro lado, Graziella Almendral, de *Indagando TV,* se cuestionó por qué Médicos Sin Fronteras debía hacerse responsable de una epidemia de tal magnitud. ¿No debería haberse hecho cargo de la situación alguna organización o gobierno con más capacidad? Según Luis Encinas, Médicos Sin Fronteras, a principios de abril de 2014, ya declaró que este era «un brote sin precedentes». Sin embargo, en ese momento fueron criticados por sensacionalismo y la OMS no reaccionó ante la alerta hasta 4 meses más tarde.

A la novedad y la rápida transmisión del virus debe sumarse la lenta reacción de la OMS y de los gobiernos. No hubo demasiada discusión en torno al papel de la OMS. Los asistentes al debate coincidieron en que actuó tarde y de manera insuficiente. Michele Catanzaro, de *El Periódico de Catalunya,* cree que no se ha remarcado suficiente su actuación desastrosa y que quizás sería el momento de replantearse su papel. Además, a diferencia de otras crisis sanitarias, como la epidemia del síndrome respiratorio agudo grave del año 2003, esta vez la OMS no fue la principal fuente informativa.

La mala gestión

Si finalmente hay algo que puede desatar aún más la alarma en el escenario de una crisis sanitaria es la desconfianza hacia quien la gestiona. Y eso fue precisamente lo que sucedió en España.

Todos los presentes en el debate coincidieron en la pésima gestión del Gobierno de España ante la crisis sanitaria del Ébola, que empezó con la llegada de los misioneros repatriados contagiados por el virus, Miguel Pajares y Manuel García Viejo, y se agravó con el caso de la auxiliar de enfermería Teresa Romero, que fue el primer contagio producido fuera del continente africano. Para Joan Artur Caylà, la gestión de la crisis fue muy mejorable, empezando por la rueda de prensa que ofreció la entonces ministra de sanidad Ana Mato. Graziella Almendral añadió que, en situaciones de crisis sanitaria, es necesario crear un clima de transparencia en la información y de confianza, y que en este caso se hizo todo lo contrario. En la rueda de prensa, Ana Mato no parecía controlar la situación, no dio sensación de liderazgo ni de profesionalidad, y fue evidente su desconocimiento del tema.

Elena Ronda, del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante, cuestionó la fatídica actuación del Gobierno teniendo en cuenta que había guías y protocolos de actuación específicos disponibles. En cambio, Caylà y Gatell centraron su atención en la Unidad de Aislamiento del Hospital Carlos III, de Madrid, donde se ingresó a los tres pacientes infectados por el virus en España. Según los científicos, la unidad de aislamiento estaba cerrada desde hacía 3 años y el hospital se encontraba prácticamente desmantelado, por lo que no era el lugar más preparado para ingresar a los pacientes de Ébola.

En general, hubo unanimidad, tanto por parte de los periodistas como de los expertos científi-

cos, en la crítica a la gestión de la crisis sanitaria. La ausencia de transparencia en la información facilitada por el gobierno, los mensajes contradictorios, los frecuentes cambios de protocolos de actuación y la imagen de miedo y desconocimiento sobre cómo actuar fueron constantes y generaron una desconfianza política que acrecentó la alarma social.

En torno a la mala gestión de la crisis del virus del Ébola, uno de los temas más comentados y criticados, sobre todo por parte de los periodistas, fue el gran hermetismo de las instituciones. Durante los primeros días de la crisis en España, los medios de comunicación no disponían de ninguna fuente oficial de información. Muchos expertos científicos se negaban a hacer declaraciones por orden expresa del Ministerio de Sanidad, de manera que los políticos fueron los primeros portavoces.

La crisis también fue mediática

La ausencia de una fuente de información oficial condicionó en gran medida la calidad de las noticias durante la crisis del virus en España. Ante la irrupción del virus en el país, los periodistas se encontraron con la presión por publicar de manera rápida el máximo de información posible, sin disponer de ninguna fuente experta a la que acudir. Almendral relata que, en consecuencia, los medios de comunicación se vieron obligados a «perseguir ambulancias». Por primera vez, auxiliares de enfermería y pacientes se convirtieron en fuentes de información.

La consecuencia directa del vacío de información fue la focalización de los medios de comunicación en temas superfluos y banales. De repente, el sacrificio del perro Excálibur de Teresa Romero pasó a llenar páginas de la prensa y hasta portadas de diario, así como las declaraciones de Javier Limón, su marido.

Estos temas, más bien anecdóticos, se acabaron convirtiendo también en virales en las redes sociales. Nuño Domínguez, redactor de *Materia* en *El País,* recuerda cómo #Salvemos aExcalibur se convirtió en *trending topic* mundial. Según Domínguez, los medios de comunicación tienden a adaptarse a la demanda, y por eso a veces pueden propiciar temas tendenciosos. Es decir, parte del interés de los medios por estos temas anecdóticos podría explicarse por la demanda social percibida en las redes sociales. No obstante, ¿hasta qué punto esta demanda puede explicar tal focalización de los medios en temas tan superficiales?

La crisis del Ébola fue ligada a una crisis mediática. Mònica López Ferrado, del diario *ARA,* apuntó que la crisis sanitaria del Ébola en los medios de comunicación fue un ejemplo de mala praxis mediática que, según su opinión, se repite en cada crisis sanitaria. Achaca en parte esta mala praxis a la incertidumbre y al silencio. Señala que, en los medios, el silencio debe llenarse con información, y eso la sanidad no siempre lo tiene claro. Sin embargo, hubo otros factores que también condicionaron la calidad de la información en los medios de comunicación españoles durante la crisis sanitaria del Ébola. Almendral y López Ferrado evidenciaron los pocos corresponsales que había en el terreno durante la epidemia como causa directa de la carencia de una visión global en los medios de comunicación durante la crisis. Por un lado, hay muy pocos periodistas sobre el terreno, y en consecuencia apenas hay análisis en las noticias internacionales, sino más bien sucesos, señaló Almendral. López Ferrado añadió que la falta de corresponsales en el terreno fue el principal motivo por el cual no se transmitió la realidad de los países de África Occidental afectados por la epidemia, y en su lugar las noticias que se difundieron se centraron más en la contención de fronteras y en cifras. La falta de noticias sobre la realidad de esos países provocó una falta de empatía. Catanzaro agregó otro motivo que afectó a la calidad informativa de los medios de comunicación: la drástica reducción en el número de redactores que ha habido a raíz de la crisis económica. Además, Catanzaro destacó otra característica de la cobertura mediática de la crisis del Ébola: su asincronía con la realidad de los casos de infección. El pico de noticias en los medios de comunicación no estaba correlacionado con la gravedad de la epidemia sobre el terreno, sino con la aparición de los primeros casos de Ébola fuera de África. No fue hasta que llegaron los primeros infectados a

«Occidente» que se desató la alarma y con ella el miedo.

«El miedo es contagioso», sentenció Caylà. Este epidemiólogo cree que las predicciones sobre la magnitud de la epidemia y el número de casos futuros fueron exageradas, sobre todo teniendo en cuenta que en los países principalmente afectados por el virus mueren muchísimas más personas por otras enfermedades infecciosas, como la tuberculosis o el sida. Encinas compartió la percepción exagerada del riesgo. Él mismo relata cómo muchos periodistas que sí estaban dispuestos a cubrir conflictos armados se negaron a trasladarse al foco de la epidemia por miedo al contagio. Domínguez habló de la hipocresía de los medios en relación a la exageración del riesgo: en la prensa fue habitual encontrarse palabras como «misterio» al referirse al virus del Ébola o a la enfermedad que causa, y apenas se mencionó lo poco contagiosa que esta es en relación a otras enfermedades infecciosas, como el sarampión. De media, una persona infectada por el virus del Ébola contagiará a dos personas más, a diferencia de las 18 personas que una persona con sarampión puede contagiar.

Encinas criticó que en los medios se habló muy poco de las buenas noticias, como el avance titánico que se ha hecho para conseguir vacunas eficaces para la prevención de la enfermedad por el virus del Ébola, o la mejora de los centros de tratamiento sobre el terreno, donde ya se permite hacer punciones intravenosas para hidratar a los enfermos (antes no se usaban inyecciones para proteger al profesional sanitario del alto riesgo de contagio).

Respecto a la pérdida de visión global en los medios, otro tema comentado durante el debate fue la inconsciencia acerca de la globalización. No entendemos que cualquier brote de un virus es actualmente un tema global que nos afecta a todos. En los medios se continúa hablando de «los de allí» (de los países de África Occidental mayormente afectados por la epidemia) como si este tema nos fuera ajeno, como si la enfermedad por el virus del Ébola fuera «de los otros» y nuestra función solo fuera ayudar. No nos damos cuenta de que no se trata de un tema de caridad hacia los «países afectados». Olvidamos que ante una epidemia se diluyen las fronteras, como puntualizó Almendral.

Aprender de los errores cometidos

La crítica a la gestión sanitaria y mediática de la crisis del Ébola fue clara y generalizada. Científicos y periodistas se hicieron eco de los errores cometidos y subrayaron la importancia de tenerlos en cuenta para no repetirlos en futuras crisis sanitarias.

Acerca de la crisis mediática, uno de los temas más comentados en el debate fue la adecuación o la necesidad de un portavoz único. Caylà opinó que es necesario que en las crisis sanitarias exista un portavoz único, dentro de un grupo de expertos, que hable con los medios. Así se evitaría que aparezcan expertos dudosos. Además, señaló la importancia de mantener un sistema de transmisión de la información que infunda credibilidad y transparencia. Los periodistas coincidieron en la necesidad de que exista transparencia total en la información que se transmita durante las crisis sanitarias, criticando de esta forma el hermetismo de las instituciones que se produjo durante la crisis del Ébola en España.

Gatell defendió a los expertos científicos señalando que a menudo se niegan a hacer declaraciones por miedo a que «se confundan sombreros». Es importante que los periodistas sepan distinguir cuándo un experto está hablando en nombre de una institución y cuándo no. Del mismo modo, también es vital en las crisis sanitarias que los periodistas sepan diferenciar las fuentes de información fiables y creíbles de las que no lo son. En situaciones así, puede ser muy peligroso dar voz a personas no expertas que hagan declaraciones sin ningún fundamento científico, ya que solo contribuyen a entorpecer el control de la crisis sanitaria.

Nuño puntualizó que a menudo los periodistas científicos no dan abasto, de manera que es fácil que se les cuelen «personajes» sin credibilidad. Sin embargo, cree que los medios de comunicación solo deberían dar voz a expertos especializados. El problema es que, a veces, esta falta de representación de personas exper-

tas en los medios se confunde con un problema de equidistancia.

Otro tema a mejorar en la cobertura mediática de las crisis sanitarias es la integración de periodismo y ciencia, destacó López Ferrado. Añadió Ronda que es esencial, en el desarrollo de un brote, la coordinación entre los científicos y los medios de comunicación. Sin embargo, para conseguir una mayor relación entre el periodismo y la ciencia debe mejorar el acceso de los periodistas a las fuentes de información, puntualizó Almendral. Esta periodista cree que, pese a los gabinetes de prensa existentes en los hospitales, continúa habiendo una pirámide con un solo punto informativo y muchos obstáculos para acceder a él.

Para Ronda, otro aspecto a tener en cuenta para la difusión de la información en futuros brotes es la necesidad de utilizar otros medios de comunicación, especialmente Internet y las redes sociales. Los periodistas deberían ser conscientes de que la información que realmente llega a la población es la que se encuentra en Internet. Por lo tanto, usar este medio es crucial para que la información llegue a la población diana a la que va dirigida. Sin embargo, tal como puntualizó López Ferrado, la inmediatez forzada propia de Internet no juega a favor de la calidad informativa. En la red, donde la información se está actualizando constantemente, hay mucha más presión que en la prensa para publicar antes. Y publicar antes implica, a veces, publicar peor.

Quedó patente en el debate que para la gestión de futuras crisis sanitarias es necesario aprender de los errores cometidos, y sobre todo analizar el riesgo que hay, aquí (en España) y allá (en los países donde se inició el brote), de que se repita la misma situación. En torno a esta cuestión, Gatell planteó una interesante reflexión en forma de metáfora: suponiendo que la probabilidad de que ocurra una gran nevada en Barcelona que bloquee la ciudad es parecida a la probabilidad de que se repita un evento así (la irrupción en España de un virus mortal y desconocido, o bien endémico de otro país, sin vacuna disponible ni tratamiento), ¿vale la pena adquirir máquinas quitanieves en Barcelona? Es decir, teniendo en cuenta el gran coste que supondría tener un equipo especializado en emergencias sanitarias como la del virus del Ébola, preparado y continuamente entrenándose, merecería la pena plantearse si es necesario para prevenir una hipotética crisis sanitaria futura.

Acerca de la gestión sanitaria sobre el terreno, Luis Encinas señaló que lo que se necesita para poder hacer frente a próximos brotes son más recursos, tanto económicos como humanos especializados. Hacen falta muchos más profesionales sanitarios sobre el terreno, pero no solo ellos deben estar preparados; también es necesario formar a todas aquellas personas que puedan entrar en contacto con un paciente, como por ejemplo los profesionales de las funerarias. Además, es necesario estar preparados para el impacto indirecto del Ébola, que aún está por llegar. La focalización en el último brote ha interrumpido muchos programas de vacunación, lo cual tendrá un fuerte impacto en el futuro (aumento de los casos de tuberculosis, de meningitis, etc.).

Si hubiera un rebrote del virus del Ébola, Encinas insiste en que es necesario escuchar a Médicos Sin Fronteras, teniendo en cuenta su experiencia en los últimos brotes de enfermedad por el virus del Ébola y por el virus de Marburgo.

¿Habremos aprendido la lección para futuras crisis sanitarias?

Conclusiones

El último brote de enfermedad por el virus del Ébola reunía todos los ingredientes para causar alarma en la sociedad. Era novedoso en la zona donde apareció, se transmitía rápidamente, tenía una tasa de mortalidad elevada y carecía de tratamiento. No obstante, sin lugar a dudas, fue la expansión del virus fuera del continente africano lo que desató el pánico, de lo cual se hicieron eco los medios de comunicación.

En España, la mala gestión de la crisis del Ébola a raíz de la llegada de los primeros infectados no ayudó precisamente a frenar la expansión del miedo. Durante el debate se evidenció la crisis mediática, que fue ligada a la sanitaria. La gestión del virus en España fue mejorable, así como la información sobre la epidemia en los medios.

Centrarse en temas locales, a menudo banales, y la distancia con la realidad de los países de África Occidental, donde la epidemia sí era un problema real, fueron los síntomas de esta epidemia/crisis mediática en España. Durante el debate se analizaron las causas de estos síntomas, como los pocos corresponsales sobre el terreno, la disminución del número de redactores y, sobre todo, la ausencia de una fuente de información experta. También se habló sobre cómo combatirlos en venideras crisis.

Periodistas y científicos manifestaron la importancia de una transparencia total en la difusión de información en futuras crisis. También se comentó la necesidad de mejorar el acceso a la información de fuentes oficiales o expertas como punto clave para poder aumentar la integración entre periodismo y ciencia.

Aunque en general, durante el debate, no hubo un tono demasiado optimista acerca de la cobertura mediática de la epidemia, la discusión sobre los distintos aspectos a mejorar en las próximas crisis sanitarias fue muy positiva y puso de manifiesto el interés que hay, tanto por parte de los periodistas como de los científicos, en aumentar la integración de periodismo y ciencia para mejorar la divulgación del conocimiento científico a la población general, en especial en situaciones de crisis sanitarias.

Ocho puntos de vista

Graziella Almendral

¿Por qué la epidemia de Ébola ha sido noticia durante tantos meses a pesar de que hay enfermedades, como la malaria o la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el sida, con mucho mayor impacto en la población? Esta pregunta se plantea a menudo en los foros de debate sobre el virus del Ébola. En el panorama informativo actual, el Ébola representa el tema perfecto para convertirse en titular: el virus es poco conocido, se transmite entre personas, es potencialmente letal, no se dispone de protección adecuada, vacuna ni tratamiento efectivo, aún no se ha resuelto el misterio de su origen y no se ha podido demostrar cuál es el reservorio del virus a pesar de que se lleva estudiando desde hace décadas. Todos estos ingredientes «mediáticos» acompañaron a la repatriación de las personas infectadas que trabajaban en los países afectados, en una decisión cargada de polémica: ¿se debe repatriar o hay que invertir todos los esfuerzos para tratar a la persona *in situ,* frenar la expansión del virus y tratar con esos medios a todos los demás afectados? En pleno debate se produjo en España el primer contagio fuera de África. La avalancha informativa estaba servida.

Hoy en día, la información se ha convertido en producto de entretenimiento. En todas las cadenas de televisión ha aumentado el número de horas que se dedica a los programas de opinión y debate, y ha disminuido de forma drástica la inversión en información, en corresponsales y en coberturas sobre el terreno. En las cadenas de televisión españolas hay que cubrir programas magazines de entretenimiento repartidos en franjas horarias que van desde las 9 de la mañana hasta las 12 de la noche en fines de semana. Ébola era noticia y ha aparecido en todos los medios, en todos los programas; ha estado en boca de todos los comentaristas con más o menos formación en este campo; y se han realizado juicios paralelos sobre la buena o mala actuación frente a la epidemia. Nunca un virus y la especulación sobre su comportamiento, origen o efectos ha sido tema tan central de opinión en tantos medios de comunicación como ha sucedido con el virus del Ébola.

Pero también el tratamiento informativo de esta misma epidemia ha hecho evidente parte de nuestras creencias y valores más profundos: las diferencias entre Norte y Sur. La epidemia es considerada por muchos medios como un problema local que afecta a un pequeño grupo de personas sin medios de África Occidental, hacia quienes debemos tener simpatía mezclada con compasión y enviar ayuda.

Se ha aceptado globalmente que Médicos Sin Fronteras, a pesar de sus frecuentes llamamientos en medios como la BBC pidiendo ayuda y denunciando que estaban al límite, tuviera que asumir la gran responsabilidad de acabar con una epidemia.

Y no es la primera vez, pues sucedió lo mismo con el brote del virus de Marburgo en Angola en el año 2005. ¿Qué medios de comunicación se han planteado la calidad asistencial que se estaba proporcionando a los pacientes cuando una organización no gubernamental estaba claramente desbordada? ¿Dónde está la denuncia a los gobiernos por la falta de implicación?

También de forma generalizada en los medios de comunicación se ha asumido que debía conseguirse acceso a los tratamientos en fase de

experimentación solo para tratar a los pacientes occidentales. ¿Por qué los medios de comunicación no han cuestionado esta decisión claramente discriminatoria? Parece que el papel crítico de la prensa se ha reducido a utilizar la epidemia como excusa para criticar la actuación en general de gobiernos y partidos políticos.

Ni siquiera en la 67 Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2014, ya en plena epidemia, se habla de Ébola ni se aprueba ninguna resolución, como recuerda Alberto Infante en su libro *Ébola. ¿Principio y final?*[1].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la emergencia de salud pública internacional tarde, pero además, para medios como las cadenas de televisión españolas, es difícil conseguir declaraciones de este organismo a tiempo y mucho menos en español. La OMS pierde la oportunidad de convertirse en primera elección como fuente informativa.

En este panorama, el virus del Ébola llega a España para recordarnos que no estamos preparados para la aparición de un caso importado, desde el punto de vista tanto de medios sanitarios como informativos. Las autoridades sanitarias no supieron planificar una comunicación de crisis. Una vez más, como sucedió con la crisis de las «vacas locas», científicos de gran prestigio recibían la «invitación» a no hablar con los medios de comunicación y los periodistas se veían obligados a «perseguir ambulancias» o robar declaraciones, dando muchas veces valor científico a hechos anecdóticos y utilizando como fuente oficial declaraciones de profesionales o de población local en el caso de los países afectados.

Constituido el comité especial para la gestión del Ébola, la desconfianza hacia las autoridades sanitarias estaba creada. No se había establecido previamente una comunicación rápida y transparente, imprescindible para lograr una relación de confianza con los medios de comunicación, tal como indican desde hace años las guías de comunicación en situaciones de brotes epidémicos. El resultado quedó patente en el alarmismo de algunas noticias y en la falta de información en profundidad.

[1] Alberto Infante. *Ébola. ¿Principio y final?* Madrid: Nostrum; 2014.

Michele Catanzaro

«Para enfermar, hay que entrar en contacto con un enfermo […]. Para asustarse, es suficiente con entrar en contacto […] con la televisión o internet.» Estas palabras, de un personaje de la película *Contagio,* resumen bien la epidemia de miedo que recorrió los medios durante la última crisis del Ébola.

No hubo correlación entre el desarrollo de esa pandemia y su cobertura mediática, tal como demuestra un estudio[1] que ha comparado el número de infecciones con los *Google trends* relacionados. La explosión mediática se produjo tan solo después de los primeros casos occidentales, pese a las advertencias de los expertos que anticipaban que el número de víctimas en Occidente sería casi nulo en comparación con África.

Según datos del *Informe Quiral,* los titulares del *New York Times, El País* o *La Vanguardia* hablaron mucho más de los Estados Unidos y de España que de África. La epidemia del miedo llevó a situaciones lamentables: unos inmigrantes arrinconados en la playa de Maspalomas porque tenían fiebre (imagen destacada por Graziella Almendral), o la compra compulsiva de trajes de seguridad que hoy están abandonados (como explicó Elena Ronda).

Con millones de muertos al año por causa de la obesidad, el tabaquismo o el alcoholismo, ¿por qué los medios plantearon el Ébola como un peligro para Occidente? Entre muchas razones, me gustaría destacar una: se reprodujo en un momento de crisis un patrón que el periodismo aplica de forma sistemática; en concreto, una manera de representar la salud muy escorada hacia el determinismo biológico, hacia la representación de la enfermedad como algo exclusivamente «natural», sin aspectos sociales y políticos. De ahí la gran atención hacia los aspectos mecánicos (el omnipresente grafismo del traje anti-Ébola) y la escasa atención hacia los aspectos sociales (como las carencias de la salud global). «Tengo la sensación de que el Ébola se trató como un desastre natural […] que además era contagioso», observó Josep María Gatell durante el debate.

Ese brote mediático fue una ocasión perdida, por ejemplo, para poner en la agenda informativa el debate sobre el papel de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que reaccionó tarde y mal, en comparación con los brotes «del primer mundo», como el del síndrome respiratorio agudo grave. Otras organizaciones, como Médicos Sin Fronteras, tomaron las riendas. La congelación de la financiación pública de la OMS y la privatización de ramas enteras de la organización pueden tener un papel en su debilidad. Su prestigio está tocado por los conflictos de intereses emergidos durante la crisis de la gripe A. Sin embargo, estos asuntos casi no se han asomado a los medios.

Un aspecto poco conocido es el impacto de las narrativas mediáticas occidentales en los países afectados. Un estudio[2] ha hallado que la representación tremendista de África en los medios occidentales contribuyó a un rechazo inicial de la existencia de la enfermedad entre los lectores africanos. Por suerte, hay ejemplos de cooperación entre periodistas occidentales y africanos, como *Radio against Ebola,* del francés CFI, o la formación a distancia organizada por la World Federation of Science Journalists.

La crisis de los medios de comunicación redujo la presencia de periodistas sobre el terreno, observó Mónica López Ferrado, y propició el recurso a tertulias o programas de entretenimiento como vehículo de información, destacó Graziella Almendral. Paradójicamente, la enorme demanda de información fue contestada en parte con información superflua y alejada de la realidad africana.

En España se produjo una situación del todo anómala, por la opacidad y la incompetencia de la comunicación llevada a cabo por el ministerio, que generó un vacío en el cual camparon informaciones intrascendentes y poco verificadas, y la politización del debate en tiempos de recortes en el sistema sanitario. Varios periodistas denunciaron una operación de censura que se ha repetido en diversas crisis: la petición ministerial expresada por teléfono a los principales expertos del país de que no hablaran con la prensa. Una operación de este tipo está por debajo de los estándares internacionales de transparencia.

La CNN tituló una de sus noticias «Ébola, ¿el ISIS de los virus?». Más allá del esperpento, el paralelismo aguanta: tratamos a las víctimas africanas del Ébola con el mismo interés con que tratamos a las víctimas del terrorismo fuera de Occidente, o a los refugiados. El *hashtag* más «twitteado» en España durante la pandemia que dejó más de 11.000 muertos en el continente africano fue #salvemosaexcalibur. No hemos explicado suficiente, por ejemplo, que la priorización del Ébola en los degradados sistemas de los países afectados ha dejado una generación de niños sin vacunas y una cantidad ignota de muertes por parto o enfermedades, como destacaron Joan Caylà, Luis Encinas y Nuño Domínguez. El problema no es solo la falta de la más básica empatía humana. «Barcelona está a 4 horas de Dakar», observó Luis Encinas: los problemas del resto del mundo ya son problemas de casa.

Bibliografía

1. Villa R. La comunicazione in tempo di crisi. Il caso Ebola. Disponible en: http://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/ebola_comunicazione_in_tempo_di_crisi_vercelli.pdf
2. Yusuf I, Yahaya S, Qabli S. Role of media in portraying Ebola in and outside Africa. J Trop Dis. 2015;3:152.

Joan A. Caylà

En los últimos años estamos asistiendo al surgimiento de lo que ya se llaman epidemias mediáticas. La variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob que siguió a la todavía más mediática «enfermedad de las vacas locas», el síndrome respiratorio agudo grave, la gripe por virus A (H1N1) y, por supuesto, el Ébola y más recientemente la infección por el virus Zika son algunas de ellas.

Estas epidemias se han visto muy favorecidas por el gran desarrollo tecnológico de los medios y formas de comunicación, y seguramente también por la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), que comunica rápidamente las alarmas que pueden generar crisis de salud pública con la finalidad de que los países en vías de desarrollo puedan activar sus limitados medios de control.

Aparte del gran impacto en los medios de comunicación, también suelen tener un gran impacto psicológico, económico y sanitario, y suelen acompañarse de predicciones desmesuradas que afortunadamente no se cumplen.

En el caso del Ébola, se considera que fueron factores que favorecieron que fuera una epidemia mediática el origen enigmático del virus, que afectara por primera vez a grandes ciudades, el retraso de la OMS en anunciar el problema, la elevada letalidad y que hubiera casos importados en algunos países, como los Estados Unidos y España, donde el tratamiento general del tema ha sido muy criticado.

El impacto de las epidemias mediáticas nos lleva a una reflexión desde la salud pública: que sean *online* nos permite conocer en tiempo real la situación epidemiológica de países muy lejanos, y ello debe favorecer la activación de su control. Al mismo tiempo, hay que procurar evitar la alarma social; el miedo es contagioso y puede llevar a priorizar de forma desorbitada y no adecuada la epidemia mediática actual, olvidando otros temas más importantes para la salud pública. Puede ser difícil, pero hay que informar sin alarmar.

Finalmente, las epidemias mediáticas deben afrontarse a escala mundial. Los países más avanzados deben apoyar a los países más afectados como forma de evitar que se conviertan en enfermedades endémicas, en cuyo caso podrían afectar incluso a los países desarrollados.

Bibliografía

- Caylà JA. Epidemias mediáticas: una reflexión para la salud pública. Gac Sanit. 2009;23:362-4.
- Godoy P, Mayoral JM, Sierra MJ, Aragonés N, Cano R, Pousa A, et al. El brote de Ébola: la crisis local no debe impedir ver el grave problema en África occidental. Gac Sanit. 2015;29:1-3.

Nuño Domínguez

Antes del inminente final de la peor epidemia de enfermedad por virus del Ébola de la historia, el mundo ya se enfrenta a un nuevo virus emergente. El Zika está muy lejos de ser tan letal y peligroso como su antecesor, pero su aparición ha obligado a tomar medidas tan excepcionales como recomendar a las mujeres que no se queden embarazadas en los países afectados. Como suele suceder en estas crisis, era muy difícil, si no imposible, predecir que un virus acabase afectando a los humanos de una forma tan poco habitual y a la vez tan fundamental para nuestra especie.

Una de las lecciones del Ébola fue que los países ricos se apresuraron a preparar sus fronteras ante posibles viajeros infectados. La epidemia aún no había mostrado toda su letalidad cuando ya había analistas que lanzaban un supuesto mensaje tranquilizador: el virus del Ébola no suponía un peligro para los sistemas sanitarios competentes. Era una triste forma de decir, como luego se vio, que la apabullante cuenta de más de 11.000 muertes por el patógeno se concentraría en los países pobres, sin apenas recursos y a los que Occidente envió ayuda humanitaria y efectivos demasiado tarde.

Un estudio reciente ha calculado que haber llegado únicamente un mes antes con un artículo de primera necesidad como eran las camas habría evitado más de 12.000 contagios solo en Sierra Leona. Y aun así, durante el debate sobre el tratamiento informativo de la crisis del Ébola organizado por la Fundación Dr. Antonio Esteve que motiva esta publicación, Luis Encinas, de Médicos Sin Fronteras, relató cómo algunos hospitales estaban tan saturados que había que poner a dos y tres enfermos en el mismo lecho, una realidad que apenas nos llegó a Occidente.

Casi terminada la crisis, un voluntario de una de las organizaciones no gubernamentales que participaron en los primeros meses de la epidemia me contó que alguno de los hospitales de campaña levantados por los Estados Unidos estaban vacíos y sin uso debido a la tardía intervención y posiblemente a la mala planificación.

Otros países han dejado claras sus prioridades ante la epidemia, probablemente sin quererlo. España, por ejemplo, gastó 10 veces más dinero en protección contra el virus del Ébola dentro de sus fronteras (tres casos) que en los países africanos afectados (decenas de miles de casos), según un informe de ISG Global.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado el Zika como emergencia global mucho antes de que se conozca el verdadero alcance del virus. De hecho, aún no hay evidencias de su conexión con el alarmante número de malformaciones cerebrales detectadas en bebés en Brasil, el país más afectado. Hay expertos que dicen que se ha actuado bien y que la medida adoptada por el país carioca y otros de su entorno al pedir a sus mujeres que no se queden embarazadas es la correcta. Pero quedan dudas sobre si la decisión de la OMS ha estado alimentada al menos en parte por las críticas recibidas por su tardío despertar ante la epidemia de Ébola, y sobre hasta qué punto la alarma está inflando el número de casos posibles de forma artificial. En otras palabras, como es habitual en estas crisis, es difícil decir hasta dónde llega lo estrictamente sanitario y dónde comienza lo político.

A pesar de su crudeza, lo peor del virus del Ébola puede estar por llegar. En parte se debe a que el desbordamiento de los sistemas sanitarios de Guinea, Sierra Leona y Liberia ha po-

dido causar profundas crisis de salud paralelas, por ejemplo en términos de muertes infantiles, infecciones, etc. Solo los casos de malaria desatendidos han podido provocar 10.000 muertes adicionales, según una proyección de Imperial College.

Desde el punto de vista informativo, con el Ébola hemos visto cosas que recuerdan a lo que sucedía en los conflictos armados, cuando a los periodistas «empotrados» en unidades militares solo se les permitía ver una parte de la realidad. En España, que recibió a dos misioneros infectados y sufrió el primer contagio registrado en Europa, la disposición informativa del gobierno en los primeros momentos fue casi nula. Y la reacción de los medios, aceptando en su oferta informativa esos viajes organizados a los países del Ébola o persiguiendo ambulancias por Madrid en busca de la información que no obtenían de fuentes oficiales, no fue la mejor.

Probablemente la epidemia de Zika nos vuelva a mostrar nuevas debilidades de nuestras sociedades ante crisis sanitarias globales; por ejemplo, la ciclotimia en el momento de reaccionar o que las decisiones dependan más de la política que de la salud. Ojalá que además sirvan para que Occidente entienda el mensaje de fondo tras cada crisis sanitaria, de refugiados, bélica e incluso climática: la única forma de estar preparados para la próxima pandemia es reducir la inmensa brecha existente entre los países ricos y los países pobres.

Luis Encinas

Tras dos años de lucha titánica, la última y mayor epidemia de Ébola de la historia puede estar llegando a su fin. El 15 de enero de 2015, si no se anuncia ningún nuevo caso, Liberia será el último de los países en ser declarado libre del virus del Ébola, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) dará por finalizada la epidemia que durante dos años ha arrasado el Oeste de África, con más de 11.000 muertos y 28.000 afectados directamente por el virus. Y eso es solo la punta del iceberg, dado que el coste final en términos de sufrimiento y destrucción del sistema sanitario, incluyendo la pérdida de más de 500 profesionales de la salud, escasos e imprescindibles, nunca podrá ser estimado en su justa medida por la magnitud de la tragedia.

El brote del Ébola ha sido descrito con frecuencia como una «tormenta perfecta»: una epidemia que atravesaba fronteras en países con sistemas públicos de salud frágiles, que nunca habían experimentado el Ébola con anterioridad. Sin embargo, esta es una explicación demasiado complaciente. Para que el brote del Ébola alcanzara las dimensiones que adquirió y se descontrolara de tal manera, muchos mecanismos e instituciones tuvieron que fallar. Demasiados. Y lo hicieron con consecuencias trágicas y evitables. Siempre se pensó en el Ébola como un problema de africanos en África, y hasta el otoño de 2014, con un retraso de más de 6 meses, no se activaron los recursos para responder a la epidemia: laboratorios trabajando 24 horas para encontrar una vacuna y un tratamiento, reuniones de expertos, casos importados en los países desarrollados, crisis de gobiernos, movilización de recursos humanos y materiales.

En el verano de 2015 vimos los resultados de esta movilización cuando se anunciaron los resultados positivos de una vacuna. Tres países (los Estados Unidos, el Reino Unido y Alemania) han asumido durante estos dos años más del 60% de los recursos destinados a la lucha contra el Ébola. España quedó en el puesto número 23 de la lista de donantes, por debajo de países como Finlandia, y destinó menos fondos a la lucha contra el Ébola en África Occidental que a la respuesta en nuestro propio país (con solo tres casos).

¿Qué hemos aprendido de esta epidemia y qué debería hacerse de manera diferente en el futuro? En beneficio de todos, deben aprenderse las lecciones que nos ha dejado este brote, desde la necesidad de fortalecer los frágiles sistemas de salud en los países en desarrollo, hasta el imperativo de promover un cambio que evite la parálisis y la lentitud de la ayuda internacional. Por un lado, el mundo está hoy más interconectado que nunca, y utilizar medidas de pretendida seguridad, como el cierre de fronteras o la suspensión de vuelos comerciales, no es una opción para que los países del primer mundo permanezcan inmunes a las epidemias definidas como ajenas. Por otro lado, las autoridades sanitarias de Guinea, Liberia y Sierra Leona deberían poseer ahora los conocimientos técnicos para detectar y hacer frente al Ébola, y cuentan sobre el terreno con laboratorios de los que carecían antes de la epidemia. Numerosos trabajadores humanitarios, organizaciones no gubernamentales e instituciones nacionales e internacionales han recibido formación sobre la enfermedad a cargo de Médicos Sin Fronteras, la OMS y los Centers for

Disease Control and Prevention de los Estados Unidos. Se ha compartido el conocimiento, pero se corre el riesgo de ser de poca utilidad si no se implementa de inmediato en los inicios de una futura epidemia. La flexibilidad y la agilidad para dar respuesta de una forma rápida a una emergencia global todavía no existen en los sistemas internacionales sanitarios. Es preocupante la propuesta de introducir esquemas de privatización de los sistemas públicos de salud en estos países con poblaciones tan vulnerables como solución a este problema. Porque la ausencia de un sistema global de respuesta a emergencias no debe ser utilizada ni manipulada para promover políticas de desmantelamiento de sistemas públicos de salud, cuya solidez es la base firme sobre la que debe asentarse cualquier respuesta a una emergencia.

El brote del Ébola entre los años 2014 y 2016 es un caso extremo y perfecto (un ejemplo de libro) de todo lo que puede salir mal cuando nos enfrentamos a una enfermedad cuyo tratamiento desconocemos. Es por ello esencial revisar las capacidades para responder de modo adecuado a las alertas, ya sean las fiebres hemorrágicas, el MERS (síndrome respiratorio por coronavirus de Oriente Medio, por sus siglas en inglés) u otra nueva enfermedad mortal y contagiosa del siglo XXI, y trabajar sobre un sistema de detección precoz y escenarios de tratamiento. El manejo correcto de las futuras epidemias debe centrarse en el paciente y su entorno con el objetivo de salvar y proteger vidas, allí donde se identifiquen las mayores necesidades. Conviene implementar un sistema adecuado de investigación epidemiológica que incluya la formación de personal, material de protección y laboratorio, poniendo en el centro de interés el cuidado del paciente, la protección del cuidador (sean estos familiares o profesionales sanitarios) y también el aspecto más general de salud pública. La política de cuarentenas punitivas y sus consecuencias deben de ser sopesadas y analizadas. Victimizar al paciente y su familia es el camino erróneo, una opción a evitar. Los países que declaran y luchan contra una epidemia deben encontrar recompensas en el sistema, no castigos. Se requiere, por tanto, un liderazgo sólido respaldado por la voluntad política. Los Estados tienen que reconocer que el Ébola es un ejemplo más de la necesidad de buscar soluciones integrales que aborden enfermedades olvidadas y desatendidas. Es necesario poner en marcha propuestas de I + D y de financiación que promuevan innovaciones biomédicas basadas en las necesidades de los pacientes, y no en la rentabilidad y el beneficio de los fármacos. Y los resultados deben ser considerados como bienes públicos globales adaptados a las necesidades de los pacientes, de los trabajadores sanitarios y de los Estados, y por consiguiente, asequibles y accesibles para las personas necesitadas. Y todo ello sin olvidar que es imprescindible mantener el esfuerzo de fondo de continuar invirtiendo, promoviendo y trabajando para que los países menos favorecidos tengan sistemas de salud públicos eficaces y sólidos.

Josep Maria Gatell

Las enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes no son un problema nuevo. A lo largo de la historia, siempre han sido un problema para la salud pública. La pregunta, por tanto, no es si habrá más, sino simplemente cuándo aparecerán y cuáles serán su magnitud y su impacto. El azar desempeña un papel importante, pero factores ambientales, sociales o relacionados con la utilización subóptima de los antimicrobianos están teniendo cada vez más influencia. Si la enfermedad infecciosa es fácilmente transmisible y su pronóstico es grave, el impacto se magnifica. Finalmente, la salud y la medicina son cada vez más temas de interés general, y por tanto son también objeto de atención de todos los medios de difusión generales, además de los medios estrictamente técnicos o especializados.

En los últimos años hemos asistido a brotes epidémicos de enfermedades emergentes o reemergentes, como la legionelosis, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el sida, la tuberculosis, el cólera, el síndrome respiratorio agudo grave, el síndrome respiratorio de Oriente Medio, el dengue, el chikungunya y actualmente el virus del Zika. La del Ébola ha sido simplemente una más. Pero la magnitud del último brote epidémico, las facilidades y la práctica imposibilidad de controlar los desplazamientos de grandes masas de población, la relativa facilidad de transmisión, la falta de un tratamiento específico y su elevada mortalidad, la han convertido en un paradigma. Todo ello agravado por el hecho de que lo que se creía un problema menor y localizado exclusivamente en «países pobres y remotos» ha alcanzado a los países occidentales ricos con casos de transmisión autóctona en España y en los Estados Unidos. Hemos aprendido lo que deberíamos haber hecho y no hicimos, lo que hicimos mal y bien, y más importante todavía, lo que deberíamos hacer de ahora en adelante. El mundo deberá decidir cuántos recursos desea tener disponibles de forma permanente para abordar con rapidez un problema por lo general poco frecuente e impredecible. En otras palabras, cuántas máquinas quitanieves, con su personal correspondiente, hay que mantener operativas en Barcelona, donde las nevadas son muy raras y también impredecibles.

Con el último brote de enfermedad por el virus del Ébola, los medios de comunicación, en mi opinión, se comportaron de forma predecible y similar a como lo hicieron con otros desastres naturales o provocados por el hombre, como las guerras. Al principio le dieron poca importancia, hasta que la magnitud del problema y su repercusión fueron importantes. A partir de ese momento, magnificaron el problema. El cénit se alcanzó cuando hubo casos importados y autóctonos en Occidente, para progresivamente ir perdiendo interés a medida que la magnitud del problema global iba reduciéndose, y sobre todo cuando el problema en el mundo occidental se reducía a sospechas de casos importados que, en general, no se confirmaban. En algunos países, como fue el caso en España, el problema se agravó por la desastrosa política de información (mejor llamarla falta de política de información) de buena parte de nuestras autoridades sanitarias. A falta de información veraz, contrastada y fácil de obtener, las anécdotas y los hechos circunstanciales acabaron convirtiéndose en temas de interés general.

Finalmente, deberíamos constatar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) es eficiente para identificar y monitorizar la evolución de las epidemias, y posiblemente para recomendar medidas preventivas y de contención. Sin embargo, no dispone de una «fuerza de choque» para implicarse en las recomendaciones que ella misma hace. La OMS lo encarga a los países miembros, y estos lo cumplirán o no dependiendo de su capacidad económica y sanitaria y del contexto político. Hay «cascos azules» para los conflictos armados, pero no hay «batas azules» para las epidemias. De forma tardía, algunos países occidentales se incorporaron como iniciativas individuales. Pero el peso lo soportó una organización no gubernamental, Médicos Sin Fronteras, de forma voluntaria e imagino que trasladando recursos destinados a otras labores humanitarias.

Mònica López Ferrado

Octubre, 2014. En Liberia, un hombre llora desconsoladamente ante la fosa en la que yace toda su familia: mujer y cuatro hijos. Han muerto a causa del virus del Ébola. Stanley Juan se ha quedado solo en el mundo. En España, Javier Limón, el marido de Teresa Romero, la auxiliar de enfermería infectada por tratar a Manuel García Viejo, el misionero expatriado enfermo de Ébola y ya fallecido, lanza un vídeo a Internet en el que expresa su desconsuelo porque las autoridades sanitarias quieren sacrificar al perro de la pareja como medida preventiva. Mientras, ella permanece aislada en el Hospital La Paz-Carlos III de Madrid, recibiendo todos los cuidados necesarios y a la espera de un tratamiento experimental con el que, más tarde, se acabará curando.

Los medios de comunicación, las redes sociales, hierven sobre el debate ya no por la vida de la auxiliar, sino por la vida del perro, Excalibur, que se hace famoso. Pero nadie conoce el drama de los muchos «Stanleys» que hay en África, que se han quedado solos, que lloran a sus muertos, personas anónimas que no han tenido ninguna oportunidad. No tienen identidad, no son más que una cifra, una gota de agua en el contador de muertos que engrosa los titulares. Y las cifras no generan empatía. Para Occidente, son una amenaza lejana que crece y crece. De la que hay que protegerse. A la que hay que cerrar fronteras para evitar que la mancha de aceite se expanda.

La imagen de Stanley llega a las pantallas un año más tarde del drama, gracias al documental de Carl Gierstorfer. Es uno de los pocos periodistas que han viajado a uno de los países afectados y que ha dado voz a las víctimas reales, y no a la histeria colectiva de una sociedad opulenta que, una vez más, ha demostrado que se mira el ombligo y no atiende a la raíz del problema, a una enfermedad cuyo contagio tiene mucho que ver con otro mal endémico: la pobreza.

La carencia de periodistas sobre el terreno, ya habitual en una época de crisis que comporta recortes en todos los medios, se traduce en rutinas de trabajo basadas en reproducir comunicados y noticias de agencia, y que en el caso de la crisis del Ébola ha supuesto la ausencia de una visión completa de la situación desde donde se está produciendo. Hay una carencia absoluta de empatía hacia las víctimas, así como una falta de profundidad sobre las auténticas raíces del problema: se trata de países en crisis continua, ninguneados por la comunidad internacional y que viven en un entorno con grandes deficiencias sanitarias. Nadie invierte en enviar corresponsales, y solo algún arriesgado *free-lance* (como es el caso de Gierstorfer) se lanza por su cuenta y riesgo a poner caras a la tragedia, a no quedarse con los números. Son cifras globales, y mientras, en los países occidentales, los casos se cuentan uno a uno, tienen nombre y apellido, merecen titular propio y conocemos sus casas, los hospitales, sus calles y sus vecinos.

La falta de una visión global en los medios contribuye a no tener una visión real de la situación, a no situar en el lugar que le corresponde la aparición de un solo caso local y a una falta de visión crítica ante los errores de comunicación de las autoridades locales. La rueda de prensa de la ministra de Sanidad en aquel momento, Ana Mato, se acabó convirtiendo en un elemento que facilitó el contagio de otra epide-

mia: la del miedo. La inseguridad de Mato, su ignorancia ante muchas de las cuestiones que se le plantearon, su evidente expresión de temor e inseguridad, la falta de expertos portavoces y los silencios fueron el caldo de cultivo perfecto para alimentar ese temor. Ante la falta de información, los medios no renunciaron a rastrear e informar. Ante la falta de información, incluso se traspasaron líneas rojas como la publicación de imágenes íntimas de Teresa Romero.

No es nuevo. En otras crisis sanitarias, como en el caso de la gripe A o de la gripe aviaria, la secuencia se repite: primero, crisis; luego, alarma sanitaria; después, desinformación. La inmediatez de los medios lleva mal la incertidumbre de las crisis sanitarias, que requieren cierto tiempo, análisis y reflexión para llegar a conclusiones y medidas válidas. En las crisis sanitarias siempre coincide la máxima expectativa informativa, cuando los medios están dispuestos a dedicar más espacio al tema, con el momento en que hay menos información y mayor es la incertidumbre. Mucha información sobre el Ébola se ha emitido en programas que no son estrictamente informativos, sino de entretenimiento, como los magazines matinales.

La implicación clara y concienzuda de los medios para evitar la epidemia del miedo en las crisis sanitarias es una eterna asignatura pendiente. Pero no es la única. También es necesario que la sociedad sea más crítica. Debemos aprender todos (medios y audiencia) que la incertidumbre va a ser cada vez más frecuente. Desgraciadamente, el Ébola no va a ser la última epidemia.

Elena Ronda

La comunicación eficaz es considerada como un elemento indispensable en la gestión de los brotes epidémicos, a un nivel equiparable al de los análisis epidemiológicos y de laboratorio. La Organización Mundial de la Salud reconoce que la comunicación al público estimula a adoptar un comportamiento protector, ayuda a fortalecer las medidas de vigilancia, sirve para aumentar la confianza de los ciudadanos y tiende a favorecer una mejor utilización de los recursos.

En mi opinión, destacaría dos aspectos de la gestión informativa durante el desarrollo del mayor brote de enfermedad por virus del Ébola de la historia, en el que se evidencia que esta finalidad no se alcanzó. El primero se refiere a la cobertura informativa que se llevó a cabo en los países donde se encontraba el foco de la epidemia. Un artículo publicado por la revista *Lancet,* que analizaba las noticias aparecidas en los principales periódicos de los países africanos afectados por el virus del Ébola, mostraba que en la mayoría de ellos no se mencionaban aspectos esenciales como, por ejemplo, la importancia del seguimiento de los contactos, y que casi ninguno aportaba mensajes positivos y constructivos de salud pública. Además, el contenido de la información preventiva no tenía en cuenta la influencia que los condicionantes culturales pueden tener en la evaluación del riesgo. El segundo aspecto se concreta en España, país donde se produjo el primer caso de infección fuera del continente africano. La escasa información proporcionada por parte de las autoridades sanitarias se convirtió en un foco de desconfianza para la población general, para los medios que cubrían la noticia y para los profesionales sanitarios. No se tuvieron en cuenta ninguna de las normas de comunicación de los brotes epidémicos recomendadas por los organismos y las instituciones, como son generar confianza, comunicación temprana, transparencia y planificación.

Esperemos que la experiencia adquirida y las investigaciones que se realicen sobre las evaluaciones del caso de la epidemia de virus del Ébola ayuden a mejorar nuestro conocimiento sobre cómo transmitir a la sociedad las crisis de salud teniendo en cuenta que la finalidad última es contribuir a proteger la salud de la población.

Artículos seleccionados

Criterios de selección de los artículos

De cara a seleccionar una muestra más o menos representativa de la cobertura mediática nacional e internacional en torno al brote de enfermedad por el virus del Ébola, se procedió a revisar la hemeroteca de la prensa escrita con el fin de captar la diversidad de los enfoques seguidos.

Se seleccionaron cinco periódicos de tres continentes:

- Dos nacionales: *El País* y *La Vanguardia*.
- Uno británico: *The Guardian*.
- Uno de los Estados Unidos de América: *The New York Times*.
- Uno de Liberia, país africano afectado por el virus: *The Daily Observer.*

Se hizo una extensa revisión de estos cinco diarios a través de sus archivos telemáticos, desde diciembre de 2013 hasta el 1 de junio de 2015, usando siempre el término "Ébola" en la búsqueda.

Para organizar el enorme volumen de información a gestionar, se dividió la epidemia del virus del Ébola en cuatro etapas, en función de los resultados de la revisión cronológica previa:

- Etapa 1: primeros casos de infección por el virus del Ébola en África. Esta etapa engloba desde diciembre de 2013, mes en que se inició el brote, hasta el 7 de agosto de 2014, un día antes de que la OMS declarase el brote «una emergencia de salud pública internacional» y, en consecuencia, la epidemia –mediática– se hiciera global.
- Etapa 2: explosión mediática. Desde la declaración de la OMS del 8 de agosto de 2014 hasta la aparición de los primeros infectados por el virus del Ébola en Occidente, en el mes de septiembre.
- Etapa 3: la infección por el virus del Ébola traspasa continentes. Esta etapa abarca los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2014, en los que aparecen los primeros casos de infectados por el virus del Ébola fuera del continente africano.
- Etapa 4: últimas noticias. Comprende los últimos meses de la epidemia, desde enero de 2014 hasta junio de 2015, cuando el flujo de noticias referentes a la enfermedad disminuye pese a que la epidemia sigue en curso.

En una primera revisión de los cinco diarios se seleccionaron 180 noticias, de las cuales se escogieron 11 como punto de partida para el debate, intentando que fueran las más representativas de la línea general de redacción de cada diario. En esta selección final también se intentó que estuvieran representados los diversos géneros periodísticos (editorial, noticias, reportajes, artículos de opinión, etc.).

CUADERNOS DE LA FUNDACIÓN DR. ANTONIO ESTEVE

1. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, Nº 1. Barcelona: Prous Science; 2003.
2. Debates sobre periodismo científico. A propósito de la secuenciación del genoma humano: interacción de ciencia y periodismo. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 2. Barcelona: Prous Science; 2004.
3. Palomo L, Pastor R, coord. Terapias no farmacológicas en atención primaria. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 3. Barcelona: Prous Science; 2004.
4. Debates sobre periodismo científico. En torno a la cobertura científica del SARS. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 4. Barcelona: Prous Science; 2006.
5. Cantillon P, Hutchinson L, Wood D, coord. Aprendizaje y docencia en medicina. Traducción al español de una serie publicada en el British Medical Journal. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 5. Barcelona: Prous Science; 2006.
6. Bertomeu Sánchez JR, Nieto-Galán A, coord. Entre la ciencia y el crimen: Mateu Orfila y la toxicología en el siglo XIX. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 6. Barcelona: Prous Science; 2006.
7. De Semir V, Morales P, coord. Jornada sobre periodismo biomédico. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 7. Barcelona: Prous Science; 2006.
8. Blanch Ll, Gómez de la Cámara A, coord. Jornada sobre investigación en el ámbito clínico. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 8. Barcelona: Prous Science; 2006.
9. Mabrouki K, Bosch F, coord. Redacción científica en biomedicina: Lo que hay que saber. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 9. Barcelona: Prous Science; 2007.
10. Algorta J, Loza M, Luque A, coord. Reflexiones sobre la formación en investigación y desarrollo de medicamentos. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 10. Barcelona: Prous Science; 2007.
11. La ciencia en los medios de comunicación. 25 años de contribuciones de Vladimir de Semir. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 11. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2007.
12. Debates sobre periodismo científico. Expectativas y desencantos acerca de la clonación terapéutica. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 12. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2007.
13. Gonzàlez-Duarte R, coord. Doce mujeres en la biomedicina del siglo XX. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 13. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2007.
14. Mayor Serrano MB. Cómo elaborar folletos de salud destinados a los pacientes. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 14. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2008.
15. Rosich L, Bosch F, coord. Redacció científica en biomedicina: El que cal saber-ne. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, Nº 15. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2008.
16. El enfermo como sujeto activo en la terapéutica. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 16. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2008.
17. Rico-Villademoros F, Alfaro V, coord. La redacción médica como profesión. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 17. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2009.
18. Del Villar Ruiz de la Torre JA, Melo Herráiz E. Guía de plantas medicinales del Magreb. Establecimiento de una conexión intercultural. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 18. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2009.
19. Gonzàlez-Duarte R, coord. Dotze dones en la biomedicina del segle XX. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, Nº 19. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2009.
20. Serés E, Rosich L, Bosch F, coord. Presentaciones orales en biomedicina. Aspectos a tener en cuenta para mejorar la comunicación. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 20. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2010.
21. Francescutti LP. La información científica en los telediarios españoles. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 21. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2010.

22. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana (II). Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, Nº 22. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2011.
23. Mugüerza P. Manual de traducción inglés-español de protocolos de ensayos clínicos. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 23. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2012.
24. Marušić A, Marcovitch H, coord. Competing interests in biomedical publications. Main guidelines and selected articles. Esteve Foundation Notebooks, Nº 24. Barcelona: Esteve Foundation; 2012.
25. De Semir V, Revuelta G, coord. El periodismo biomédico en la era 2.0. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 25. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2012.
26. Casino G, coord. Bioestadística para periodistas y comunicadores. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 26. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2013.
27. Carrió M, Branda LA, Baños JE, coord. El aprendizaje basado en problemas en sus textos. Ejemplos de su empleo en biomedicina. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 27. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2013.
28. El científico ante los medios de comunicación. Retos y herramientas para una cooperación fructífera. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 28. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2013.
29. Giba J. Developing skills in scientific writing. Esteve Foundation Notebooks, Nº 29. Barcelona: Esteve Foundation; 2014.
30. Bigorra J, Bosch F, coord. Filantropía en investigación e innovación biosanitaria en Cataluña. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 30. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2014.
31. Francescutti LP. Los públicos de la ciencia. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 31. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2014.
32. Casino G, Fernández E, coord. Epidemiología para periodistas y comunicadores. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 32. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2014.
33. Gallego Borghini L. La traducción inglés-español del consentimiento informado en investigación clínica. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 33. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2015.
34. Casino G. Escepticemia. Una mirada escéptica sobre la salud y la información. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 34. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2015.
35. De la Torre T, coord. La Medicina en las series de televisión. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 35. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2016.
36. Hernández I, coord. Definición de prioridades en políticas de salud. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 36. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2016.
37. Mayor Serrano MB. El cómic como recurso didáctico en los estudios de Medicina. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 37. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2016.
38. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana (III). Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, Nº 38. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2016.
39. Claros Díaz MG. Ideas, reglas y consejos para traducir y redactar textos científicos en español. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, Nº 39. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 2016.

Para solicitar cuadernos ya publicados diríjanse por escrito a la Fundación Dr. Antonio Esteve, c/ Llobet i Vall-Llosera nº2, 08032 Barcelona, o a través de la página web: www.esteve.org.

Cuatro periodistas y cuatro científicos analizan la cobertura mediática del brote con ejemplos publicados en la prensa internacional

ISBN: 978-84-945061-6-1

9 788494 506161