
Crisis sanitarias y medios de comunicación

Pablo Martínez Segura

Periodista e historiador

Director de Servicios Integrales de Comunicación

El pasado 1 de mayo se recordó el 25 aniversario de la primera muerte por el síndrome tóxico, la mayor crisis sanitaria-mediática de la historia reciente de nuestro país. La unión del concepto de crisis sanitaria y su inmediata calificación como mediática no es caprichosa. Cuando surgió el síndrome tóxico, en el año 1981, la incipiente democracia española acababa de superar su peor prueba, el intento de golpe de estado del 23 de febrero.

Democracia y crisis sanitaria por el envenenamiento con aceite de colza desnaturalizado, aunque parezca mentira, tienen mucho que ver. Muy recientemente recibíamos pruebas de lo que podían haber sido crisis sanitarias, pero no lo fueron, durante la dictadura franquista. El Gobierno ocultó una fuga radiactiva que se produjo el 7 de noviembre de 1970 en la entonces denominada Junta de Energía Nuclear (JEN), en la Ciudad Universitaria de Madrid, que contaminó el agua y las orillas de los ríos Manzana-

res, Jarama y Tajo. Miles de toneladas de hortalizas contaminadas con estroncio 90 fueron consumidas. "Uno de los técnicos de la JEN que realizó inspecciones, y que prefiere mantenerse en el anonimato, cuenta que iba por la vega del Jarama con un detector de radiactividad del tipo SPP-2 y que en muchas ocasiones, recuerda, el contador subía al límite, que era 15.000 cuentas por segundo, cuando lo normal en el ambiente suele ser entre 100 y 120 cuentas por segundo"¹. Las consecuencias nunca fueron conocidas, puesto que tampoco se llevó a cabo ningún estudio epidemiológico.

Sin democracia, sin Estado de Derecho, sin libertad de información, no hay crisis sanitarias-mediáticas. Los problemas, lógicamente son otros y, en consecuencia, otras las prioridades.

De hecho, el tratamiento de temas relacionados con la salud en los medios de comunicación social españoles es relativamente reciente. Dos problemas sanitarios de gran envergadura: el síndrome tó-

xico, ya mencionado, y el sida determinaron, a lo largo de la década de los ochenta, que los medios de comunicación de nuestro país comenzaran a prestar una mayor atención a esta parcela de la actualidad, a crear espacios más o menos fijos dentro de las secciones de sociedad y a disponer de profesionales de la información especializados en la materia.

La tensión inicial fue máxima, puesto que ambos problemas aparecieron como una condena a muerte cierta de los más afectados.

En el primer caso concurrieron factores de proximidad y controversia. En el segundo, el interés informativo se centró en la fama de alguna de las primeras víctimas y el morbo de su relación durante los primeros tiempos como la homosexualidad, un tema tabú en aquella época.

A partir de ahí, la sociedad ha ido manteniendo una creciente demanda sobre información de salud que se ha correspondido con un mayor espacio en los medios dedicado a este fin. La calidad de esas informaciones ha sido muy desigual y a la menor ocasión se han reproducido los tics de muerte y morbo de la época del síndrome tóxico y del sida. Es decir, si no se sabe bien lo que pasa, existe controversia y algunos de los afectados mueren, el despliegue informa-

tivo alcanza unas proporciones desmesuradas desde el punto de vista de los expertos.

Los profesionales de los medios de comunicación nos dedicamos a interpretar la realidad. Somos mediadores sociales que buscamos puntos de equilibrio entre el exceso de información del experto o del monopolizador y la falta de información de la población general sobre ese aspecto concreto. Nuestro trabajo consiste en desmontar ese desequilibrio de la información, pero los resultados son aleatorios, puesto que no existe ningún método científico de elaboración de informaciones, aunque la experiencia profesional, el conocimiento de la idiosincrasia del colectivo que constituye nuestra audiencia y, en muchas ocasiones, la intuición, constituyen poderosas herramientas de apoyo. No es necesario saber mucho de lo que se quiere contar; sino saber transmitir la información precisa con una secuencia lógica y unos términos que resulten asequibles para la mayoría. En pocas palabras; si se trata de ciencia la vulgarizamos y si es una información cuyo conocimiento monopolista proporciona una cuota de poder a un agente social, rompemos dicho monopolio al generalizar su conocimiento. Al existir menos desequilibrios

de información la sociedad en su conjunto es más igualitaria.

El proceso de la comunicación va resando definición y detalles, que, para entendernos, se van quedando por el camino, desde su origen hasta que llega a la audiencia, la destinataria final. El experto, aunque tenga voluntad de dar a conocer sus conocimientos, prácticamente nunca llegará a ver reflejada, con exactitud, con la pulcritud que él desearía, con los datos que él posee, la información que será emitida o publicada².

En el otro lado de la barrera, en lo que llamamos audiencia (algo muy heterogéneo en edades, cultura, nivel socioeconómico, interés por el tema tratado, etc.), las percepciones de una misma información van a resultar muy diferentes, aunque van a depender directamente de la proximidad, la magnitud y el nivel de implicación personal, entre otros factores.

Centremos este asunto:

1. Para cualquier sociedad el alejamiento, la distancia, enfría el interés. En España es menos noticia un terremoto en China que el derrumbamiento de un edificio en una de nuestras ciudades. En esa ciudad, además, será, casi con seguridad, la información más importante del día. Es lo que llamamos factor de proximidad.

2. La magnitud o el número de afectados es la siguiente variable a conside-

rar. Nos encontramos ante el caso en el que comparáramos un accidente laboral en una obra y un brote de meningitis en un colegio, ambos dentro de la misma ciudad. El accidente se encuentra delimitado y localizado, la hipotética epidemia no y, por tanto, la información sobre el brote será seguida con el máximo interés por todos los que sienten que pueden ser afectados en primera persona o en su entorno más próximo.

3. Nos queda, por último, la implicación personal, la posible identificación de un sector de la audiencia con los sujetos protagonistas de la noticia, y aquí influye mucho más la identidad cultural, puesto que podemos sentirnos afectados por razones de nacionalidad, raza, sexo, religión, intereses profesionales o económicos, afinidad política, gustos estéticos, simpatías deportivas y así hasta un larguísimo etcétera. Cada sujeto vive inmerso en varias de esas categorías y los éxitos o los agravios al colectivo con el que se identifica los siente como propios, de forma que las noticias sobre el mismo despiertan vivamente su interés. Sólo hay que recordar que en España la prensa deportiva supera en número de lectores a la prensa general³, y que dicha prensa deportiva se alimenta casi exclusivamente de este factor de implicación personal de muchos sujetos con los colores de

un determinado club de fútbol en el que vuelcan sus simpatías.

Cuando concurren los factores de proximidad, magnitud e implicación en su grado máximo se generan crisis. Si nos referimos a las crisis sanitarias-mediáticas podríamos enumerar las de los últimos diez años:

- *Legionella* en Alcalá de Henares en otoño de 1996.
- Brote de meningitis del invierno de 1997.
- Medicamentazo de 1998.
- Colapso de las Urgencias del invierno de 1999.
- Crisis de las vacas locas en otoño de 2000 e invierno de 2001.
- Cerivastatina en verano-otoño de 2001.
- Escándalo del Bio-Bac en 2002.
- Ola de calor en 2003.
- Células madre y clonación en 2004.
- Gripe aviar en 2005.

Todos los casos mencionados tienen una base verídica que funciona a dos niveles: individual y colectiva. Cuando ambas coinciden y se superponen a los factores ya aludidos de proximidad, magnitud e implicación, la crisis sanitaria mediática está servida.

Para basarnos en un lenguaje (código) común que todos entendamos y aceptemos vamos a tomar las definiciones del

Diccionario de la Real Academia Española (RAE), aunque lógicamente este referente también es discutible. Pero por acotar, admitamos la acepción de “verdad” según la RAE: “Conformidad de las cosas con el concepto que de ellas forma la mente”; o como segunda acepción: “Conformidad de lo que se dice con lo que se siente o se piensa”. La verdad, entonces, según el uso aceptado en nuestra lengua por la RAE es un concepto individual, propio, para nada absoluto. Ello, en la cuestión que nos ocupa, plantea una serie de dificultades: ¿Las verdades del experto sanitario, del salubrista o de la autoridad sanitaria son las mismas verdades que las de la población? Parece ser que no. Y fundamentalmente no porque el desequilibrio en la información, la información que posee el experto sobre una determinada situación y la información que tiene la población, atomizada, a su vez, en múltiples diferencias culturales, en diferentes niveles socioeconómicos, implica que hay muchísimas verdades.

Hay, además, una segunda parte, si aplicamos el teorema de Thomas, sociólogo de la Escuela de Chicago y padre de los llamados análisis situacionales⁴. Según Thomas “si los individuos definen una situación como real, esa situación es real en sus consecuencias”. Ésta es la base de toda la psicodinámica de masas, en la que

fundamentan las religiones sus principios, las grandes marcas sus campañas de publicidad y los partidos políticos sus campañas electorales; es decir, no es necesario que algo sea cierto, por ejemplo una situación de riesgo de salud, sino que la gente crea que es cierto. Si ocurre así, la situación generada, sus consecuencias, serán consideradas de riesgo.

De hecho, la realidad es dinámica, inestable, sujeta a infinidad de variables; contextualizada desde distintos puntos de vista, con valoraciones distintas. Las variables de la información no se pueden controlar, es prácticamente imposible. En esas variables informativas siempre entran los elementos impredecibles, el efecto de bola de nieve que tiene todo acontecimiento, que según se va conociendo rueda, crece, aumenta; y eso da lugar a un mayor interés general. Tengan en cuenta que la noticia está en función de la proximidad y del interés de las posibles personas afectadas por esa información. De forma que cuando coinciden proximidad e interés general, la información tiene necesariamente que crecer en intensidad. Esta situación, además, es producto de la lógica competencia entre los medios de comunicación, no debemos olvidar que, en definitiva, la mayoría de ellos, quitando los entes públicos, son empresas mercantiles que lo que tienen

que procurar es conservar o ganar más audiencia que es equivalente a conservar o ganar mercado. Es lógico que en un tema donde aumenta el interés general por factores de proximidad y afectación llame a entrar a todos los medios de comunicación que compiten en ese segmento y que cada uno de ellos trate de interpretar esa realidad desde la perspectiva cultural que asigna a su audiencia.

Veamos algunos ejemplos, referidos a alguna de las crisis sanitarias-mediáticas citadas, y la aplicación de cuanto acabamos de comentar:

El diario ABC del 24 de septiembre de 1996, titulaba: "A la caza de la *Legionella*" y después decía: "¿Dónde está la bacteria? ¿Dónde se esconde el germen que ha provocado la enfermedad a 103 alcañinos? ¿En qué lugar recóndito ha instalado su cuartel general? ¿Cuándo se la va a localizar? Tras conocer su nombre, los expertos e investigadores han decidido hacer frente a la *Legionella*. Para ello han comenzado a escudriñar todos y cada uno de los posibles focos de infección. Esta labor de detective se ha puesto en marcha por el Área 3 de Salud".

Seguramente algunos técnicos de salud pensarían que esta información podría ser exagerada, estar desmedida, pero para un periodista no es así. Para la población general es una información

bien hecha, o muy bien hecha, porque lo que se plantean son las preguntas que en aquel momento no tenían respuesta y que estaban creando una situación de inquietud. Vladimir de Semir, director del Observatorio de la Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra, de Barcelona, pone el dedo en la llaga al recordar que el periodista científico o el médico divulgador tiene que iniciar la competencia con sus propios colegas en el medio de comunicación en el que trabaja: “Así —señala—, resultan especialmente apreciadas las noticias sobre bacterias asesinas, virus exterminadores y tratamientos milagrosos, dado que deben competir con asesinatos, violaciones, catástrofes ecológicas y declaraciones de personas famosas”⁵.

Si ha surgido la crisis, como se comentaba antes, y no ha habido posibilidad de que a los medios de comunicación se les facilite la información suficiente para contestar a esas cuestiones, esas son las preguntas que se está haciendo el ciudadano (teorema de Thomas) y el medio de comunicación las transmite.

También se ha comentado el problema de que no exista suficiente información, pero de hecho la población está alarmada, no tiene recursos para saber lo que está ocurriendo, le falta información directa. Los afectados tienen que confiar

en la radio, la televisión y la prensa para tratar de saber qué es lo que está pasando, pero esas informaciones que tratan de ser de utilidad desde el punto de vista del medio de comunicación, desde la perspectiva del sanitario pueden ser escandalosas.

El periódico El Mundo de 4 de octubre de 1996, señalaba: “Algunos de los habitantes han comenzado a abandonar la ciudad y a acudir a casas de familiares”, como antetítulo para destacar a continuación con grandes titulares: “Primero, sudor frío; después, el pánico” y proseguir “El miedo invade Alcalá ante lo que sus habitantes conocen ya como el mal invisible. Rosa Posada (Consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid) admite que la enfermedad aún no ha remitido”, no cabe duda de que hay palabras fuertes, pero esas palabras fuertes están motivadas por ese deseo de informar que en principio no han encontrado otras respuestas satisfactorias.

Pero observen la secuencia y entiendan la alarma. Hemos visto informaciones que correspondían al final del mes de septiembre y comienzos de octubre donde se estaba hablando de *Legionella* y el terrible problema que supone una situación de este tipo. Pero son las autoridades sanitarias las que introducen a renglón seguido una auténtica bomba.

En el periódico El Mundo del 5 de octubre de 1996 leemos: “Ingresadas otras diez personas mientras las autoridades sanitarias aceleran el proceso de limpieza de las conducciones de agua. Nunca hemos dicho que estemos ante un brote confirmado de *Legionella*, dice ahora Sanidad”, que corresponde a unas declaraciones del Director General de Salud Pública. Posiblemente en su afán de ser preciso querría acotar la confirmación de que era un brote de *Legionella*, pero dado que para la población el mal estaba identificado y ello supone siempre un avance, ponerlo en duda crea todavía mucha más inquietud.

Tenemos también problemas de disparidad de lenguajes ¿A qué nos referimos? La disparidad de lenguajes se produce cuando surge la controversia, cuando se plantean varias tesis de interpretación. El mejor ejemplo se tiene normalmente en la prensa deportiva, pero existe prácticamente en todos los medios de comunicación.

Es habitual y despierta el interés el llevar la contraria a las tesis oficiales, es decir, siempre que existe una información desde una fuente oficial, lo normal es que los medios de comunicación busquen las réplicas, las opiniones que no están de acuerdo con la tesis del poder, porque hay que tratar de ofrecer la mayor pluralidad posible.

En este sentido, influye nuevamente la competitividad mercantil entre los medios o el prestigio que tienen que conservar los medios públicos para mantenerse en los mismos niveles de audiencia o difusión que los medios privados y, finalmente, el que no se pueda negar nunca que lo raro, lo chocante, lo insólito, lo novedoso, son por naturaleza noticia.

Otro magnífico ejemplo que cumple todos estos requisitos es la crisis sanitario-mediática de la meningitis. Como muchos recordarán, días antes de surgir en el invierno de 1997 la alarma social de la meningitis C como posible epidemia, probablemente sin ninguna intención, un determinado laboratorio hizo una presentación de una vacuna de la meningitis C, que iba a ser comercializada en breve tiempo en España. Son presentaciones a la prensa que suelen hacer habitualmente todos los laboratorios farmacéuticos con una pequeña antelación a la comercialización de sus productos.

Esos primeros datos sobre la meningitis C y su remedio se mezclan con los de la posible epidemia, o en su defecto la duda sobre si el número de casos era excepcional o no. Proximidad, afectación general y más concretamente a los niños, desinformación oficial, versiones contradictorias entre supuestos expertos, etc.,

se dieron todos los elementos para que comenzara a rodar una bola de nieve que en el cruce de intereses crecía y crecía sola. De una información inicial, que seguramente había llamado más la atención, se puede llegar a titulares tan absolutamente dramáticos como el publicado en la primera página del Diario 16 del 18 de febrero de 1997: "Goteo de muertes. Meningitis: tres afectados más han fallecido en las últimas horas, pero Sanidad asegura tener controlado el brote". Desde un punto de vista de profesional del periodismo ese titular sí es criticable, porque además fue una primera página abriendo el periódico, con lo cual no solamente llega al lector exclusivo del periódico, sino a todo el que pasa por el kiosco, y por tanto aquí influyen otros intereses comerciales.

Para mayor desquiciamiento, hubo autoridades del Estado que no ayudaron en nada a desmentir la sensación de crisis. Aunque la noticia apareció en todos los medios informativos del país, tanto en prensa como en radio y televisión, recordemos nuevamente el titular en primera página del Diario 16 del 26 de febrero de 1997: "Meningitis: de como Trillo no creyó a su propio ministro y vacunó a sus hijos. El mismo día que el Ministro de Sanidad aseguró que no había peligro, el presidente del Congreso usó las venta-

jas de su cargo para proteger a su familia". El efecto que tuvo esta anécdota fue demoledor. Muchos ciudadanos tampoco hicieron caso de las recomendaciones que se estaban estableciendo desde el Ministerio de Sanidad y vacunaron a sus hijos. En estos mismos días hay una información que dice que una familia angustiada había pagado trescientas mil pesetas por unas dosis traídas desde Andorra o desde Francia, etc., etc., es decir, tal y como comentábamos antes, la multiplicidad de variables informativas, el sesgo y la orientación de cada una ellas, hicieron que como fenómeno informativo, el problema de la meningitis C fuera totalmente incontrolable.

El daño a la credibilidad de la tranquilidad de la crisis que pudo hacer una información de este tipo es inmenso y, desde luego, como todo se va acumulando a esa bola de nieve, es decir, no existe una información en sí sino una serie de elementos que se van acumulando.

Por otra parte, desde el punto de vista de la autoridad sanitaria se deben tener en cuenta las situaciones que vienen a denominarse de "David contra Goliat". Por una parte, los medios de comunicación tratan de representar los intereses de su audiencia, es lo lógico, porque la audiencia debe reflejarse en aquel medio al que son más fieles. También es cierto

que normalmente la población se solidariza, habitualmente, con los más débiles y que la Administración, las Administraciones en este caso, son percibidas como prepotentes y todopoderosas. Es muy posible que muchos de los que están en la Administración ocupando un cargo de responsabilidad piensen: “Yo no soy prepotente, ni soy poderoso y tengo muchísimas dificultades para desarrollar mi labor”, pero de hecho esa no es la percepción de la población general, la percepción es que el Estado, el Ministerio, la Comunidad Autónoma, etc. son entes prácticamente inasequibles para el ciudadano y, en ese sentido, las simpatías siempre van a estar con David porque el papel que le toca a esa Administración Pública, a esa autoridad sanitaria, siempre está identificado con Goliat.

Un ejemplo de los que podríamos denominar paradigmático o de libro sobre este asunto lo tenemos con el debate del PVC, donde, efectivamente, hubo una serie de contradicciones notables. Por una parte, porque existía una información de la Unión Europea, según señalaba El Periódico de Catalunya del 11 de noviembre de 1999: “La Unión Europea prohíbe los chupetes y mordedores de PVC que lleven ftalatos. La Unión Europea prohibirá de inmediato la venta de artículos de puericultura y juguetes de plástico blan-

do fabricados con ftalatos destinados a meterse en la boca de menores de tres años”. Pero por otra, pocos días después, los ciudadanos pudieron percibir que no existía un punto de vista común entre la Comisión de la Unión Europea y el Estado español. En el diario El Mundo del 18 de noviembre de 1999, leímos: “Sanidad en contra de prohibir los mordedores hechos con PVC. El Ministerio de Sanidad no se muestra partidario de la prohibición total de mordedores de plástico PVC, según la proposición realizada por la Comisión Europea el pasado 10 y que se discutirá en el Comité de Seguridad del Producto que se celebrará el próximo día 22”.

Pero ¿cuál es el elemento que nos llama la atención y que nos demuestra el poder de David contra Goliat?, sencillamente que el todopoderoso Ministerio de Sanidad no logra transmitir sus tesis, e incluso tiene que soportar que nueve personas de la organización ecologista *Greenpeace* con una pancarta situada en la explanada de delante del Ministerio constituyan suficiente elemento de información para acompañar una foto, publicada a tres columnas en el diario El País del día 18 de noviembre de 1999, junto a la que puede leerse: “Protesta de *Greenpeace* ante la sede del Ministerio de Sanidad. La organización ecologista *Gre-*

enpeace se felicita de la decisión de la Unión Europea de prohibir sonajeros y mordedores de PVC con ftalatos”, y esto lo único que demuestra es que no hace falta llevar a una manifestación a miles de personas para fabricar una noticia, sino que cumpliéndose ese elemento de David contra Goliat, nueve ciudadanos vestidos de Papá Noel consiguen por sí mismos generar una información que, en aquel momento, compite con otra del Ministerio de Sanidad que ponía en duda el que hubiera que prohibir todos los mordedores PVC como era su tesis.

Finalmente, debe tenerse en cuenta la forma en la que la mayoría de los ciudadanos accede a la información.

Hay que considerar que casi uno de cada dos españoles nunca lee nada; entre los que leen, un tercio se decanta por prensa deportiva. La radio es seguida por casi el 57% de la población mayor de 14 años, pero este total se divide casi en partes iguales en radio generalista y radio temática (mayoritariamente musical). La televisión es, con gran diferencia, el medio con mayor penetración. El 89,6% de los mayores de 14 años la siguen una media de 220 minutos por día. Al contrario de lo que ocurre en otros medios, esta audiencia de la televisión de en torno al 90% no presenta diferencias significativas ni por sexo, ni por edad, ni por

estatus social, ni por lugar de residencia⁶.

Ello quiere decir que, con la sobrada diferencia señalada, serán las informaciones difundidas por televisión las de más impacto sobre cualquier asunto y también sobre aspectos relacionados con la salud y la sanidad. Evidentemente cuando un tema crece lo suficiente es difundido por todos los medios, incorporando además matices de interpretación que generan polémica y realimentan nuevas informaciones del mismo asunto.

Discusión

¿Se pueden controlar las crisis sanitarias-mediáticas? Las crisis normalmente no se pueden ni controlar, ni prever, puesto que la multiplicidad de las variables informativas, sus condicionantes subjetivos y la percepción de la realidad por parte de la población, heterogénea en su composición, son dinámicas y poco predecibles. Obsérvese que uno de los aspectos más estudiados y en los que más dinero se invierte, como es el pronóstico del resultado de unas elecciones, falla en muchas ocasiones. Como siempre la prevención, la protocolización de los pasos a seguir, son las mejores herramientas para que una vez producido “el incendio” haya una serie de profesionales

y expertos que sepan qué es lo que se debe hacer.

Si se está preparado se pueden paliar los efectos. Pensemos, por ejemplo, en la crisis por un supuesto envenenamiento de la Coca Cola en Bélgica del año 1998. Los responsables de la multinacional de bebidas disponen de un gabinete de crisis constituido de manera indefinida que actuó reconociendo el problema y diciendo que eran los primeros en tomar medidas (destruir la producción dudosa) para solucionarlo. Ese adelanto, sacrificando, según anunciaron, toneladas de la bebida producida en Bélgica, aunque las causas no estaban claras todavía, impidió la caída de sus ventas en el resto del mundo. Hoy, ese “sacrificio” de Coca Cola es un

ejemplo de una crisis bien gestionada, que le ha valido para mejorar su imagen, puesto que los consumidores definieron como real que la famosa marca de bebidas de cola no regateaba esfuerzos cuando hay un problema de salud, y la situación fue real en sus consecuencias al no descender las ventas de Coca Cola. Es muy difícil llegar a poder compararse con el Departamento de Comunicación de Coca Cola, en el que trabajan 1.800 técnicos en comunicación, psicología, sociología y publicidad distribuidos por todo el mundo, pero el camino está definido. No hay que improvisar, se debe estar preparado para una crisis y ese trabajo no es inútil aunque no haya crisis, porque en el día a día sirve para ganar credibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galaz M. Alarma nuclear en secreto. Diario El País, 30-04-2006. Disponible en: http://www.elpais.es/articulo/madrid/Alarma/nuclear/secreto/elpepiatmad/20060430elpmad_3/Tes/
2. Boletín de septiembre de 2002 de la Agencia de Evaluación de la Tecnología Médica de Cataluña.
3. Martínez Segura P. Medios de comunicación y salud. En: Informe SESPAS 2002. 2º vol. Valencia: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2002. p. 581-98.
4. Thomas WI. La definición de la situación. En: Cuadernos de Información y Comunicación (CIC). nº 10. Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid. 2005. p. 27-32.
5. de Semir V. What is newsworthy? Lancet. 1996;347:1163-6.
6. Actualización de los datos de audiencia utilizados por Martínez Segura P. Medios de comunicación y salud. En: Informe SESPAS 2002. 2º vol. Valencia: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2002. p. 581-98.

COMENTARIOS

2. En el editorial se reflexiona sobre ese problema y no se llega a ninguna conclusión. Sólo se reconoce que “es difícil de trasladar a los medios de comunicación social generales una realidad tan compleja como la que rodea a la ciencia médica”.
4. Thomas (1863-1947), formado en la sociología alemana de comienzos del siglo XX, en la que Weber era autor clave junto con la fenomenología en el pensamiento. Thomas llevó a Chicago conceptos protoetnográficos y de fenomenología que revolucionarían la sociología en aquellas tierras. Autor junto a Florian Znaniecky de los primeros estudios sociológicos en los Estados Unidos, elaboró la célebre profecía que se cumple a sí misma o Teorema de Thomas, axioma que constituye la piedra angular del social constructivismo. Fue Thomas el que invitó a Robert Ezra Park a sumar su experiencia periodística a los estudios sociológicos. El artículo de Thomas “La definición de la situación”, aquí citado, es un fragmento de su obra *The Unadjusted Girl* (Boston, Little, Brown and Co. 1923, pp 41-50) que recoge el comienzo de los que llamaría en análisis situacional que abocaría, en 1928, al enunciado de su teorema: “Si los individuos definen una situación como real, esa situación es real en sus consecuencias”.
6. Aplicando *Marco General de los medios en España año 2005*. Informe de la Asociación para la investigación de Medios de Comunicación (AIMC), responsable asimismo del “Estudio General de Medios” (EGM).