

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN
MÁSTER EN COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL Y POLÍTICA



TRABAJO FIN DE MÁSTER
ALARMA E INFORMACIÓN EN LAS CRISIS SANITARIAS
EL EJEMPLO DEL CORONAVIRUS

VERÓNICA GUTIÉRREZ JIMÉNEZ
Junio 2020.

DIRECTOR: DR. JOAQUÍN PABLO URÍAS MARTÍNEZ
Profesor de Derecho Constitucional

Sevilla, MMXX

TRABAJO FIN DE MÁSTER
ALARMA E INFORMACIÓN EN LAS CRISIS SANITARIAS
EL EJEMPLO DEL CORONAVIRUS

VERÓNICA GUTIÉRREZ JIMÉNEZ
Junio 2020.

DIRECTOR: DR. JOAQUÍN PABLO URÍAS MARTÍNEZ
Profesor de Derecho Constitucional

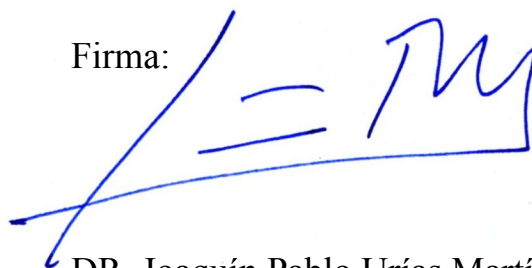
Sevilla, MMXX

Firma:



Verónica Gutiérrez Jiménez
45656867G

Firma:



DR. Joaquín Pablo Urías Martínez

TRABAJO FIN DE MÁSTER

ALARMA E INFORMACIÓN EN LAS CRISIS SANITARIAS

EL EJEMPLO DEL CORONAVIRUS

VERÓNICA GUTIÉRREZ JIMÉNEZ
Junio 2020.

DIRECTOR: DR. JOAQUÍN PABLO URÍAS MARTÍNEZ
Profesor de Derecho Constitucional

MÁSTER EN COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL Y
POLÍTICA

CURSO ACADÉMICO 2019/2020

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVO	3
METODOLOGÍA	3
MARCO TEÓRICO	5
LAS CRISIS SANITARIAS	5
Las partes intervinientes	8
GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN MEDIÁTICA EN CRISIS SANITARIAS	12
EL CASO DEL CORONAVIRUS COVID-19	16
SURGIMIENTO DEL VIRUS	17
LA CRISIS SANITARIA DEL CORONAVIRUS DURANTE LOS DOS PRIMEROS MESES	19
ANÁLISIS DE MEDIOS	19
REDES SOCIALES	31
PRINCIPALES PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN DE CRISIS	35
PROPUESTAS Y CONSEJOS PARA UN MODELO DE COMUNICACIÓN	37
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	43

INTRODUCCIÓN

El lenguaje como herramienta para la persuasión y la necesidad de comunicarse de un modo complejo con los semejantes ha existido desde el principio de la civilización. Algunos estudiosos sostienen que es una estrategia de dominación: enseñar y advertir de los peligros, estrechar lazos, influir en decisiones, pero también se utiliza para manipular la realidad. La lucha del ser humano se sustenta en la necesidad de controlar recursos escasos, y el engaño (persuasión, seducción, mentira) es una estrategia utilizada repetidamente para ello. Una facultad primordial como el lenguaje se encuentra ligada a la desinformación. Por esto, en el discurso periodístico a través de los medios se muestra este concepto en su magnitud. No hay lugar más idóneo para la manipulación y la transmisión de mensajes de acuerdo con patrones ideológicos determinados. Los medios determinan qué informaciones se transmiten y cuáles no. Filtran la información, necesariamente, dada la gran cantidad de sucesos que ocurren en una sociedad globalizada. Por esto, lo que no aparece en los medios puede parecer inexistente, y lo que se repite en demasía, sobredimensionado.

Sin lugar a dudas la crisis del coronavirus es un fenómeno sin precedentes en el sentido de que es un virus global pandémico que fruto del proceso globalizador ha significado una batalla compartida, un proceso que ha puesto al límite los servicios públicos y las economías nacionales de gran parte del mundo al mismo tiempo. Se ha puesto de manifiesto la fragilidad del sistema económico que depende del impulso de Asia. La comunicación de la crisis juega un papel social fundamental. Se requiere integrar a los planes de gestión de riesgo la planificación estratégica de la comunicación para llegar a las poblaciones vulnerables en el menor tiempo posible y con mensajes clave que integren sus necesidades de información (Bacigalupe, A. 2016, p. 98).

Por primera vez, como se tratará más adelante, una pandemia se retransmite en directo de una manera global. El flujo de información que diariamente es generado sobre el coronavirus es abrumador. Las noticias se publican a través de los medios de comunicación masiva, redes sociales, revistas especializadas y es tanta que se hace imposible discernir los datos más certeros. La epidemiología permite entender la enfermedad en cierta medida, proponiendo medidas eficaces para su contención. Sin embargo los poderes políticos y económicos en juego son muchos y una crisis de esta magnitud es un mal para muchos pero también una gran oportunidad para otros. En una situación como esta la voluntad social es un factor social y de difícil manejo y los medios de comunicación juegan un papel fundamental, pues se requieren campañas educativas y de concienciación a la población que le permitan tener confianza en el gobierno, en que la información que reciben es veraz y que las medidas que se toman son necesarias para evitar muertes y el colapso del sistema de salud. Pero en determinados casos la alarma producida por los medios puede no estar justificada.

En algunas ocasiones se ha reportado que determinados medios tuvieron efectos negativos en la salud de la población. En el año 2018 en Brasil, con la campaña de vacunación de la fiebre amarilla, los rumores en las redes sociales sobre que las vacunas podrían matar hizo que no se alcanzara la meta de vacunación y se redujera el alcance de 95% a 76%. En la pandemia por influenzavirus A subtipo H1N1, más conocido como A H1N1 humana, una especie de gripe reintroducida por la población humana en los años 70, los conceptos erróneos del modo de transmisión y medidas preventivas hizo que se precipitara el inicio de las fases pico, haciendo evidente la nocividad de la mala información de los medios de comunicación.

La actual pandemia producida por la COVID-19 es una emergencia sanitaria mundial. En este contexto, los medios de comunicación deben informar apropiadamente a la población, proporcionando datos que permitan tomar decisiones correctas.

Más difícil de explorar es la repercusión psicológica por la ansiedad e incertidumbre que la exagerada alarma producida por los medios de comunicación puedan provocar. En este sentido, es importante evaluar la información exagerada y en el peor de los casos, falsa.

OBJETIVO

Con el presente trabajo queremos estudiar cómo los medios han hecho frente a la información de la crisis del virus COVID-19 (en adelante Coronavirus). Se diferencian tres fases de tratamiento mediático de la pandemia del Coronavirus en España. En la fase inicial, del surgimiento del virus en China desde el 31 de diciembre de 2019 a finales de enero de 2020; La siguiente, con la expansión del virus en Italia, durante el mes de febrero. La tercera, con la llegada a España.

Se analizará y clasificará, en el caso de producirse, un patrón de comunicación respecto a otras crisis sanitarias, midiendo mediante distintos parámetros las características de la información ofrecida por los medios. De este modo intentaremos aclarar los movimientos que inspiran a los medios de comunicación y su papel en las primeras semanas de la crisis sanitaria.

Finalmente, intentaremos aportar propuestas y consejos para un correcto modelo de comunicación en estos casos.

METODOLOGÍA

Para realizar un estudio principalmente cuantitativo se analizarán diferentes medios de prensa escrita y medios audiovisuales. Se realizará una recopilación de los titulares de prensa de los diarios nacionales (ABC, Diario 16, El Mundo, El País, La Razón) para

obtener estimaciones de parámetros y verificar algunas hipótesis. Se realizará un análisis de la morfología y del contenido de los medios.

El universo investigado se compone de informativos televisados y escritos emitidos en el periodo de tiempo estudiado, que se compone de tres fases: enero, febrero y principios de marzo. Se considerarán las palabras clave para estimar el impacto de la noticia en la población. En pocos sitios como en los medios de comunicación las palabras tienen tanto valor. Transmiten ideas y mensajes en un contexto concreto. Se utilizarán como marcadores para medir la intencionalidad de la noticia. Palabras como “peligro”, “muertos”, “contagio”, tienen mucho significado en un contexto de crisis sanitaria.

Nos proponemos estudiar la implicación de los titulares de prensa y el tratamiento de las citas directas e indirectas como mecanismos de persuasión y manipulación informativa. Las citas indirectas deben ser fieles al sentido, la idea y contexto originales. El periodista, a la hora de transmitir las palabras de un tercero, puede utilizar el estilo indirecto para persuadir. Así, (Escribano, 2009, p. 16) debe transmitir las palabras del autor de las declaraciones, pero también hacerse portavoz de la fuerza ilocutiva contenida en ellas, es decir, de sus intenciones, el efecto buscado con el mensaje.

“El reconocimiento de la intención ilocutiva por parte del receptor es fundamental para comprender el sentido final de un enunciado. (...) Puesto que una misma proposición puede expresarse con fuerzas ilocutivas diferentes, el periodista tiene la posibilidad de ser fiel al dictum, a lo dicho, pero escoger el modus, la forma en cómo se ha dicho. De esta manera, la traducción de un acto de habla en un verbo que lo describe se convierte en una de las operaciones de mayor eficacia para la orientación ideológica por parte del periodista.” (Escribano, 2009, p. 18).

Finalmente, desarrollaremos una hipótesis acerca del eje relevancia real - relevancia informativa, para establecer hasta qué punto los medios han tratado la crisis sanitaria de una forma objetiva y obtener conclusiones. Para ello, determinaremos el

número de palabras clave que agudizan la alarma en la población. Trataremos de establecer si se produce en primer momento una intención de alarma intencionada, para después retroceder al percibir la repercusión creada, o por el contrario continuar con el mismo tono comunicativo. Ángel Arrese y Alfonso Vara-Miguel plantean que en los años que precedieron a la crisis económica de 2008 los medios no fueron capaces de cumplir su misión informativa para alertar de la crisis; sin embargo, lo fueron en exceso después. (Arrese y Vara Miguel, 2014, p. 935). Aunque es pronto para analizar de una forma global el papel de los medios en la crisis, pues aún no ha terminado, sí puede establecerse algunos patrones en el momento inicial del surgimiento de esta, antes de su llegada a España, cuando era tratado como un fenómeno poco importante en China, para aumentar la relevancia de forma drástica cuando se extiende por Italia. Intentaremos saber si ha sido lenta la reacción de España ante la crisis, y excesivamente alarmista después.

MARCO TEÓRICO

LAS CRISIS SANITARIAS

Las crisis sanitarias conmocionan la sociedad. Generalmente, comienzan con la detección de algún caso que genera alarma (alerta) y ante el que es imperativo actuar con rapidez (emergencia) (Hernández Aguado, 67). Estos dos conceptos, alerta y emergencia son condiciones necesarias para hablar de crisis sanitaria. Sin embargo, no son suficientes: se precisa la percepción de riesgo de afectación colectiva y la incertidumbre en el manejo del individual, lo que hace que se dimensione como algo público y generador de pánico en la sociedad.

Una situación de crisis en la salud pública se produce cuando aparece un problema de salud y hay una probabilidad de riesgo para ésta con una incidencia o letalidad mayor de lo normal (Lamata, 2006). Además, se produce una incapacidad de garantizar la

solución final al problema y no somos capaces de ver su dimensión final. Esto va acompañado de un enorme interés informativo.

Las crisis sanitarias han existido siempre y lo seguirán haciendo (Lamata, 2006). el aumento de la población mundial y cambio climático unidos a las cada vez más frecuentes migraciones masivas no hacen más que acrecentar el problema y que sea cada vez más probable su aparición.

Desde los gobiernos se deben administrar los servicios públicos para responder a las crisis sanitarias, y esto supone gestionar de una manera competente los recursos, en función de la renta y las prioridades. En España, el CCAES (Centro de Coordinación de alertas y Emergencias Sanitarias) se creó en 2004 (ORDEN SCO/564/2004, de 27 de febrero). Es un Centro dependiente de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación que tiene como función coordinar la gestión de la información y apoyar en la respuesta ante situaciones de alerta o emergencia sanitaria nacional o internacional que supongan una amenaza para la salud de la población.

Entre sus funciones están desarrollar y mantener un sistema rápido de detección, comunicación, evaluación y respuesta frente a alertas sanitarias, dar seguimiento al cumplimiento de los requisitos sobre las capacidades nacionales, elaborar planes de preparación y respuesta ante amenazas actuales o emergentes de salud pública, coordinar la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) en el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Economía y desarrollar y mantener un sistema rápido de detección y comunicación de alertas. RENAVE es un colaborador fundamental para el CCAES.

Fernando Simón es director del CCAES y desde su creación ha participado en la gestión de un promedio de 40 alertas nacionales e internacionales cada año, asociadas a diferentes tipos infecciosos y diferentes niveles de riesgo para la salud pública. Durante una alerta sanitaria es difícil describir un mecanismo único de actuación, pues se dan situaciones diversas en cada proceso y los actores pueden variar. A pesar de esto, hay fases

comunes: una fase fundamental es la de detección de eventos que pueden constituir riesgo. Se realiza mediante diferentes redes de vigilancia que informan al CCAES. Se evalúa el riesgo y el impacto potencial que el caso pueda tener en la salud de la población. Para eso están el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida y la Ponencia de Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta.

La comunicación de riesgo es reconocida como la capacidad básica N° 6 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) que incluye las siguientes actividades (Gómez Castro, L. 2017, 21-12-3389 y 3390):

- Identificación de colaboradores y aliados.
- Confirmación de un equipo a cargo de las comunicaciones públicas con funciones definidas en caso de un acontecimiento de salud pública.
- Identificación y entrenamiento de voceros para responder rápidamente (ser oportunos en comunicar noticias y en proporcionar actualizaciones regulares).
- Elaboración de planes especiales de comunicación para determinadas situaciones, que incluyan información pública y la movilización social.
- Capacidad de establecer criterios para divulgar información al público en consulta con el personal técnico-científico y las autoridades, antes de divulgar la información.
- Validación de los planes especiales.

- planificación para incluir las lecciones aprendidas en los planes operativos después de la evaluación de los sucesos.
- Actualización de los canales de información con la comunidad y los medios de comunicación, como sitios web, reuniones comunitarias, transmisiones de radio a nivel nacional y local, entre otros.

Las partes intervinientes

Según J. Gervás y Hernández Aguado, en las crisis sanitarias obedecen a lógicas culturales y sociales que son a la vez emocionales y racionales: al problema de salud original se suma la crisis mediática que lo acompaña, y los efectos producidos se deben a ambos. Se hace necesario el análisis de “las partes” para llegar al todo. Las partes intervinientes en las crisis se describen en los siguientes puntos.

La población.

Dentro de este grupo se incluyen tanto pacientes como salubristas, políticos y clínicos. La población está cada vez más informada y es más culta en países desarrollados. Es cada vez más sensible y confía cada vez menos en los políticos. La población no es homogénea, y los sectores más perjudicados son las capas inferiores.

Los pacientes

Son los individuos que toman contacto con el sistema sanitario como consecuencia de la crisis sanitaria. Son susceptibles de recabar información o solicitar atención. En todos los países los más dañados suelen ser los pertenecientes a las clases más bajas, con más problemas para recibir cuidados de calidad.

Los clínicos

En contacto con los pacientes están los profesionales que los atienden. Es un grupo muy amplio pues pueden ser tanto médicos como farmacéuticos o celadores. En los sistemas sanitarios públicos los clínicos pueden mostrar su disconformidad con la gestión y desconfiar de los gerentes y políticos. Por ello, suelen recibir información escasa o tardía frente a situaciones de crisis. Esto les resta crédito y les imposibilita realizar su trabajo con eficacia en algunos casos, aunque suelen ser ellos los que perciben los cambios que dan ocasión a las alarmas. Esto sucedió en Barcelona cuando un grupo de neumólogos de urgencia supo apreciar la incidencia brusca de cuadros de asma que llevó a una crisis por descarga de soja en el puerto en 1994, que se resolvió tras la instalación de filtros.

Los salubristas

Un salubrista, sanitarista o higienista es aquel profesional o funcionario que tiene como sujeto de salud las grandes comunidades o grupos. Habitualmente son obviados u olvidados por el resto de la población a favor de los especialistas, imprescindibles para manejar problemas concretos, pero las crisis de salud pública son el área de especialidad de este campo. Según Hernández-Aguado, las alertas no se transforman en emergencias por tener un equipo técnico rodado y competente en la materia. La crisis por legionella en España son un buen ejemplo de colaboración. La coordinación efectiva ante emergencias de salud pública exige una coordinación a nivel general, pues la división del estado español en organización autonómica es ventajosa a nivel de emergencias locales o regionales, pero no cuando se trata de una pandemia.

Los periodistas

Cada vez hay más medios de comunicación como principal fuente de información como temas de salud según la OMS. Al mismo tiempo, el interés público en noticias sobre

salud es más alto que nunca, ya que se informa sobre sucesos de relevancia social como epidemias, brotes de enfermedades desconocidas, muertes y sus causas, etc.

El compromiso con los lectores (J. Gervás y Hernández Aguado, 2009, 69) lleva a los periodistas a la búsqueda y explotación de noticias que esperan de ellos abandonando cada vez más la neutralidad. Responden a variados intereses, pues los medios de comunicación se van concentrando cada vez más. La cultura visual explica la dramatización de la vida diaria y la preferencia por mensajes cortos con imágenes impactantes.

El papel de los periodistas en las crisis mediáticas es fundamental. Son portavoces, la fuente principal, autorizada y oficial de información oportuna, clara y transparente sobre la naturaleza del riesgo, así como de las acciones que se realizan para su control y tareas de la población para responder al este. (Blanco, V. G., 2011, p. 99).

Políticos

Son los poseedores de legitimidad democrática para tomar decisiones. Según Gervás y Hernández Aguado, la práctica frecuente de una gestión distante y poco transparente les resta legitimidad y recorta crédito entre la población general. Normalmente su comportamiento se guía por el corto plazo y el impacto electoral.

Al anunciar algunas medidas de control o contingencia, los políticos pueden crear controversias y verse sometidos a cuestionamientos que no están relacionados directamente con temas de salud, como pasó en México con la epidemia de H1N1 en 2009, cuando las medidas de distancia social adoptadas por las autoridades mexicanas para reducir el contagio y la expansión de la pandemia provocaron pérdidas millonarias. Algunas decisiones pueden derivar en serias repercusiones económicas, sociales y políticas. (Citado en Blanco, V. G. 2011, p 100).

Como aduce Pedro César Cantú, “El contraargumento acostumbrado de los servidores públicos acontece en su proceder para impedir la preocupación social de lo que le imputan, en gran parte, a la actividad que los medios de comunicación desarrollan, y que tiene la intención de concebir crisis simuladas para aumentar su audiencia”. (Martínez, P. C. C. 2009, p. 260). A lo largo de este trabajo se abundará en la relación entre la crisis y los medios de comunicación, que a veces pueden, efectivamente, crear falsas alarmas e incluso estos medios pueden criticar a unos medios que alarman pero que no han hecho tal cosa.

Según Gutiérrez Blanco, el papel de los portavoces en las crisis sanitarias debe comprenderse en toda su dimensión: no puede resumirse únicamente en brindar información, sino también mostrar compasión, empatía y solidaridad. Pone como ejemplo al alcalde Giuliani tras los ataques terroristas de Nueva York en 2001. fue citado por EL PAIS: “...no quiso ayer dar ninguna cifra de muertos en una comparecencia ante los medios pero aseguró que estos serían más de los que podemos soportar”. “Reconstruiremos todos y mañana seremos más fuertes que hoy” (El Pais Digital, 2001).

Grupos de interés

En muchas de las crisis sanitarias (J. Gervás y Hernández Aguado, 2009, p.69) hay ganadores y perdedores inesperados, como empresas farmacéuticas que pueden hacer su agosto, como ha ocurrido en la actualidad con la crisis del coronavirus. Según un artículo publicado en vozpopuli.com, La industria farmacéutica española está a pleno rendimiento para garantizar producción y suministro de medicamentos y material sanitario. El miedo es uno de los principales impulsores de las actuaciones de los mercados, donde no solo las empresas médicas están haciendo su negocio; los principales portales de comercio electrónico han permitido la especulación en el precio del gel, las mascarillas desinfectante y otros productos como los kits de diagnóstico. El fabricante de material médico 3M ha declarado que han experimentado un aumento de pedidos superior al 30%.

El miedo también ha provocado la afluencia masiva a los supermercados y la subida de las ventas de productos como jabones desinfectantes y papel higiénico.

Según un artículo publicado en vozpopuli.com, a causa de la desinformación sobre el virus, en el comienzo de la enfermedad, las ventas de antibióticos y antihistamínicos comenzaron a subir en China. En Europa existe cierto temor al desabastecimiento de fármacos a nivel internacional. (*Las compañías salen beneficiadas del coronavirus, vozpopuli*).

La salud pública debe, según Hernández Aguado y J. Gervás, aprovechar, respetando la lealtad a su objetivo (la salud de la población) y su independencia, las situaciones de crisis para llevar a la agenda política e investigadora los problemas de los ciudadanos y así obtener políticas de salud que contribuyan a la solución de la crisis. (Gervás y Hernández Aguado, 2009, p. 70)

GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN MEDIÁTICA EN CRISIS SANITARIAS

Según la OMS, la comunicación de riesgo en la salud se puede definir como “el proceso interactivo de intercambio de información y opinión entre personas, grupos e instituciones; esta suele incluir múltiples mensajes acerca de la naturaleza del riesgo o expresar preocupaciones, opiniones o reacciones acerca de los mensajes sobre el riesgo o de los arreglos legales e institucionales para la gestión del riesgo”. Según Brennan & Gutiérrez, la comunicación de riesgo es “El proceso de toma de decisiones que considera los factores políticos, sociales y económicos; que analiza el riesgo como un peligro potencial a fin de formular, estudiar y comparar opciones de control con miras a seleccionar la mejor respuesta para la seguridad de la población ante un peligro probable”. (Citado en Blanco, V.G., 2011, p. 99).

Gómez Castro, L. (2017) en su trabajo sobre la comunicación de las crisis sanitarias, considera siete reglas esenciales para la comunicación de riesgo eficaz:

- Aceptar e involucrar al público como un socio legítimo.
- Planear cuidadosamente y evaluar el desempeño.
- Escuchar al público.
- Ser honesto, franco y abierto.
- Conocer las necesidades del medio.
- Hablar claramente y con compasión.

Las crisis sanitarias llevan pareja una crisis mediática. En países democráticos más aún, pues durante una dictadura tiende a ocultarse información. En 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 en la Ciudad Universitaria de Madrid que contaminó el agua y las orillas de los ríos Manzanares, Jarama y Tajo (Martínez Segura, 2006, p. 437). Se consumieron hortalizas contaminadas y las consecuencias nunca fueron conocidas.

Por esto, sin Estado de Derecho y libertad de información no hay crisis mediáticas sanitarias. En España, los problemas relacionados con la salud en los medios de comunicación son relativamente recientes. Durante los años 80 el sida y el síndrome tóxico hicieron que los medios de comunicación prestaran mayor atención a este tipo de información y se crearan espacios fijos dentro de las secciones de sociedad. Dada la tensión producida por las muertes y la falta de información, el interés informativo se centró en la fama de las víctimas y el morbo. La demanda de información de salud ha ido creciendo con el tiempo. La falta de información y la controversia junto con la percepción de peligrosidad y muertes hacen que el despliegue informativo sea desmesurado. Por ello, los profesionales de los medios deben ser mediadores que busquen el equilibrio entre exceso de información del experto o del monopolizador y la falta de información de la

población general. Su trabajo es desmontar el desequilibrio informativo. Pese a esto, los resultados son aleatorios porque no existe ningún método científico de elaboración de informaciones (Martínez Segura, 2006, p. 438). El proceso de comunicación pierde definición a medida que se produce, a pesar de la voluntad que pueda tener el experto de transmitir exactitud.

Existen tres factores que influyen en la transmisión de información en crisis sanitarias: La proximidad, la magnitud y el nivel de implicación. La proximidad es el grado de interés que despierta un suceso en la medida en la que nos afecta más de cerca. La magnitud es una variable que depende de lo delimitado y localizado que se encuentre el fenómeno, puesto que si sentimos que podemos ser afectados despertará en nosotros máximo interés. La implicación personal atiende a la identidad cultural de cada sujeto y al colectivo en el que se identifica. Según Martínez Segura, cuando concurren los tres factores en su grado máximo se genera una crisis.

El teorema de Thomas, sociólogo de la Escuela de Chicago y padre de los llamados análisis situacionales, explica la capacidad del grupo para convertir en reales situaciones que se suponen como tales. Esto deriva en la llamada profecía autocumplida. La realidad es dinámica y sujeta a infinidad de variables que dependen de los diversos puntos de vista. Las variables en la información son incontrolables e impredecibles y pueden generar un efecto “bola de nieve”. Un tema que pueda generar más interés por los factores de proximidad y afectación anteriormente expuestos tendrá más repercusión en los medios que, en definitiva, se mueven por intereses de audiencia.

Existen diferentes enfoques teóricos en la gestión de la comunicación de riesgos. A partir de la década de los 60 del siglo XX, con el surgimiento de la energía nuclear, la sociedad se vio expuesta a nuevos riesgos para la salud asociados al desarrollo científico y tecnológico alcanzado. (Medisan, 2017; (12):3387). Dado su alcance, la comunicación empezó a diferenciar la gestión de estos riesgos.

La perspectiva sociológica fundamental es el modelo de Peter Sandman, que distingue entre “peligro” (hazard) e “indignación” (outrage). Peligro es el componente técnico del riesgo, e indignación es el componente no técnico que integra voluntariedad, control, voluntad de respuesta, terror y confianza entre otros. Los dos conceptos se relacionan porque la indignación es el factor principal del peligro percibido y cuando las personas se alteran piensan que hay riesgo de peligro, al contrario de cuando están tranquilas.

La indignación baja corresponde generalmente a un público indiferente. Por ello para captar y mantener la atención de este público hay que planificar los mensajes y expresarlos en el menor número de palabras posibles hallando la manera de hacerlos interesantes. Este modelo es llamado Relaciones Públicas. Si el peligro es alto, lo recomendable según el autor es provocar una mayor indignación, para instar a las personas a que se tomen más en serio el problema. Sin embargo, este público que es una comunidad enorme y desinteresada, puede comenzar a cambiar de actitud y volverse indignado. Entonces hay que cambiar de táctica y utilizar otro modelo.

Las relaciones de interesados directos (peligro moderado, indignación moderada) consisten en tratar los temas abierta y racionalmente y explicar los puntos de vista, responder a las preguntas e inquietudes del público. Se debe estar preparado para explicar los detalles técnicos pues este público quiere oírlos. Este tipo de comunicación es el preferido por los higienistas industriales y salubristas en general pues se enfrentan a un público interesado en escuchar. La información suele darse en canales especializados y son relaciones interpersonales, no se dan en medios de difusión.

El modelo de Gestión de la indignación se da cuando el peligro es bajo pero la indignación alta. En este caso el público se muestra muy indignado y aunque la indignación pueda estar justificada por la falta de sinceridad o de cortesía, no lo está en cuanto al nivel de peligro porque este es bajo. En este caso lo recomendable es reconocer los errores, pedir las disculpas necesarias, escuchar y recuperar el crédito. En este modelo

el medio utilizado es el diálogo en persona, aunque deben superarse obstáculos como el enfado del público, que al menos es un público atento.

Cuando el peligro es alto y la indignación es alta, tenemos la Comunicación de Crisis. Es poco frecuente pero muy importante. la audiencia es grande y existe alto nivel de temor y enfado. el mayor obstáculo aquí es no distinguir la diferencia entre la comunicación de crisis y las relaciones públicas corrientes. La indignación aquí es más dolor y miedo que enfado, y la tarea consiste en ayudar a la audiencia a soportar su temor y desgracias, mostrar humanidad y empatía, proponer cosas y reconocer la incertidumbre. Este tipo de comunicación utiliza profusamente los medios de difusión y no se necesitan mensajes breves de sonido muy elaborados. No hay un público concreto, todo el mundo es interesado directamente.

“La comunicación, sin dudas, tendría una función esencial no solo en las etapas de gestión del riesgo, sino también en el propio proceso de construcción de la representación social de un determinado riesgo y en el “anclaje” de este en la sociedad, en particular para los grupos de riesgo y las comunidades vulnerables a él”. (Gómez Castro, 2017, p. 21)

EL CASO DEL CORONAVIRUS COVID-19

En las últimas semanas hemos visto la aparición de una nueva enfermedad causada por un nuevo tipo de coronavirus originado en Wuhan, China. Se detectó por primera vez en diciembre de 2019 y las redes globales han permitido conocer la cantidad de casos y la aparición de casos probables. También el secuenciamiento genético del virus ha estado disponible en acceso abierto, por lo que no ha sido necesario importar las pruebas moleculares para descartar o confirmar la enfermedad. La comunicación científica efectiva gracias a la globalización ha permitido que se reconozca y controle la enfermedad. El coronavirus COVID-19 es un coronavirus beta similar al síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS). Su rápida expansión

geográfica dentro de China y la posterior detección en el resto del mundo plantea el espectro de una pandemia global, declarada por la OMS el 11 de marzo de 2020.

El COVID-19 produce síntomas similares a los de la gripe, entre los que se incluyen fiebre, tos, disnea, mialgia y fatiga. En los casos graves se caracteriza por neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico. No hay un tratamiento específico y las medidas principales van encaminadas en aliviar los síntomas y mantener las funciones vitales.

la respuesta sanitaria pública para el tratamiento de la infección se ha centrado en el fortalecimiento de las intervenciones no farmacéuticas, incluido el seguimiento intensivo de contactos, la cuarentena de individuos potencialmente expuestos y aislamiento de los infectados o sospechosamente sintomáticos. En este proceso la amplísima difusión mediática ha tenido un papel muy importante por la difusión del riesgo en los medios de comunicación. (Moreno-Montoya, J. 2020).

Cuando una enfermedad aparece, especialmente cuando está causada por agentes infecciosos de rápido contagio, supone una alerta seria para la sociedad que requiere comprender y racionalizar el alcance y potencial de la amenaza. El carácter inmediato de algunas comunicaciones ha favorecido la construcción de un imaginario colectivo catastrófico, lo que ha llegado a permear incluso en algunos ámbitos sanitarios. (Moreno-Montoya, J. 2020). Aunque no existen medicamentos antivirales ni vacunas, hay dudas respecto a las medidas de control establecidas. El coste económico y social es incalculable.

SURGIMIENTO DEL VIRUS

A medida que han ido acumulándose datos disponibles, se ha comparado el genoma del SARS-CoV-2 con el de cientos de coronavirus de murciélagos y se ha llegado a la

conclusión, en este caso por investigaciones lideradas por Hong Zhou, de la Academia de Ciencias Médicas de Shandong, de que ha surgido de forma natural por la recombinación entre virus presentes en murciélagos y otras especies animales. La cuestión del origen del nuevo coronavirus sigue aún sin respuesta certera.

El 31 de diciembre de 2019 las autoridades chinas alertaron a la OMS del brote. hasta el 20 de febrero, se han documentado casi 167.500 casos de COVID-19, aunque es probable que muchos no se hayan diagnosticado.

El 1 de enero de 2020 el mercado de Whuan sospechoso de ser la fuente del brote se cerró para su limpieza y desinfección. el 3 de enero Tailandia empezó a escanear pasajeros que llegaban provenientes de allí. el 5 de enero se investigó y descartó la gripe estacional, SARS, MERS y gripe aviar. El 6 de enero Estados Unidos emitió una alerta de viaje de nivel 1 a la ciudad de Whuan. Se confirmó por el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades un nuevo tipo de coronavirus el 9 de enero.

El genoma se secuenció poco después de comenzar la pandemia, el 10 de enero de 2020. Este se puso a disposición de investigadores de todo el mundo. Los datos de la secuencia genómica demostraron que las autoridades chinas detectaron rápidamente la epidemia y que el número de casos aumentó debido a la transmisión de persona a persona después de una sola introducción en la población humana.

Desde el 11 de enero, se han ido confirmando casos en Tailandia, y aumentando los casos confirmados de China. El 20 de enero se confirma el primer caso en Corea del Sur. Ese mismo día se confirma que la enfermedad se contagia de humano a humano. El 21 de enero se confirma el primer caso en Estados Unidos. El 22 de enero ocurre lo mismo en México y Colombia. El 23 de enero se produce la primera reunión de la OMS con las autoridades Chinas, en la que deciden esperar para declarar el estado de emergencia de salud pública. El 24 de enero Francia confirma su primer caso. En Australia el 25 de enero. El 27 de enero en Múnich, Alemania, se detecta el primer caso. El 27 en Ecuador y Colombia.

El 31 de enero el Centro Nacional de Microbiología confirma el primer caso en España, un paciente en La Gomera, infectado en Alemania. Es entonces cuando la OMS decide declarar de importancia internacional la enfermedad, al considerar que se trataba de un virus de rápida expansión en terceros países. No se impusieron restricciones a los viajes ni al comercio para no penalizar a China.

El 9 de febrero se detecta un infectado nuevo en España en Mallorca. Se trata de un ciudadano británico que se infectó en un viaje a los Alpes donde estuvo en contacto con británicos. El 13 de febrero fallece en Valencia un hombre aquejado de neumonía que había estado de vacaciones en Nepal. El 15 de febrero fallece un turista de 80 años ingresado en París y se convierte en la primera víctima mortal por coronavirus en Europa. El 20 de febrero existen ya más de 30 casos en Corea, y se confirma el primer fallecimiento. el 21 ocurre el primer fallecimiento en Italia. El 29 de febrero, se reportan 1.753 nuevos casos a nivel mundial (85.403 en total). La OMS evalúa el riesgo como “muy alto”.

LA CRISIS SANITARIA DEL CORONAVIRUS DURANTE LOS DOS

PRIMEROS MESES

ANÁLISIS DE MEDIOS

Nunca en la historia se ha tenido más conocimiento científico y capacidad técnica para enfrentar una epidemia, pero la ciencia necesita tiempo para confirmar resultados y repetir experimentos. Jamás se ha tenido más conocimiento sobre un virus a dos meses de haberse descubierto.

Sin embargo, el quehacer científico no es compatible con la voracidad informativa de los medios, puesto que estos exigen mucha información y de forma inmediata. La ciencia responde a los retos que plantea el nuevo virus, pero se debe aprender a comunicar

y compartir ciencia en tiempos de crisis para no generar angustia y pánico. Los artículos no concluyentes no deben ser considerados por contener errores. El periodista Joaquín Estefanía, periodista económico, afirmaba respecto a la crisis económica del 2008: “Los medios de comunicación y los periodistas debemos movernos en unos límites muy estrechos: por una parte debemos contar y explicar lo que sucede, por muy grave y alarmante que sea (y la actual crisis económica es muy profunda, muy larga y está dejando unas secuelas terribles en la sociedad española), y por otra, debemos evitar inocular el miedo a los ciudadanos que nos leen, nos escuchan o nos ven” (citado en Arrese y Vara Miguel, 2014, p. 941).

Martínez Abascal ha criticado el enfoque negativo de las noticias: “Los medios de comunicación dan mucho más énfasis a las noticias negativas que a las positivas. Lo negativo vende. Es más, lo que realmente vende no es la noticia de algo negativo que ha pasado, sino pronosticar grandes desastres futuros y próximos” (citado en Arrese y Vara Miguel, 2014, p. 941).

Diferentes corrientes periodísticas concluyen de la necesidad de no inocular el miedo, explicando lo que sucede, a pesar de que las noticias negativas son tratadas con más énfasis por los medios. Sin embargo, se ha demostrado a través de diferentes estudios que la sensación de peligro inminente mueve, como se verá en el apartado de redes sociales, a buscar fuentes de información más certeras.

Otro nuevo hito en la historia es el hecho de vivir una pandemia en tiempo real. Todos los medios de comunicación, durante todo el día y en todo el planeta, están hablando sobre el virus. A esto se suman las redes sociales que multiplican el efecto. Hay, por un lado, una ciencia “expres” que comete errores, y por otro, una sociedad hiperconectada. Por esto, el riesgo de crear alarma y desconcierto se multiplica. Según Ignacio López Goñi para la revista investigación y Ciencia, en el artículo “El coronavirus más mediático”, el 2 de febrero se retiró un artículo que sugería que el virus era una mezcla artificial entre un coronavirus y el VIH, que se publicaba el 30 de enero. Este artículo ha sido uno de los más

comentados en redes sociales, lo que ha promovido el bulo de que el SARS-CoV-2 se había creado en un laboratorio por ingeniería genética.

Otro artículo que señala este artículo de la revista investigación y ciencia es el publicado en marzo en National Science Review Xiaolu Tang, de la Universidad de Pekín. Sugiere que el virus ha evolucionado en dos cepas; una más antigua y menos frecuente, y una más reciente pero más prevalente. Según los científicos, la segunda sería más agresiva. Este término en este contexto no significa agresivo o virulento, sino más transmisible. A pesar de que otros autores cuestionaron la validez del estudio, ha tenido gran repercusión según la revista.

La afección de información sobre el virus ha provocado que se transmitan informaciones falsas y no contrastadas. Esto ha sido posible a través de las redes sociales y nuevos avances tecnológicos en comunicación. Esto se desarrolla más adelante en el apartado de redes sociales.

PRIMERA FASE

La primera fase de este estudio corresponde al surgimiento del virus en China. El 31 de diciembre de 2019 la OMS recibe una alerta de un nuevo tipo de neumonía de origen desconocido. El 5 de enero de 2020, coincidiendo con la investidura de Pedro Sánchez, la citada Organización Mundial de la Salud emite un comunicado señalando que “no hay una transmisión sostenida entre humanos”. Asimismo desaconseja imponer restricciones de viaje a China.

La primera muerte en China, un hombre de 61 años con patologías previas, es anunciada el día 11 de enero. El 23 de enero toma una medida drástica, confinando a millones de habitantes en la ciudad de Wuhan, con 17 muertos y 630 infectados. Este aislamiento se extendería posteriormente a la provincia. El 25 de enero se produce la

primera reacción del gobierno español, que transmite un mensaje de tranquilidad. Considera muy poco probable que se importen casos de China. “no es imposible que vengan personas potencialmente infectadas, pero el número no es suficiente como para pensar que va a haber una importación importante de casos” declara el director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias, Fernando Simón. El 30 de enero, el ministro Salvador Illa declara: “No se ha detectado ningún caso en España. Estamos preparados para afrontar cualquier eventualidad”.

Esta primera fase ya ha sido analizada por múltiples artículos periodísticos en cuanto al tratamiento informativo de diferentes medios escritos y televisados. La mayoría coincide en que no se dio la suficiente importancia a la enfermedad y que se pretendía no alarmar a la población para evitar una avalancha de miedo. Pablo Ordaz, en EL PAIS, decía el 29 de marzo: “Al principio la consigna era no gritar. Intentar evitar que, ante la amenaza de un fuego aún incipiente, una avalancha provocada por el miedo terminara destrozando el teatro”.

China inició el confinamiento de las zonas infectadas con 17 muertos, pero es difícil pensar que en España con un número similar se hubiera entendido un país en cuarentena. Por eso, decir que se subestimó el virus es, como en otras crisis anteriores, recurrente, pero es más fácil hablar a posteriori cuando tenemos todos los datos.

SEGUNDA FASE

MES DE FEBRERO. EL VIRUS SE EXTIENDE POR ITALIA

El 30 de enero, la OMS declara la alerta sanitaria global. En este momento, hay 9692 casos en China además de 122 casos en diferentes países. Estados Unidos cierra fronteras y suspende los vuelos con China y Rusia. Italia confirma sus dos primeros casos.

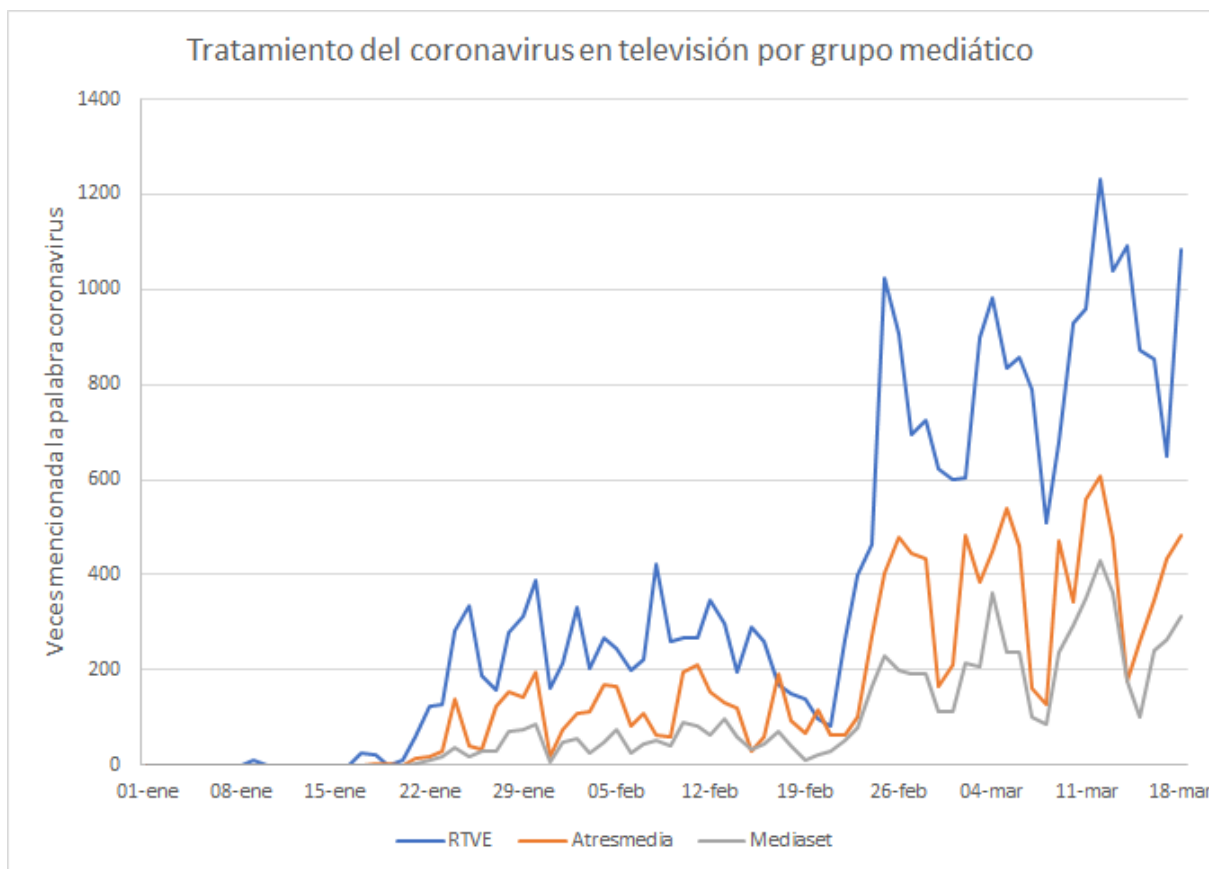
Según el CESyA (Centro Español del Subtitulado y la Audiodescripción) el impacto mediático de la información sobre el COVID-19 medido a través de la presencia de información que la televisión está ofreciendo a sus espectadores acerca del virus se puede medir a través de la contabilización del número de menciones sobre el número de contagiados. Así, se obtiene la siguiente tabla:



Gráfica 1 fuente: CESyA

Desglosando los datos en función del grupo mediático al que corresponde, la televisión pública (RTVE) es la que más información ha ofrecido durante la cobertura del coronavirus. el Canal 24 horas es el que más menciones ha realizado respecto al tema, seguido por el grupo Atresmedia y Mediaset. Gráfica 2. Fuente: CESyA.

Podemos observar el pico del gráfico a partir del 26 de febrero. Este día, durante la toma de posesión de Dolores delgado como fiscal general del Estado, algunas de las más altas autoridades elogiaron las crónicas poco alarmistas sobre Italia llamando a la normalidad. Pero en los medios de comunicación ya predominaba el coronavirus como foco de interés mediático.



Gráfica 2. fuente: CESyA

El 25 de febrero, desde Barcelona, se trasladó a los espectadores de los informativos españoles el segundo positivo por coronavirus. El relato informativo se ha actualizado desde entonces a cada instante.

Teniendo en cuenta el tiempo de información, los informativos de las cuatro principales cadenas generalistas (TVE, Antena 3, Telecinco y laSexta) han dedicado una media 53,6% de la duración de las noticias al coronavirus, si analizamos todos los informativos emitidos desde el 24 de febrero y el 28 de febrero. Para esta media se ha tomado en cuenta las noticias de los informativos de sobremesa y de noche, dejando al margen la sección de deportes.

Los informativos de Antena 3 Noticias son los que más tiempo han dedicado a la información sobre el coronavirus. Tenemos el siguiente cuadro:

PERIODO	ANTENA 3	TELECINCO	LA SEXTA	LA SEXTA	TVE
25/28 FEBRERO 2020	60,81%	55,08%	52,8%	45,81%	45,81%

Como se puede observar, existe clara diferencia entre la televisión pública y las cadenas privadas: La cadena pública dedicó un 45,81% frente al 56,23% de media de las televisiones privadas. En el momento de observarse estos hechos, el Ministerio de Sanidad había estimado sobre una treintena los casos en España. ¿Estaba realmente justificado el impacto mediático?

Dado que la misión de los medios de comunicación es informar, con este mínimo impacto en la población, la ciudadanía solo tenía conocimiento de la enfermedad en estos momentos a través de los medios. Durante esta semana, tres de las cuatro emisiones de informativos de la cadena Telecinco comenzaban con las mismas imágenes de una ambulancia y el sonido de una sirena. Palabras como “inquietante” “temor generalizado” “siete muertos en Italia y extensión de la enfermedad por más de 30 países” “La OMS lanza una advertencia” “eventual declaración de pandemia” fueron las protagonistas de la cadena. El telediario de la 1, el día 25 también abría con esta ambulancia.

En Antena 3 Noticias el 24 de febrero se traslada a la audiencia el mensaje de “preocupación creciente ante la extensión del coronavirus en Italia”. El 25 de febrero, en Telecinco, los presentadores David Cantero e Isabel Jiménez explicaban con una clase práctica cuáles son las mascarillas más eficaces contra el coronavirus y qué hacer para desinfectarse las manos, una imagen insólita en un espacio de noticias. En este momento, un turista Italiano ingresado en Tenerife, era el tercer positivo en España; la OMS alerta de una “potencial” expansión de la enfermedad desde Italia a más países.

Durante la mencionada semana del 24 al 28 de febrero, los informativos españoles repitieron un patrón semejante. Los primeros días centraron la información en la situación en Italia, mencionando el número de fallecidos y contagiados y centrándose sobre todo en las consecuencias sociales de la enfermedad: personas aisladas, medidas del Gobierno Italiano, alarma social, situación de los españoles, supermercados desabastecidos, falta de productos sanitarios. En segundo lugar, se informó del impacto económico del coronavirus y las consecuencias para la economía española por ser socio comercial de Italia. Se siguió también la evolución del coronavirus en otros países y se hicieron recomendaciones sanitarias.

La confirmación de los tres casos positivos en España el 25 de febrero fue la principal noticia este día. Durante la semana, el hotel de Tenerife donde quedaron confinadas más de 1000 personas por detectarse un caso entre ellos, copó la mayor parte de la información abriendo los informativos durante varios días. Desde entonces, todos los días se ha hecho un recuento de los casos nuevos en España, entre ellos el primero en contagiarse dentro del país. Se ha hablado constantemente las repercusiones económicas, alarma social, muerte, contagio, mascarillas en todos los informativos. La importancia y el tono de la información ha variado según la cadena.

Por otro lado, el periodista Lorenzo Milá, durante una conexión desde Italia el 25 de febrero, quiso desmarcarse del resto de crónicas catastrofistas donde se veían reporteros ataviados con mascarillas. “Aquí los médicos no se cansan de repetirnos que es un tipo de

gripe. Es un tipo de gripe nueva, es verdad. No tenemos memoria vírica, no tenemos vacuna. Pero es un tipo de gripe que como la gripe afecta sobre todo a personas con defensas bajas o en situaciones de salud precarias como las personas mayores”. Añadía: “Tiene un índice de mortalidad más bajo que la gripe común, en torno al 2%. Por lo tanto no podemos hablar de virus terroríficos como puede ser el ébola. hablamos de un tipo de gripe del que se curan la gran parte de la mayoría de personas que se han infectado”. El periodista insistía a Xabier Fortes en su conexión a Los Desayunos de TVE, diciéndole que los infectados se estaban recuperando en su casa como si fuera una gripe común. Y sentenciaba: “se extiende más el alarmismo que los datos”.

El 24 de febrero en el programa “El Hormiguero” de Antena 3, la periodista Mamen Mendizábal sugería que nos estábamos preocupando de más, porque no había riesgo ni caso confirmado en España en ese momento; que la gripe mataba más que el coronavirus. “el miedo viaja a más velocidad que los virus”, por lo que no había razones para la alarma en España. Por esto ha recibido posteriormente un aluvión de críticas en las redes sociales, aunque en ese momento, la periodista apelaba a lo que habían contado expertos en su programa.

Vemos, por una parte, una dedicación casi exclusiva de los medios a noticias referentes al virus a tiempo real; por otro, una corriente anti-alarmista que pretende tranquilizar a la población frente al miedo. Son unos momentos en los que existe aún poca evidencia científica y mucha incertidumbre. Por tanto, hay un exceso de información alrededor del virus. En una encuesta publicada a posteriori por el diario Público, de la Universidad de Texas, a 5.626 individuos, el 17% de los encuestados se pasaron más de siete horas diarias consultando informaciones sobre el virus. La encuesta concluye que los ciudadanos más deprimidos son los que más estuvieron expuestos a informaciones sobre el coronavirus.

En un estudio de la Universidad de Carleton (Canadá) sobre las consecuencias del virus del ébola en la población se concluyó que las personas con menos tolerancia a la

incertidumbre sufren más la amenaza viral. Los participantes informaron del número de horas por día que consumieron con el ébola de todas las fuentes (TV, radio, videos o textos en sitios de noticias de interés, redes sociales, teléfonos móviles, periódicos y otros medios impresos). Se midió la angustia psicológica física y emocional, ansiedad y somatización. La exposición a los medios relacionada con el ébola y las respuestas al estrés ante un trauma colectivo previo son indicadores clave de respuestas psicológicas negativas a la crisis de salud pública. Hubo una relación significativa entre la exposición a los medios relacionada con el ébola y el estrés agudo. (Thomson, Rebeca R., 2017).

Tras estudios como este, ya que el brote actual ha sido mucho más prominente en la cobertura de los medios que las epidemias recientes, incluido el ébola, podemos predecir que las respuestas psicológicas tras la sobredosis informativa del coronavirus serán (y están siendo, probablemente) muy graves, y con consecuencias directas para las necesidades básicas, como la saturación del sistema sanitario, o el desabastecimiento de productos necesarios para la protección de estos como las mascarillas.

En el artículo el 14 de febrero de *The conversation* “Coronavirus: cómo la cobertura mediática de epidemias a menudo activa el miedo y el pánico”, de Karin Wahl-Jorgensen, profesor de desarrollo y Medio Ambiente de la Facultad de Periodismo en la Universidad de Cardiff, el 14 de febrero, se examina la cobertura mediática del coronavirus. Ha tenido 23 veces más artículos en noticias impresas que el ébola en comparación con el mismo periodo de tiempo para la epidemia en 2018. El profesor, que lleva una década estudiando el papel de las emociones en el periodismo, llega a la conclusión de que cuando los temas reciben una amplia cobertura mediática y son prominentes en la agenda de noticias, llegan a ser considerados más importantes por el público. En este sentido, sugiere que el miedo ha jugado un papel vital en la cobertura del coronavirus. Ha realizado un seguimiento de los informes en los principales periódicos en inglés de todo el mundo, que incluye casi 100 medios impresos que han publicado en conjunto 9.387 historias sobre el virus. De estos, 1.066 artículos mencionan la palabra “miedo” o palabras relacionadas, incluido “miedo”. En 50 de ellos, se usaba la frase “virus asesino”. Los periódicos más propensos

a utilizar este tipo de lenguaje son los más sensacionalistas; en gran parte de la cobertura analizada los temas son más un reflejo del miedo público que de lo que realmente está sucediendo en términos de la propagación del virus.

En el programa “todo es mentira” Risto Mejide mostró su descontento con la cobertura que se estaba dando sobre la enfermedad. Afirmó que muchos medios de comunicación opinaban sobre un tema en el que no eran expertos, alertando a la población. “Somos una panda de irresponsables e hipócritas, todos los medios de comunicación, incluidos nosotros” “Sabéis por qué estamos hablando continuamente del coronavirus? Porque nos da audiencia”. En su cuenta de instagram decía el mismo día: “Hipocresía: decir que no quieres alarmar a la población pero, eso sí, dedicarle todo el programa al coronavirus. Según el periodista, decir que no hay que alertar a la población es una “vacuna” ante cualquier crítica. De todo esto se desprende que hubo un momento en el que los medios de comunicación tuvieron la sensación de estar alarmando a la población más de lo necesario por el tratamiento del virus y decidieron dejar de crear pánico.

TERCERA FASE

ASENTAMIENTO EN ESPAÑA

El 2 de marzo, en eldiario.es se publica la noticia “diez datos contra el alarmismo del coronavirus” . En dicha noticia, Sin quitar importancia a la enfermedad, se explican las causas para no temerla: se sabe cómo funciona, cómo se transmite y previene; un gran porcentaje de infectados se curan, el 80% de los casos son leves e incluso y hay ya prototipos de vacunas. En el mismo artículo escrito por Ignacio López Goñi, catedrático de microbiología en la Universidad de Navarra se lee “Lo que sin duda hay es una pandemia de miedo. Por primera vez en la historia estamos viendo una epidemia en tiempo real: todos los medios de comunicación, varias veces al día, todos los días, todo el planeta

(...) insisto, el tema es serio, pero una de las primeras víctimas del coronavirus en España ha sido el Ibex35”.

El impacto en la economía mundial tras a causa de las medidas de distanciamiento social es inmenso, aunque no es esto lo que estamos estudiando, sino la necesidad o no de “inocular” miedo a la población para que tome las medidas necesarias para evitar la propagación del virus. La aplicación de medidas como la suspensión de clases en ciertas zonas de España o el aislamiento preventivo (antes de producirse el 14 de marzo el estado de alarma) originaron situaciones como visitas al centro de salud al menor síntoma, adquisición de mascarillas injustificada o compra masiva de alimentos en algunos comercios (todo ello sin contar con el impacto psicológico en la población, imposible de determinar en estos momentos).

El 3 de marzo se da a conocer la noticia de que la primera muerte por coronavirus en España se había producido en Valencia el 13 de febrero. El 4 de marzo, en Italia había 107 muertos y 3000 contagiados. En España en ese momento se conocía la segunda víctima mortal en el País Vasco y 200 positivos. El Portavoz Fernando Simón declara: “Si mi hijo me pregunta si puede ir a la manifestación del 8 M le diré que haga lo que quiera”. A partir de este momento la cifra se ha multiplicado exponencialmente hasta convertirse en la pandemia que conocemos actualmente.

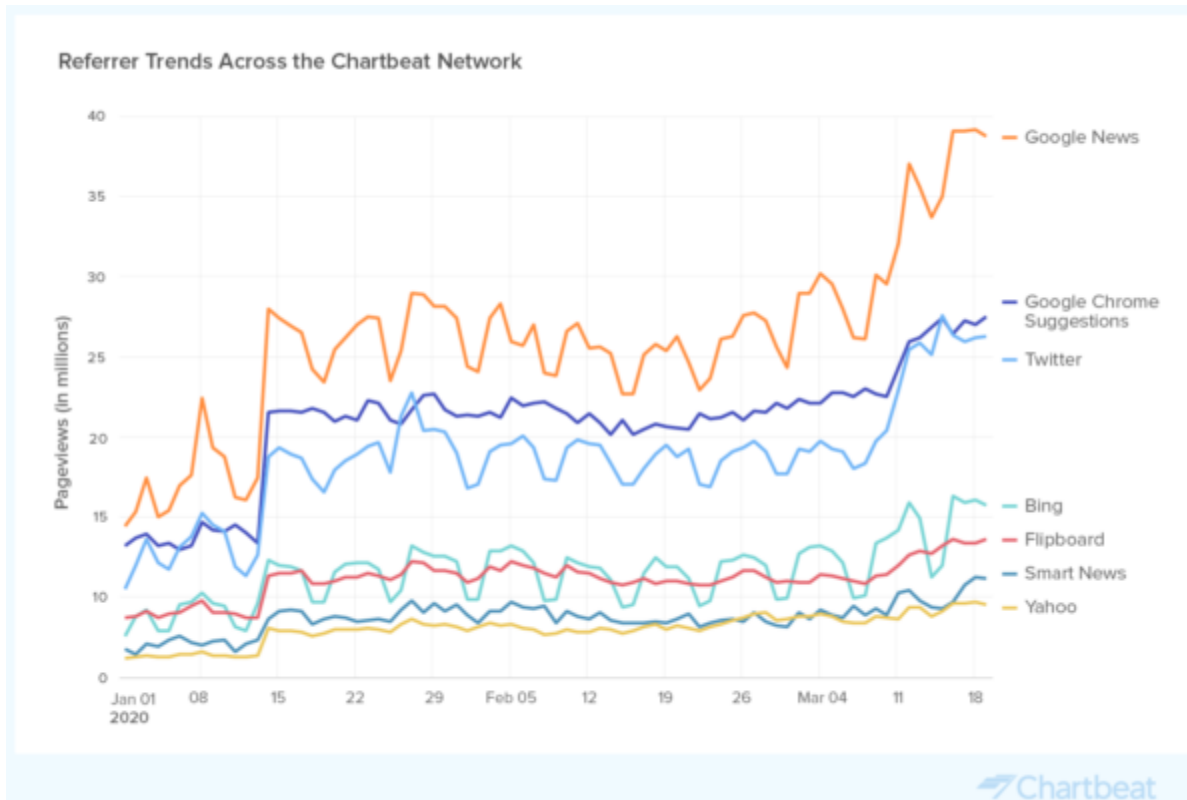
Es en esta fase cuando ocurre un fenómeno en la comunicación mediática: el uso del lenguaje militar. términos como “lucha”, “batalla”, “héroes”, “enemigo” “primera línea”. Es una buena metáfora de la realidad, pero según Susan Sontag, escritora de La enfermedad y sus metáforas, esto no es casual; es producto de una sociedad capitalista, que reclama los mayores sacrificios, inclusive pérdidas de libertad, de seres queridos y de bienestar.

Según Rodrigo Daniel H. Medina, en su blog de redacción nexos, la resignación ante la enfermedad es una cuestión de sugestión. Aunque el terror producido por la guerra

es muy distinto al de una pandemia, la experiencia demuestra que existen varias respuestas emocionales a una pandemia y que esto depende de distintos factores. Uno de ellos es que las enfermedades ponen en duda la seguridad de los lugares que habitamos cotidianamente y producen sensación de inseguridad. El pánico no crece en proporción directa con la tasa de mortalidad y morbilidad. Otros factores determinantes de creación de pánico son la cualidad de los síntomas de la enfermedad y cuánto afectan a la integridad corporal o la dignidad del enfermo, la velocidad de la mortalidad, y el hecho de que sean “pestes” extranjeras. (Medina, R. D. H. 2020). Lo importante a deducir es que el pánico produce resignación. En este sentido, la justificación mediática de infundir miedo en la población mediante este lenguaje bélico podría tener sentido.

REDES SOCIALES

Según cifras provistas por chartbeat, servicio de análisis de métricas de sitios web, analizando la búsqueda general y el tráfico social sobre los artículos de coronavirus, ha sido alrededor del 9 de marzo cuando el número de artículos sobre el coronavirus comenzó a aumentar rápidamente. Los datos de búsqueda y los que responden al tráfico en Redes Sociales son similares.

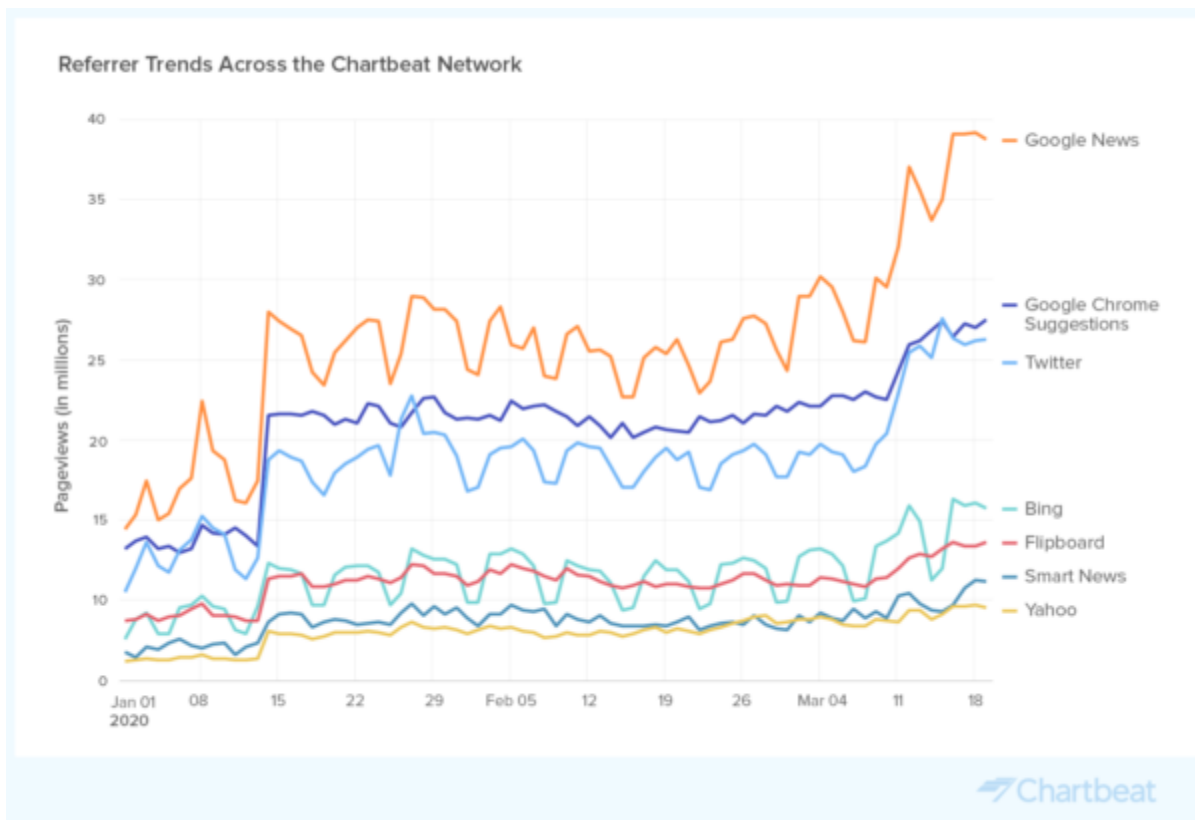


(Fuente: <https://blog.chartbeat.com/2020/03/25/coronavirus-data-news-traffic-impact-analysis/>).

Esta fecha coincide con el aumento de casos en Estados Unidos. El repentino crecimiento del virus comenzó a aumentar la curiosidad y necesidad informativa. Esto ha ido aumentando posteriormente. Se publicaron 121% más artículos el 18 de marzo que el día 9. Los aumentos de artículos coinciden con los saltos de casos contagiados. A partir de la semana del 16 de marzo, que fue la de mayor riesgo y cuando empezó a elevarse la cantidad de contagios en España, los artículos sobre el virus recibieron aproximadamente un tercio de todas las páginas vistas, aumentando en un 44% con la semana anterior.

Ha sido el buscador de noticias automatizado Google News el que ha tenido mayor tráfico relacionado con el contenido de coronavirus. Le siguen las sugerencias de Chrome y Twitter, cuyo tráfico ha crecido casi un 60%.

Cuando comparamos los comportamientos de la audiencia durante el coronavirus con otros eventos importantes, las similitudes son bastantes. Entre ellas podemos destacar que los blogs en vivo tienen el mayor tráfico, pero tienen un rendimiento inferior en las redes sociales en comparación con el tráfico total. Se adjunta un gráfico de Redes Sociales con más repercusión. (Fuente: Chartbeat).



Las fake news

Mención especial tienen aquí las noticias falsas, las llamadas “fake news”. Son un tipo de bulo con contenido de estilo periodístico difundido a través de portales de noticias, prensa escrita, radio, televisión y redes sociales cuyo objetivo es la desinformación, es decir, que son diseñadas deliberadamente para engañar. El periódico The Guardian publicó el 14 de febrero que según los investigadores de la Universidad de East Anglia en Reino

Unido al menos un 40% de las personas en este país creen al menos una teoría de conspiración de algún tipo. El estudio analizó rumores e información falsa sobre enfermedades como el norovirus, la gripe y la viruela del simio. Según el profesor Paul Hunter, experto en coronavirus, los esfuerzos para difundir información correcta y corregir historias falsas pueden salvar vidas: “Las noticias falsas se fabrican sin respetar la precisión, y a menudo se basan en teorías de conspiración. Cuando se trata de Covid-19, ha habido mucha especulación, información y noticias falsas que circulan por Internet, sobre cómo se originó, qué lo causa y cómo se propaga”. (The guardian, 14 de febrero de 2020).

Efectivamente, informar erróneamente sobre el contagio puede cambiar el comportamiento de la población y aumentar los riesgos. La OMS ha desmentido los mitos más difundidos sobre la epidemia, que han sido propagados fundamentalmente por la plataforma de mensajería instantánea WhatsApp. Según un artículo de EL PAÍS el 26 de marzo, hay más de 120 millones de mensajes falsos en redes sociales, más de cuatro millones diarios, y que los ciudadanos se fijan más en qué leen y comparten cuando la pandemia se acerca a sus países; es decir, cuando la amenaza se acercaba a un país, la difusión de enlaces a páginas poco fiables descendía. Por lo tanto, el alcance de estas noticias falsas era mucho menor. En Twitter, según Manlio de Domenico, físico de sistemas complejos en la Fundación Bruno Kessler: “Es como si el temor al contagio alterara el comportamiento. Esto es importante para futuras políticas públicas, porque nunca se había observado. (El coronavirus revive a Facebook como centro de noticias, Parece que cuando existe peligro, repentinamente todo el mundo sabe dónde tiene que obtener información fiable.

En el caso de facebook parece ocurrir exactamente lo mismo. En un informe publicado por la red interna de la red social y posteriormente (el 23 de marzo) por el New York Times, de Ranjan Subramanian, científico de datos de Facebook, el 90% de clics al contenido de coronavirus se ha producido por “Power News Consumers” y Power News Discussers”, los términos que usa la compañía para los usuarios que leen y comentan las

noticias con mucha más frecuencia que el usuario promedio. Estos usuarios tienen un impacto extraordinario en la información sobre el coronavirus de los otros usuarios. El aumento de noticias desde el inicio de la pandemia ha sido sorprendente (el tráfico del Washington Post obtuvo un 119% más de clics y el de The Times un 180% más de clics). El informe también consideró la calidad de las noticias, y confirmó que desde principios de marzo, cuando las historias sobre el brote de coronavirus comenzó a extenderse en EEUU, los usuarios buscaron fuentes de mayor calidad de lo habitual. Es una buena noticia para la sociedad, pero mala para los editores con puntuaciones de calidad más baja. Los medios con más caídas de tráfico son los especializados en noticias no relacionadas con el virus. Sin embargo, Facebook no ha podido evitar que se propague información errónea sobre el virus. (*The coronavirus Revives Facebook as a News Powerhouse*, The New York Times, 23 de marzo)

PRINCIPALES PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN DE CRISIS

Según los datos que hemos analizado, hemos visto una serie de problemas que se han producido no en esta, sino también en crisis sanitarias anteriores. Si bien algunas crisis sanitarias se han resuelto adecuadamente, en otras ocasiones se pueden ir de las manos, tanto por darles escasa importancia en el primer momento como una respuesta excesiva a posteriori.

Los principales objetivos ante una pandemia son paliar en la medida de lo posible los daños en los enfermos, disminuir las muertes y evitar en lo posible el impacto económico y la fractura social. Sin embargo, como se ha visto, es imposible desligar la crisis sanitarias de otras como la ambiental y económica. Hernández-Aguado, 2009, p.70).

Como objetivos también podemos citar controlar el flujo de informaciones, definir mensajes clave, establecer el tono, evitar filtraciones, y programar el ritmo de los mensajes para transmitir coherencia.

Debe involucrarse a toda la sociedad en tareas productivas, buscando la normalidad en todo momento. Según Carlos Víctor Costa, director de Másteres de Comunicación, Publicidad y Nuevas Tecnologías en ESIC Business & Marketing School, las personas deben saber inmediatamente lo que tienen que hacer en las circunstancias excepcionales que viven. Otro objetivo importante es rellenar el vacío con información útil y evitar los posibles rumores. Evitar especulaciones, hablar abiertamente y sin miedo de lo que pasa con la adecuada dosis de seriedad en los mensajes. No debe amplificarse el riesgo ni minusvalorarlo.

En el mundo empresarial, los sectores más críticos en la crisis son las autoridades, los clientes, los proveedores y los empleados. Con ellos se debe establecer un flujo continuado de información, a riesgo de que creen versiones propias. Siguiendo con lo expuesto en el artículo de Costa, “una de las peores cosas que pueden ocurrir en un proceso de comunicación de crisis es que la versión oficial de una organización sea puesta en tela de juicio por versiones contradictorias de los empleados de la misma organización” (Costa, *cinco objetivos de la comunicación en la crisis del COVID-19*).

La sociedad en tiempos de crisis se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad, pues está más pendiente de la información y pasa más tiempo en la red, buscando algo con lo que entretenerse o incluso aprender algo nuevo. Por este motivo es importante el papel de la comunicación, que sirve además para transmitir información institucional y para calmar a la sociedad.

PROPUESTAS Y CONSEJOS PARA UN MODELO DE COMUNICACIÓN

Según Gómez Castro, las siguientes prácticas permiten ayudar a controlar la emergencia sanitaria:

- Actuar de manera proactiva con la información e iniciar lo más pronto posible la comunicación con el público. Comunicar a los diferentes públicos lo que se conoce, lo que se desconoce y las actividades que se están realizando para conseguir más información sobre la situación de salud. En este caso se ha informado con antelación suficiente, si bien la lógica falta de conocimiento del alcance del virus ha provocado que no se tomen las medidas oportunas con antelación suficiente para frenar la pandemia.
- Orientar a la población afectada por la emergencia para que pueda tomar decisiones que le permitan proteger su salud, la de su familia y la de su comunidad. Resulta clave para reducir las probabilidades de infección y mitigar la propagación. Se ha facilitado información precisa, pronta y frecuente a través de canales confiables. También, como hemos visto, se han propagado bulos y fake news por otros canales.
- Difundir de manera oportuna y transparente la información para que permita establecer y mantener la confianza del público en las autoridades que están a cargo de la emergencia. Por el artículo 19 del decreto de estado de alarma los medios de comunicación han tenido la obligación de insertar mensajes y anuncios de las autoridades competentes. Antes de esto, el gobierno ha mantenido una continua comunicación de actuaciones.
- Establecer mecanismos de coordinación interna para la difusión de información entre científicos, técnicos y autoridades para establecer un discurso único y

coherente, que logre la confianza del público, además de disminuir el temor y la ansiedad en este.

- Incorporar a la comunidad, dirigiéndose a ella utilizando sus propios códigos, en función de sus intereses y de acuerdo a sus conocimientos y creencias. De esa manera adoptarán prácticas saludables en la prevención y el control del riesgo o la enfermedad.

- Establecer una buena relación con los medios de comunicación y atenderlos de manera regular. Es importante mantener la información de acuerdo a la gravedad del suceso.

- Dirigirse a la población de manera sencilla, transparente, franca y clara con orientaciones y medidas para hacer frente al impacto en la salud. Gómez Castro, L. (2017).

Las recomendaciones básicas para integrar la comunicación en los procesos de planificación en la gestión de riesgo son, según Blanco, V. G.:

- Analizar la situación e identificar los probables escenarios adversos a nivel local, regional y nacional, así como a las poblaciones meta.

- Identificar los canales de comunicación óptimos, incluyendo las redes sociales.

- Elaborar mensajes clave que pueden ser readecuados durante la evolución de la crisis.

- Identificar a los portavoces, cara pública de la emergencia. Su manejo de la comunicación verbal y no verbal será decisiva para recuperar o mantener la confianza de

la población y para que ésta asuma e integre las acciones para el control de la crisis sanitaria. (Blanco, V. G. 2011, p. 102).

Para Cantú, existen tres principios fundamentales en la comunicación social de riesgos:

1. Considerar que las percepciones en la sociedad son reales, aun si se trata de circunstancias inexistentes, por que estas pueden generar acontecimientos que promuevan un temor generalizado.

2. Instituir un puente de confianza y credibilidad basado principalmente en la realización de actividades de resolución a la problemática existente y en una comunicación que satisfaga las necesidades de los medios de comunicación y audiencia a quien se dirige, abatiendo la información técnica, para contar con un público bien informado que participe, se interese y se oriente la búsqueda de soluciones al conflicto tratado.

3. Contemplar una comunicación eficaz de los riesgos en la cual se reconozca la importancia de estar preparados para llevar prácticas convenientes para comunicarse con una audiencia muy diversificada y con gradientes diferenciales de conocimiento y preparación. (Martínez, P. C. C. 2009, p.261).

CONCLUSIONES

Las crisis sanitarias o eventos adversos a la salud deben ser manejados de forma planificada. La población debe estar informada en todo momento. Es difícil, como se ha comprobado, encontrar el punto exacto entre la información veraz y actualizada y la sobreinformación.

La comunicación es la herramienta más eficaz para orientar a la población y conocer sus necesidades de información. Permite influir en la toma de decisiones para proteger su salud. Acercar la ciencia a los ciudadanos es un reto, pues la ciencia está habituada a la incertidumbre, pero la población no. Parece que a la comunidad científica se le demandan resultados más que despertar interés por sí misma. En esta pandemia se ha producido una comunicación constante de prescriptores pertenecientes al ámbito científico.

Se ha intentado informar a la población sobre el uso de mascarillas, lavado de manos, distancia social y demás instrucciones de higiene básica. Pero por lo general, los científicos insisten en que no han calado lo suficiente y que los mensajes consistentes y coherentes se han perdido entre tanto ruido, dada la cantidad de información que entorpece la comunicación eficaz. Por otro lado, se produce información a una velocidad tal que el sistema de publicaciones científicas no está en condiciones de evaluar la información. La demanda de información es tan grande que los medios recurren a repositorios de información que no está verificada. Otro problema es que esta información no verificada es tan fácil de difundir y accesible para todo el mundo que puede confundir, generar bulos y crear desinformación.

En la primera fase, se dio poca importancia comunicativa al virus. Tras el análisis de los diferentes medios se concluye que no se dio la suficiente importancia a la enfermedad, ya sea por la falta de experiencia reciente en occidente con este tipo de

epidemias o por la falta de transparencia de los gobiernos en lo relativo al alcance del virus.

En la segunda fase el virus empieza a tomar relevancia con un crecimiento exponencial a partir del 20 de febrero, cuando prácticamente no se habla de otra cosa en televisión. A pesar de tener un puñado de positivos en España, la alerta se dispara. Se propagan imágenes de supermercados desabastecidos, muertos, personal sanitario desinfectando.

Por una parte, vemos una dedicación casi exclusiva de los medios al virus, y por otro, una corriente anti-alarmista que pretende tranquilizar a la población frente al miedo. Hay un exceso de información frente al virus, un ruido mediático que impide atender a informaciones realmente válidas.

En la tercera fase, durante el mes de marzo, podemos comprobar cómo se adopta por parte de las instituciones un lenguaje militar para referirse a la pandemia. El mensaje es hacer partícipe a la población en una lucha común frente a un virus que nos afecta a todos, y que requiere de la colaboración de toda la sociedad, y, cómo no, también de su sacrificio.

En lo sucesivo habrá que tomar medidas preventivas para futuras pandemias, algo nuevo en occidente pero no tanto en oriente.

Hemos comprobado cómo el periodismo actual está atrapado en una red de intereses empresariales que impiden desempeñar su función de servicio a la sociedad. Los medios de comunicación infunden temor en la población, ya sea deliberadamente porque las noticias catastrofistas les sirven para obtener audiencia o por interés informativo. Este temor, fundado o infundado, produce estrés y cuadros de ansiedad en la población.

Se ha comprobado que a medida que un fenómeno se hace más relevante, la población se preocupa en comprobar las fuentes. Redes sociales como Facebook han vivido un auge en su papel como prescriptor de noticias. Parece que el temor al contagio altera el comportamiento.

La crisis no ha concluido y será necesaria más perspectiva para hacer una valoración conjunta del papel de los medios de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Bacigalupe, A., Martín, U., Font, R., González-Rábago, Y., & Bergantiños, N. (2016). Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 47-51.
- Blanco, V. G. (2011). El papel de la comunicación de riesgo ante emergencias de salud pública. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 2(2), 97-104.
- Rodríguez-Andrés, R. (2011). La efectividad del uso del miedo como factor persuasivo en la comunicación de riesgos en las crisis sanitarias.
- do Nascimento, B. G. (2018). Comunicación y salud: La gestión de la crisis del Ébola a través de las redes sociales: La gestión de la crisis del Ébola a través de las redes sociales. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 9(2), 196-202.
- González, R. B., & Cambra, U. C. (2015). El virus del ébola: análisis de su comunicación de crisis en España. *Opción*, 31(4), 67-86.
- Martos, J. S. (2010). La información sobre la salud en los medios de comunicación. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 1(2), 68-76.
- Cerveró, E. D., & Barrio, T. V. (2015). El uso de Twitter por parte del Gobierno español durante la crisis del ébola. *Miguel Hernández Communication Journal*, (6), 241-259.
- Ortega, P. M., & de Gordo, J. J. B. R. (2018). La gestión de la comunicación institucional en los casos de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en la Comunidad de Madrid. Propuesta de decálogo de comunicación de crisis de salud pública. *Revista de Comunicación y Salud*, 8(1), 71-84.
- Gómez Castro, L. (2017). La comunicación de riesgo en salud: aspectos teóricos y metodológicos para el control de emergencias públicas sanitarias. *MediSan*, 21(12), 3386-3399.
- Gérvas, J., & Hernández-Aguado, I. (2009). Aciertos y errores en la gestión de las crisis de salud pública en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 67-71.

- Martínez, P. C. C. (2009). Comunicación de riesgos en la salud y el ambiente. CIENCIA-UANL, 12(3), 256-261.
- Calvo-Calvo, M. Á. (2016). La comunicación de crisis en errores sanitarios: reflexiones sobre las estrategias institucionales. Index de Enfermería, 25(3), 161-165.
- Segura, P. M. (2006). Crisis sanitarias y medios de comunicación. Revista de administración sanitaria siglo XXI, 4(3), 437-447.ç
- Lamata, F. Las crisis sanitarias. (2006) Revista de administración sanitaria Siglo XXI, Vol. 4 n. 6 , 395-400
- <https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/queEsCCAES/docs/funcMarNor11.pdf>
- <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/el-nuevo-coronavirus-796/el-coronavirus-ms-meditico-18458>
- Pandemic triage: the ethical challenge. CMAJ. 2006 Nov 21;175(11):1393-4.
- Peter M. Sandman, The Synergist (American Industrial Hygiene Association), abril 2003, pp. 26-27
- National Research Council (US) Committee on Risk Perception and Communication. Improving Risk Communication. Washington, D.C.: National Academies Press (US); 1989. p. 352.
- Arteaga-Livias, F. K., & Rodríguez-Morales, A. J. (2020). La comunicación científica y el acceso abierto en la contención de enfermedades: El caso del Coronavirus novel 2019 (2019-nCoV). Revista Peruana de Investigación en Salud, 4(1), 07-08.
- Hick, JL, Hanfling, D., Wynia, MK y Pavia, AT (2020). Obligación de planificar: atención médica, estándares de atención de crisis y nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Perspectivas NAM .
- Moreno-Montoya, J. El desafío de comunicar y controlar la epidemia por coronavirus. Biomédica. 2020; 40:11-3.
- Nieves-Cuervo, G. M. (2020). Covid, más allá de una pandemia. Revista Salud UIS, 52(2), 175-176.

- Mejia, C. R., Rodriguez-Alarcon, J. F., Garay-Rios, L., de Guadalupe Enriquez-Anco, M., Moreno, A., Huaytan-Rojas, K., ... & Curioso, W. H. (2020). Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 39(2).
- Barei, S. (2020). Pensar el miedo. Mitos, arte y política. *Estudios digital*, (43), 45-63.
- García Gordillo, M. (2000) La manipulación en la construcción de la realidad internacional. *Razón y palabra*, nº 17 febrero-abril.
- Escribano, A. (2009) Las voces del texto como recurso persuasivo. *Cuadernos de lengua española*, 106. Arco/libros
- Arrese, Ángel, & Vara-Miguel, A. (1). Alarma y alarmismo: medios de comunicación y crisis económica. *Estudios Sobre El Mensaje Periodístico*, 20(2), 933-851.
- Thomson, Rebeca R. Angustia, preocupación y funcionamiento después de una crisis mundial de salud: un estudio nacional de las respuestas de los estadounidenses al ébola. *SAGE journals*, 2017.
- Medina, R. D. H. (2020) Blog de Redacción nexos. Coronavirus: pánico, sugestión y resignación.
- (<https://theconversation.com/coronavirus-how-media-coverage-of-epidemics-often-stokes-fear-and-panic-131844>)
- (https://www.eldiario.es/sociedad/contra-alarmismo-coronavirus_0_1001599929.html)
- (https://www.nytimes.com/2020/03/23/technology/coronavirus-facebook-news.html?utm_source=The+NewsWhip+Daily&utm_campaign=a65c010f78-EMAIL_CAMPAIGN_2020_03_11_03_09_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_7b62f1fda6-a65c010f78-199739099)
- <https://www.observatoriorh.com/orh-posts/cinco-objetivos-de-la-comunicacion-de-crisis-del-covid-19.html>
- (https://www.vozpopuli.com/sanidad/companias-salen-beneficiadas-coronavirus_0_1330968130.html).