

**Artículo recibido:** 06/11/2020

**Aceptado:** 06/12/2020

**Milca Cuberli**

Lic en Ciencias de la Comunicación (UBA). Magister en Salud Pública (UBA). Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Ex-Becaria CONICET Tipo I y II. Ex-Residente y Ex-Jefa de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS) en el CeSAC N° 7 (Área Programática Hospital Santojanni). Profesora Universitaria (UMSA). Docente Universitaria JTP Regular en el Taller de Comunicación Comunitaria, Carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales (UBA) y Docente Regular Titular en el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad de Hurlingham (UNAHUR). Desde el año 2012 trabaja en el Área de Producción de Evidencia Científica del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC- Instituto Nacional del Cáncer INC). Dirige y evalúa tesis de grado y posgrado. Participa y ha participado en eventos científicos nacionales e internacionales y publica en revistas científicas nacionales e internacionales acerca de temáticas que pueden ubicarse en el campo de la comunicación y la salud.

## APUNTES PARA EL ABORDAJE COMUNICACIONAL DEL COVID-19: ENTRE EL RIESGO Y LA CRISIS

Milca Cuberli

### Resumen:

El 31 de diciembre del año 2019 China notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la existencia de un nuevo virus de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei). Los primeros días de enero del año 2020 las autoridades de ese país identificaron un nuevo tipo de neumonía de la familia de los Coronavirus (2019-nCov) como el agente que causaría la enfermedad. El COVID-19 como se lo denomina habitualmente produjo una modificación (y una interpelación) a nivel mundial en tiempo record que excede hablar de una enfermedad para hablar de un fenómeno social. La comunicación aparece como una disciplina con experiencia que tiene mucho para aportar una vez más en este tipo de eventos. El presente artículo tiene como objetivo promover reflexiones a partir de la comunicación de crisis y la comunicación de riesgo para diseñar acciones comunicacionales que informen de modo adecuado, promuevan prácticas protectoras de prevención y cuidado para impactar de modo favorable en la vida de las personas y sus comunidades.

**Palabras clave:** comunicación de riesgo, comunicación de crisis, COVID-19.

## NOTES FOR THE COMMUNICATIONAL APPROACH TO COVID-19: BETWEEN RISK AND CRISIS

### **Abstract:**

On December 31, 2019, China notified the World Health Organization (WHO) of the existence of a new virus of unknown etiology in the city of Wuhan (Hubei province). In the first days of January 2020, the authorities of that country identified a new type of pneumonia from the Coronavirus family (2019-nCov) as the agent that would cause the disease. COVID-19, as it is commonly called, produced a modification (and an interpellation) worldwide in record time that goes beyond talking about a disease to talking about a social phenomenon. Communication appears as an experienced discipline that has a lot to contribute once again in this type of event. This article aims to promote reflections from crisis communication and risk communication to design communication actions that adequately inform, promote protective prevention and care practices to have a favorable impact on the lives of people and their communities.

**Keywords:** COVID-19, crisis communication, risk communication

## La comunicación para el cambio de comportamientos: antecedentes

Un aspecto por el cuál muchas veces se demanda el accionar y presencia de la comunicación como objeto de estudio e intervención en el campo de la salud, es la promoción y modificación de prácticas, comportamientos y actitudes en caso de ser necesario para prevenir enfermedades. En este sentido, la comunicación en Salud (CeS) desde fines de la década de los años 50 ha aportado con sus diferentes perspectivas teóricas y modelos a comprender qué motiva a las personas a adoptar (o no) conductas saludables (Bandura 1986, Davidson y Davidson, 1980). Las teorías que emergen para explicar estos procesos son las relativas a las teorías de la persuasión y modelos de cambio conductual (y sus determinantes) que como base de diferentes estudios llevados a cabo en el campo de la salud, aportaron a entender los comportamientos y como cambios en los mismos (Donohew et. al. 1991). Pueden citarse como los principales modelos: los de tipo individual, la teoría de comportamiento interpersonal de la salud y los modelos de nivel comunitario. Como premisas que estructuran las teorías cognoscitivas comportamentales debe considerarse que el comportamiento se encuentra mediado por el conocimiento: lo que se sabe y lo que se cree afecta la forma de actuar. Y que si bien el conocimiento es necesario no es suficiente para el cambio de comportamientos y prácticas, ya que factores como el entorno social, la motivación, los sentimientos y aptitudes también desarrollan funciones importantes e influyentes.

Dentro de los modelos de nivel individual pueden citarse tres importantes: el modelo de Etapas del cambio que tiene que ver con la disposición de las personas al cambio a comportamientos saludables considerando etapas, hasta lograr la nueva conducta o comportamiento. Otro modelo es el de Creencias de la Salud que sugiere que si las personas tienen información sobre los aspectos negativos de las enfermedades, sumado a su propia susceptibilidad, adoptarán conductas saludables si percibe que la conducta recomendada es efectiva. Por otro lado, el modelo del Procesamiento de la Información sugiere que antes que las personas usen la información, la

misma debe ser accesible, novedosas, comprensible y estar disponible (Becker et. al., 1977, Rogers, 1983, Donohew et. al. 1991).

En el marco de las teorías del comportamiento interpersonal de salud se evidencia que las personas se ven influidas por los entornos sociales y al mismo tiempo, ejercen influencias sobre ellos. Se incluye además los factores relacionados con la experiencia y las percepciones de los individuos respecto a su ambiente y características personales. Pueden citarse dentro de este marco la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura 1962, 1977) que manifiesta que las personas se comprometerán al cambio de conductas siempre y cuando se sientan capaces de adoptarlas y si creen que los resultados serán positivos. Puede enunciarse además la teoría de la Acción Razonada que trata sobre las creencias, actitudes e intenciones y sostiene que la mayoría de las conductas se encuentran determinadas por creencias ocultas que se derivan y están sostenidas por las matrices culturales y sociales en las cuales las personas se hallan insertas (Fishbein y Ajzen, 1975, 1980).

Los modelos de nivel comunitario permiten entender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales. Se destacan el modelo de la Organización comunitaria en el que se hace hincapié en la participación activa y en el desarrollo de comunidades que pueden evaluar y resolver los problemas de salud. Se puede enunciar como parte de este grupo a la Teoría de la Difusión de Innovaciones que aborda cómo las ideas y prácticas sociales nuevas se difunden en una sociedad y entre sociedades. De gran desarrollo en América Latina durante los años 50 y 70, se basó en la creencia de que la adopción de innovaciones solucionaría problemas económicos en la Región. En este contexto el gran hallazgo proveniente de las investigaciones fue que los medios de comunicación son efectivos para introducir nueva información o influir en las actitudes de las personas. Otro modelo es el del Cambio Organizacional que sostiene que los procesos y estrategias considerados por etapas aumentan las posibilidades de que las organizaciones adopten e institucionalicen programas de salud, ya que se reconoce que las estructuras organizativas influyen en el comportamiento y motivación de las personas (OMS/OPS, 2001).

Dos cuestiones deben considerarse al momento de trabajar sobre los comportamientos sociales: son influenciables en diferentes niveles de intervención por factores de diferente tipo y son de causalidad recíproca con el contexto que los rodea. Deben considerarse factores: intrapersonales (características individuales que influyen en el comportamiento como los conocimientos, actitudes y creencias entre otros); interpersonales (procesos interpersonales y grupos primarios como son la familia); institucionales (normas que pueden limitar o fomentar los comportamientos propuestos); comunitarios (normas sociales que existen como algo formal o informal entre individuos, grupos y organizaciones sociales); y cuestiones relativas a las políticas públicas como las políticas locales, municipales o provinciales y leyes que reglamentan y legitiman acciones saludables y prácticas para la prevención y tratamiento de enfermedades (OMS/OPS, 2001).

Continuando una línea histórica y en un intento superador para optimizar procesos comunicacionales a partir de considerar el componente participativo de las audiencias en las estrategias, surge la comunicación de salud (CdS) en la década de los años ochenta como campo de investigación centrado en la influencia de la comunicación en aspectos relacionados con la salud de determinados sectores poblacionales (Sharf, 1984). Los programas que pueden derivarse de este campo tienen que ver con desarrollar estrategias basadas en la comunidad para promover cambios sostenibles a lo largo del tiempo. Los objetivos remiten a influir en decisiones individuales y colectivas para lograr impactos positivos en la salud, donde cobran importancia fundamental la elaboración de campañas de sensibilización e información destinadas a la población. En este sentido la Declaración de Alma Ata en 1978 otorgó un lugar preponderante al derecho de los ciudadanos a conocer los problemas de salud, así como participar de su solución, enunciando como obligación de los gobiernos difundir información pertinente a partir de campañas de comunicación públicas en salud. En el siglo XXI, los medios de comunicación y las tecnologías de la información y comunicación han devenido instrumentos fundamentales para promover comportamientos salutogénicos en el público, sobre todo en marcos epidémicos.

## El factor (y concepto) de riesgo en la prevención de enfermedades

El discurso preventivo tiene como base a la epidemiología moderna con el propósito de controlar la transmisión de enfermedades infecciosas y reducir el riesgo hacia la salud (Czeresnia, 2002). El objetivo final de la prevención es evitar la enfermedad. En este sentido Caponi (2006) establece que la definición de prevención debe hacerse en función del propósito que se quiere alcanzar: evitar riesgos o consecuencias negativas para la salud y no tanto por la actividad realizada. En el marco de describir las transformaciones del concepto de riesgo, Castell (1986) considera el “prevenir” como una acción que remite a la vigilancia, para anticipar acontecimientos indeseables en poblaciones identificadas como posibles canalizadoras de riesgo.

En la perspectiva causal de la enfermedad imperante en cada momento histórico se reconocen aspectos de los individuos o de su ambiente como causalidades de la enfermedad. Roux (2006) señala tres grandes etapas: en un inicio la salud pública relacionaba la salud y la enfermedad con el contexto ambiental y las características de la población. A partir de la teoría de los gérmenes y la teoría etiológica, los organismos infecciosos fueron el factor ambiental principal. En el siglo XX y a partir del aumento de las enfermedades crónicas se buscaron nuevos factores causales, de esta manera se pasó del plano ambiental al individual en el que surgen las características biológicas y comportamentales como factores de riesgo de enfermedades crónicas. Consecuentemente surgió una conceptualización del riesgo que la determina de forma individual y no social: las conductas de los individuos se piensan disociadas de los contextos sociales y el individuo, se vuelve el factor importante en la causa de la enfermedad. Almeida Filho (2000) describe al riesgo en diferentes escenarios: el discurso social, el discurso epidemiológico y el discurso de la Clínica. En el primero el riesgo surge como equivalente al peligro y como potencial de ocurrencia de un evento nocivo cualquiera. “En ese discurso, se verifica una transferencia del significado del riesgo en sí (evento nocivo o peligroso) para la fuente potencial del riesgo (la amenaza de peligro). De esta forma, en el discurso

social común, la causa del riesgo es también llamada riesgo” (Almeida Filho, 2000: 242). Se evidencia así una polisemia que significa peligro y posibilidad, dado que un evento puede ser nocivo en sí, pero también conlleva un riesgo por la expectativa de ocurrencia de un daño. En el segundo escenario el del discurso epidemiológico, el riesgo emerge como un concepto operacional y valoriza la dimensión de probabilidad, significa efecto (Miettinen, 1985). Se pueden establecer tres propósitos básicos, el primero remite a la identidad entre lo posible y lo probable, donde pueda reconocerse la posibilidad de un evento en su probabilidad de ocurrencia, probabilidad variable, unidimensional y cuantificable (cuestión que permite la cuantificación de los efectos de la salud y la enfermedad). El segundo, tiene que ver con un principio de homogeneidad: “las particularidades de los eventos se retraen frente a una dimensión unificadora, resultando en una unidad de los elementos de análisis propiciada por el concepto de riesgo” (Almeida Filho, 2000: 244). En tercer lugar se postula la recurrencia de los eventos, a lo que subyace la expectativa de estabilidad de los patrones de ocurrencia en serie, de los hechos epidemiológicos. Cuestión que permite que se aplique el concepto de riesgo en modelos preventivos, proponiendo para la intervención el conocimiento de los determinantes para prevenir el riesgo. En el tercer escenario el de la Clínica, el concepto de riesgo aparece como una solución de índole técnica: la incertidumbre en el proceso de toma de decisiones. Se interpreta al riesgo como aplicable a su objeto técnico, no tiene un carácter colectivo y se refiere de modo singular al individuo. Se produce un cambio de sentido en el término porque no se busca la aplicación de una racionalidad estadística de probabilidades, como en la epidemiología que construye el riesgo como colectivo, sino que se lo utiliza para concebir el riesgo de modo individual. “Entonces el concepto de riesgo cabe como un guante en tal proceso de despersonalización de la clínica” (Almeida Filho, 2000: 50). Referente a definir la categoría de riesgo desde las ciencias sociales pueden establecerse tres dimensiones (Lupton, 1999) realista, construccionista débil y construccionista fuerte. La primera describe el riesgo como un peligro que puede ser distorsionado por estructuras interpretativas sociales (perspectiva asumida por la epidemiología). La segunda lo considera como una amenaza inherente a procesos culturales y



sociales. La tercera, establece que no existe el riesgo por sí mismo, sino que es producto de visiones políticas accidentales. Castiel (2006) aporta a definir al riesgo como una experiencia que parte del armado de matrices identitarias y de subjetividades interpretativas. De esta manera el riesgo es multiforme e implica aspectos económicos y ambientales respecto a conductas personales y dimensiones interpersonales.

### **El (complejo) contexto**

La Organización Mundial de la Salud (2020) considera al COVID-19 como una enfermedad contagiosa causada por un tipo de coronavirus. De un brote epidemiológico surgido en Wuhan (China) a fines del año 2019, el mundo vive hoy una pandemia sin precedentes. Para hablar de su impacto y consecuencias en la salud de las personas puede señalarse que alrededor del 80% de las personas se recuperan sin tratamiento hospitalario, así como 1 de cada 5 personas que contraen la enfermedad acaban presentando un cuadro grave. Se considera grupos de riesgo a los adultos mayores y aquellas personas que poseen comorbilidades (hipertensión arterial, problemas cardíacos, diabetes entre otros).

Históricamente las consecuencias de las pandemias han sido significativas en relación a pérdidas humanas. Se estima que entre el sarampión, la gripe y el tifus murieron entre 30 a 90 millones de personas a nivel mundial. Como eventos cristalizados en la memoria colectiva pueden evocarse la gripe española<sup>1</sup> (1918-1919), la gripe asiática (1957), la gripe de Hong Kong (1968), el VIH/SIDA (desde la década de los años ochenta), la gripe porcina AH1N1 (2009), el SARS (2002), el Ebola (2014) y el MERS (coronavirus 2015). Hay una cuestión que diferencia a las epidemias y pandemias enunciadas con el COVID-19: los estados de cuarentena, aislamiento y distanciamiento decretados a nivel mundial por los diferentes estados nacionales. Pautas, normas y prescripciones que dieron origen al desarrollo de procesos ideológicos:

La actual propagación de la epidemia de coronavirus también ha desencadenado vastas epidemias de virus ideológicos que estaban

latentes en nuestras sociedades: noticias falsas, teorías conspirativas paranoicas, explosiones de racismo. La necesidad médica bien recibida de las cuarentenas encontró un eco en la presión ideológica para establecer fronteras claras y poner en cuarentena a los enemigos que representan una amenaza para nuestra identidad (Zizek, 2020: 23).

En el marco de estos procesos ideológicos puede observarse una doble dimensión. La primera tiene que ver con el cierre de fronteras, el desplegamiento de seguridad y control interno para lograr y exigir distanciamiento social. La segunda refiere al abandono de discursos que demandan y legitiman el retiro del Estado por sobre su intervención activa. En este sentido, Svampa (2020) propone en el contexto actual la instalación de un paradigma del cuidado como marco socio cognitivo frente al paradigma de la falsa libertad. El primero claramente relacional implica reconocer y respetar al otro, donde la sobrevida radica en un problema que nos incumbe como humanidad y donde se reivindican tareas ligadas al sostenimiento de la vida y su reproducción no reconocidas (o con poco reconocimiento) por el sistema capitalista patriarcal. La propuesta es salir del individualismo liberal para comprender nuestra interdependencia como seres que formamos parte de un todo. Aquí es importante reconocer el cuidado doméstico y sanitario en un marco de exigencia de lógicas mercantilistas y demandar el re direccionamiento de inversiones del Estado hacia el cuidado y asistencia. Esta propuesta pone en tensión el neoliberalismo y su filosofía individualista y además, pone en alerta sobre la necesidad imperiosa de una ecología social (Svampa, 2020). Ya que las últimas epidemias como la gripe porcina, la gripe aviar y el COVID-19 se han desarrollado en y a partir de quiebres en ecosistemas, donde faunas silvestres migran producto del avance de modificaciones en su hábitat por la tala de árboles para el desarrollo de monocultivo u otro tipo de emprendimientos. Surge el interrogante acerca de la posibilidad de formas menos agraviantes hacia la naturaleza y las sociedades (y entre las mismas), donde puedan surgir modos cooperativos y colaborativos entre las diferentes economías y donde se lleve a cabo el re direccionamientos en las

políticas públicas para lograr transformaciones en aspectos como la redistribución de ingresos y riquezas. El COVID-19 ha puesto en evidencia fragmentaciones, exclusión y pobreza social, donde economías golpeadas y con deudas deberán iniciar arduos procesos a futuro para recomponerse. Se alzan voces por el resurgimiento del Estado, donde la comunidad surge como una alternativa para reconstruir lazos ante un mundo que pareciera derrumbarse. El gran interrogante es si surgirán valores políticos que pueden visibilizarse en modelos organizativos de socialdemocracias o por el contrario, emergerán opciones de tipo autoritarias. Beck (1997) enuncia y describe a las sociedades del riesgo como la fase de desarrollo social donde diferentes tipos de riesgo: económicos, políticos e industriales dejan la órbita de las instituciones de control. A partir de describir la segunda modernidad que estructura a nuestras sociedades, presenta al individualismo como un factor destituyente del neoliberalismo económico. La cooperación internacional devendría como respuesta a la estabilidad local a través de un Estado que si bien tiene autonomía, también posee apertura a la cooperación para lograr cohesión internacional.

“La etimología del término pandemia dice exactamente eso: reunión del pueblo. La tragedia es que, en este caso, para demostrar solidaridad lo mejor es aislarnos y evitar tocar a otras personas. Es una extraña comunión de destinos. ¿Serán posibles otras?” (Bonaventura Souza, 2020: 37). Se reconoce el origen de la cuarentena y el aislamiento en el siglo S IV en Italia como medida para el control de la epidemia de la peste negra, donde se obligaba a aquellos que venían de Asia en barco a esperar cuarenta días antes de ingresar a las ciudades (luego de comprobar la inexistencia de enfermedad). Cabe aclarar que cuarentena remite a la separación y restricción de movimientos de personas que estuvieron expuestas a una enfermedad infecciosa pero que no tienen síntomas y sobre las cuáles se quiere observar si se desarrolla la enfermedad. Mientras que aislamiento responde a la separación de personas que padecen una enfermedad contagiosa de aquellas que están sanas. Ambas son estrategias de salud pública que se desarrollan con el propósito de prevenir la propagación de enfermedades contagiosas. En el marco de todo este proceso han surgido a nivel mundial diferentes

grupos activistas denominados por los medios de comunicación como “anti cuarentena”. Algunos de estos sectores con fuerte presencia en las redes sociales no cumplen con las medidas de aislamiento y distanciamiento en un marco de desobediencia civil, cuestionándolas en sus eventos presenciales a través de ceremonias como la quema de tapabocas y pronunciando valores liberales. Integran estos grupos referentes sociales que ocupan espacios en medios de comunicación como profesionales de la salud, el deporte, el espectáculo y la política.

En el tratamiento del COVID -19 emergen problematizaciones acerca de cuál sería la adecuada estrategia de comunicación y gestión que acompañe los objetivos y decisiones políticas para gestionar la crisis. En este sentido pueden establecerse dos modelos: el confinamiento (podría decirse que es la posición mayoritaria iniciada por China, seguida por Italia, Francia, España y en nuestro país) y la inmunidad de grupo o rebaño, tras la que se posicionaron países como Estados Unidos, Reino Unido, Holanda, Brasil. El segundo modelo pareciera que surge como una modalidad de negar la crisis (Cue, 2020), donde la inmunidad conseguida a partir del contagio de un porcentaje de la población posibilitaría gestionar el evento sin asumir su complejidad (y sus consecuencias como la reestructuración y colapso de los sistemas sanitario y económico). Sin embargo, la pandemia del COVID-19 evolucionó, se sostuvo y profundizó. Actualmente se están comenzando a desarrollar “segundas olas de reinfección”, el modelo de confinamiento que asume la crisis se presentaría como el más eficaz (Mayordomo y Moreno 2020). Paralelamente y como otra estrategia sanitaria aparte del aislamiento, en tiempo récord se están llevando a cabo diferentes ensayos clínicos para obtener una vacuna. Elemento que también hoy surge cuestionado por algunos sectores en relación a su efectividad -entre otras cosas- por el tiempo record en el cuál se obtendrá. Contribuye además la emergencia de sentidos conspirativos surgidos fuertemente en los marcos de incertidumbre que hoy propone esta pandemia mundial. Elementos que configuran contextos que deben ser considerados y analizados al momento de pensar estrategias comunicacionales.

## **La comunicación de riesgo y crisis: las vedettes de las dimensiones comunicacionales en el marco del COVID-19**

La comunicación de riesgos nace de la asociación y diálogo del gobierno y otros organismos no necesariamente gubernamentales con el público. Básicamente tiene que ver con la recuperación del poder por parte del público (Sandman y Covello, 2004). En el campo de la salud la comunicación de riesgo implica la elaboración de campañas de comunicación pública con el propósito de alertar e informar acerca de los riesgos sanitarios. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define a la comunicación de riesgo como una parte de la respuesta ante la emergencia que consiste en el intercambio en tiempo real de información, recomendaciones y opiniones entre los expertos, los líderes comunitarios, los funcionarios públicos y las personas en situación de riesgo para que comprendan y adopten medidas de protección para proteger su salud. Se promueve la escucha de funcionarios y expertos respecto a la población para conocer sus necesidades, proceso que debe reeditar en consejos que además de pertinentes sean aceptables. Esta situación solo funciona cuando hay una comunicación basada en la confianza entre los diferentes actores. Si esto no ocurre es poco probable que se consideren las recomendaciones donde es importante manifestar lo que se conoce (y no) sobre la naturaleza del riesgo así como admitir lo incierto. Este tipo de comunicación implica la elaboración de campañas públicas destinadas a alertar e informar acerca del riesgo, actualmente se desarrolla bajo un enfoque participativo.

Al hablar de comunicación de crisis debe considerarse que las crisis son tratables y difíciles de gestionar. Incluyen diferentes fases, estrategias y tiempos. La primera fase se denomina de latencia, se caracteriza por la pro actividad y surgiría en el momento del evento sucedido en Wuhan. En esta fase deben gestionarse medidas adecuadas, finaliza cuándo aparecen las primeras muertes. La segunda fase que se denomina de eclosión o emergencia de la crisis se caracteriza por un estado de alarma, es prioritario gestionar el efecto sorpresa y ganar tiempo, el contexto tienen que ver con la implementación de medidas sanitarias como el aislamiento poblacional y el

distanciamiento social. Se establecen aquí los diferentes relatos gubernamentales, el *framing*<sup>1</sup> de la crisis que tiene que ver con la forma de definir el problema: “estamos ante una guerra”, “estamos ante un obstáculo a superar” o “estamos ante un virus chino”. En esta etapa no debe minimizarse el riesgo ni ocultarlo, se trata además de considerar las expectativas de los ciudadanos. Debe acordarse un equilibrio entre crear alarmas y no minimizar la situación. La tercera fase es donde la situación se agrava, es la fase denominada de explosión y donde se desarrolla el aumento de infectados y de muertes visibilizados en curvas de morbimortalidad poblacional. En esta fase de desarrollo del problema emergen las dificultades en los servicios de salud (en su organización para recibir y tratar los pacientes) con el personal (que se enferma y escasea) y la logística y los recursos (que pueden demorarse o faltar) entre otros. En la comunicación de crisis es importante contar con una estrategia anticipada que defina quién será el portavoz, por ejemplo si un técnico o un ministro, si la comunicación será todos los días, si se permiten preguntas, si se harán ruedas de prensa y con qué periodicidad. Se define también el papel de los expertos, por ejemplo si serán exclusivamente epidemiólogos u otros integrarán el panel (en ese sentido la perspectiva de salud y su (sobre) especialización en algunos países promovió que ciertas especialidades fueran portavoces y no otras como especialistas en salud mental). Debe considerarse además cuáles serán los contenidos de las redes sociales, cómo se manejarán los problemas que empiecen a sucederse en relación a la gestión de la crisis. Un debate puede ser si se trabaja con el sentido de la alarma o no. La cuarta fase de cierre (que aún no sucedió), remite a lo que vendrá. Por ejemplo, respecto al COVID-19 algunas de las consecuencias tendrá que ver con las crisis fiscales de deudas económicas, y que deben ser previstas, ya que esta pandemia y esta fase se prolongará en el tiempo. No es de combustión rápida como puede suceder con otros eventos como un

---

<sup>1</sup> La teoría del *framing* define que la acción de encuadrar remite a la selección de ciertos aspectos de una realidad percibida para otorgarles relevancia en un texto comunicativo a fin de promover ciertas problematizaciones. Los *frames* devienen en herramientas fundamentales para transmitir información y modificar la forma de pensar de los diferentes actores sobre determinada cuestión.

terremoto. Debe tenerse en cuenta que no hay correspondencia entre el cierre político y el de la crisis. La gestión de crisis es diferente a la comunicación de crisis y también los sistemas de organizaciones políticos, no es lo mismo como gestiona un país bajo un modelo político de tipo autoritario que un país cuya organización política es democrática y/o se desarrolla bajo características populistas. Medidas como el aislamiento, el cierre de fronteras y los testeos masivos, se deberán considerar según su eficacia y según cada sistema (y la idiosincrasia de sus habitantes). Estas crisis tienen efectos sobre los referentes políticos y su popularidad, aparecen como oportunidades para fortalecer el liderazgo, mejorarlo o resentirlo. Los errores de comunicación política se vuelven errores políticos y las fallas técnicas derivan en consecuencias políticas (Sánchez Galicia 2020). Las crisis de sombra alargada (como la del COVID-19 por su prolongación en el tiempo) separan el cierre operativo del político, a diferencia de las de combustión rápida (eventos de duración corta como un atentado o terremoto). El cierre operativo se da cuando los recursos desplegados no son necesario y la infraestructura dio respuesta positiva. El cierre político es público (y simbólico) y debe ser aceptado por la opinión pública. La crisis de sombra alargada produce muchas veces desajustes en los momentos de cierre. Por ejemplo en la crisis de la Gripe A, el cierre político fue antes que el operativo, ya que una vez que se clausuró la alerta ante la opinión pública, los protocolos exigieron esperar un determinado tiempo para descartar la producción de la enfermedad. En cambio hay crisis que cierran antes de forma operativa que política ya que los afectados se pronuncian y exigen responsabilidad y ayuda (Crespo y Garrido, 2020) y es seguramente lo que ocurrirá con el COVID-19. Los cierres deben ser explicitados ante la población para resaltar y reconocer la recuperación de la normalidad/cotidianeidad pre crisis.

La incertidumbre debería ser un aspecto a posicionar en las agendas mediática y política para promover la credibilidad de quien gestiona una crisis y para discernir entre riesgos mayores o menores (Riorda, 2020). Es importante recordar la incertidumbre como condición que atraviesa al COVID-19. El sesgo retrospectivo es parte de las crisis, en ese sentido la

información cambia todo el tiempo, evoluciona y produce revisiones. Las personas pueden creer que un resultado es un problema una vez que ya aconteció, lo que puede derivar por parte de la población en la percepción que las autoridades deberían haber tenido conocimiento acerca de qué ocurriría con los eventos (y su dirección) cuando en realidad eso no es posible.

### **Percepción de riesgo, información y comunicación**

Un aspecto importante en la gestión de una pandemia es la no percepción del riesgo. Debe considerarse que el proceso comunicacional de crisis inicia con la percepción del riesgo y la adopción de medidas para reducir ese riesgo. En este sentido la gestión de la crisis en materia de COVID-19 no podría haberse iniciado al diagnosticarse el primer contagio, sino cuando se percibe el riesgo de que ocurra (Mínguez 2020). Debe considerarse que las situaciones de riesgo son abstractas, muchas personas no reconocen el concepto de riesgo relativo, por lo tanto las decisiones y acciones pueden estar asentadas en razonamientos erróneos. La población responderá mejor a mensajes claros que promuevan acciones fáciles de realizar. Al vivenciarse situaciones de riesgo pueden emerger sentimientos como la negación, impotencia, angustia y temor que deben considerarse en la forma en que se transmite el mensaje para no generar rechazo. Las audiencias no solo pueden dudar de las informaciones científicas sino que muchas veces tienen otras prioridades de su cotidiano como pueden ser las cuestiones económicas (OPS, 2009).

La gestión del riesgo tiene aspectos que puede volverlo problemático como la falta de institucionalidad para su gestión, donde es fundamental saber que no todos los riesgos pueden medirse además de ser en parte culturales. Y una cultura como entramado de significaciones propone un marco de referencia en el que se evalúa la validez y confiabilidad de la información. Pueden citarse aquí las categorías de racionalidad técnica que incluye confianza en métodos científicos y la racionalidad cultural que otorga confianza en la cultura, las políticas implementadas y el proceso



democrático (HEG, 2011). Los límites de la primera son reduccionistas, los riesgos despersonalizados y el énfasis se deposita en la variación estadística y la probabilidad; recurriéndose a la autoridad y a la experiencia. Mientras que en la segunda los límites son amplios e incluyen el uso de analogías y precedentes históricos. Los riesgos son personalizados, el énfasis está en sus posibles consecuencias en núcleos como la familia y la comunidad. Se recurre a la sabiduría popular, las opiniones y tradiciones de los grupos de pares. En este sentido no debe perderse de vista como lo señalan diferentes enfoques que las emociones son impulsoras de la percepción de riesgo, a veces superando a la información de tipo objetiva (Slovic, 2006).

Para instalar la percepción del riesgo debe reconocerse que diferentes riesgos tienen diferentes sentidos para diferentes personas. La insatisfacción en la relación entre los niveles de riesgo y los beneficios que las regulaciones imponen son bastante altas, por lo que las personas son proclives a tolerar altos niveles de riesgo en actividades con altos beneficios (Slovic, 2006), como podrían ser las de tipo económico. Ante esto la propuesta es construir mensajes que hagan que la aceptación del riesgo sea lo más voluntaria posible (Walaski, 2011) y paralelamente demostrar sensaciones de mayoría, ya que las personas son reactivas a elecciones hechas por otros, especialmente de su confianza como integrantes de su círculo próximo (Coleman, 1993; Frewé, 2000).

Los medios de comunicación pueden aportar a cambios en la percepción del riesgo. En situaciones de crisis además se produce un gran aumento de la exposición a la información. Así, el impacto de los medios de comunicación sobre el riesgo percibido aumenta al depender del nivel de información que transmiten los medios sobre las crisis (Coleman, 1993), sean de tipo masivos o comunitarios (Muñiz, 2011). Los contextos de crisis construyen condiciones propicias para el desarrollo de noticias falsas, informaciones inciertas que si bien no se verifican resultan verosímiles tanto para la población como para los medios (Msal, 2017). Distorsiones de la realidad que se presentan como auténticas (Lazer, 2018) ya que las crisis en sí mismas cuestionan nuestra realidad. Al respecto de la pandemia que nos convoca basta con reflexionar acerca de todas las certidumbres que se han derribado. Gestionar la crisis

implica brindar respuestas acerca del origen, las causas, las responsabilidades, las consecuencias y la solución de los eventos para hallar una respuesta que los explique.

Paralelamente a la emergencia del COVID-19 surgió con fuerte presencia la categoría de infodemia que hace referencia a la información excesiva. Situación que crece aún más en el marco de las redes sociales: “se refiere a un gran aumento del volumen de información relacionada con un tema particular, que puede volverse exponencial en un período corto debido a un incidente concreto como la pandemia actual” (OPS, 2020: 4). Surgen con fuerte presencia para potenciar a las falsas noticias las redes sociales por su poder instantáneo y amplificadorio. Sin embargo, respecto de su eficacia en el proceso de recepción, los medios de comunicación tradicionales aún tienen mayor prestigio y son preferenciales (Grinberg et. al 2019; Maestre, 2020). En ambos (medios de comunicación y redes sociales) se desarrolla la sustitución del razonamiento por la adhesión a un discurso ideológico. Se rechazan las opiniones con las que no se acuerda, además tampoco se considera información exterior que tal vez podría ser relevante, fenómeno denominado burbujas epistémicas (Pariser’s, 2001). Cuando no hay información clara, respuestas claras o se oculta información aumentan las informaciones falsas. Por lo tanto es menester al gestionar la crisis dinamizar de forma estratégica información validada científicamente que en marcos éticos pueda construirse con sentido de verdad.

En contextos de pandemia y de comunicación de crisis los medios de comunicación surgen como el instrumento ideal para dinamizar mensajes a la población (Prior, 2020). Una acción fundamental a considerar es la elaboración de mensajes clave, deben reflejar la información fundamental que se desea transmitir y deben diseñarse antes de iniciar la comunicación sobre el evento para lograr una comunicación eficaz. Deben ser específicos, claros y concisos y usar palabras y ejemplos que las audiencias puedan comprender, evitar los tecnicismos y ser positivos: mencionar lo que se está haciendo, lo que puede hacerse y lo que se hará. Señalar quiénes son los afectados y orientar a las personas en los aspectos que deben considerar para que puedan determinar si están o no entre los afectados (OMS, 2018).

Además de los mensajes clave, es importante reflexionar acerca de la perspectiva bajo la cual se iniciará el proceso para dinamizarlos y vehiculizarlos. El COVID-19 no solo nos mostró el surgimiento de la infodemia, sino que también posibilitó la discusión por otros modelos de organización social y política, donde emergen discursos, contenidos y estrategias que se sucedieron (y suceden) en el ámbito local bajo abordajes comunitarios.

Por el contrario, *The Economist* mostró a principios de este año que las epidemias tienden a ser menos letales en los países democráticos debido a la libre divulgación de información. Pero como las democracias son cada vez más vulnerables a las fake news, tendremos que imaginar soluciones democráticas basadas en la democracia participativa a nivel de los vecindarios y las comunidades, y en la educación cívica orientada a la solidaridad y cooperación, y no hacia el emprendedurismo y la competitividad a toda costa (Bonaventura Souza, 2020: 39).

### Reflexiones finales

La crisis del coronavirus se destaca por ser una crisis a gran escala con características globales y que tiene como público al conjunto de la población (generalmente la comunicación de crisis se caracteriza por tener un carácter temporal y un corto alcance). Al mismo tiempo resulta un tipo de comunicación autónoma, que se orienta a la gestión de la emergencia y con relación distante con otros tipos de comunicación política como la institucional o gubernamental (Heat y O Hair, 2009; Crespo y Garrido 2020).

Mario Riorda (2020) experto en comunicación política señala que en eventos como el del COVID-19 hay que diferenciar entre la comunicación de riesgo, o sea la posibilidad de que el escenario malo ocurra y donde es necesario construir sensibilidad social por el peligro (miedo) y la comunicación de la crisis, cuándo lo malo aconteció y debe llevarse certidumbre frente a lo incierto. Esta diferencia sería la clave para lograr intervenciones comunicacionales adecuadas. Pareciera que en el marco de la pandemia del

COVID-19, la diferencia no fue explicitada y se mezclaron las prácticas de ambos campos.

Si bien los riesgos muchas veces pueden no anticiparse, en el caso de Argentina y demás países de América Latina se contó con algunos meses de ventaja para pensar estrategias sanitarias (y comunicacionales) a partir del conocimiento del brote epidemiológico sucedido en Wuhan (pocos se animan a responder o imaginar qué hubiera sucedido si la pandemia iniciaba en nuestras geografías). Este contexto permite realizar un anuncio proactivo de un riesgo potencial o concreto y lograr una comunicación eficaz del riesgo, aumentar la vigilancia epidemiológica, favorecer las prácticas protectoras y disminuir la confusión promoviendo y generando un cambio en el comportamiento que reduzca el riesgo y aumente la protección para aquellos que no han sido infectados. La fase de preparación se presenta fundamental para la elaboración de la estrategia de comunicación (en la que se conforman el equipo de comunicación de riesgo, la capacitación de voceros y la construcción de mensajes, entre otras acciones). Así cuando comienza el riesgo, se activa el plan comunicacional y se produce la oportunidad de controlar la crisis.

La crisis es incertidumbre, situación de riesgo y control donde la comunicación se presenta fundamental para atender e intervenir sobre las emociones que puede despertar lo incierto, lo no tangible ni conmensurable. Pueden describirse dos grandes tipos: la comunicación reactiva que establece argumentos para no comunicar ante la falta de hechos y datos y la comunicación proactiva que establece la necesidad de comunicar para informar, controlar el evento y tomar una posición activa y ofensiva (Sánchez Galicia, 2020). Una crisis requiere certezas comunicacionales, trabaja contra la incertidumbre, fuerza a afrontar a líderes y gobiernos asuntos que no ven diariamente y a que desarrollen discursos autorizados acerca de lo acontecido, eviten la amenaza o minimicen los daños. La crisis se relaciona con la idea de responsabilidad, al inicio del evento y en el modo de afrontarlo: “no es lo que sucede, sino lo que se atiende” (Riorda, 2020: 22).

Por otro lado la comunicación de riesgo busca prevenir, concientizar y modificar comportamientos. Y si bien se da en contextos de incertidumbre al igual que las crisis, no tiene una temporalidad de acciones como exigencia que den certezas futuras dado que el riesgo debe simplemente ser asumido. Existen dos grandes tipos, el potencial que no se dio y puede darse, y el efectivo, que se está desarrollando. Las dos alarmas deben lograr cambios en las percepciones y en las conductas. Esta diferencia es importante ya que hay un riesgo que se comunica en situaciones normales, donde el riesgo es hipotético y situaciones en donde el riesgo ya se ha manifestado (Fontana y Cabas, 2014).

El COVID-19 constituirá el caso de comunicación de crisis por excelencia a analizar en las próximas décadas. Reúne todas las condiciones: un virus mortal que destruye la estabilidad (la realidad cotidiana) y que cambia la forma de relacionarse entre las personas, con las organizaciones e instituciones, con los modos de producción (y reproducción). Todo lo mencionado en marcos que por momentos parecieran apocalípticos, con demanda de respuestas y soluciones urgentes. Además de evidenciar las deficiencias y precariedades existentes (en lo político, en lo sanitario, en lo económico y en lo social), amenaza no solo el cotidiano, normas y costumbres, sino directamente a la vida humana en sí. Se realizan y realizarán también diferentes análisis acerca de los costos (simbólicos y materiales) de cada gobierno sobre si gestionó la crisis (cómo la gestionó), si se logró que la sociedad se reagrupe en torno a su líder o si la crisis propició la división social existente. También se analizará el lugar y el potencial de la comunicación, desde las campañas públicas, los modelos comunicacionales y los mensajes elaborados para ver que tanto eficaces fueron al momento de promover comportamientos y prácticas protectoras para la población en general. Sin lugar a dudas, la comunicación como disciplina, acto, objeto de estudio e intervención una vez más demuestra su imprescindible lugar en el campo de la salud.

## Bibliografía

- Almeida-Filho, N (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey
- Bandura, A. (1962). Social Learning Through Imitation. En Jones, M.R. (ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*.
- Becker, M.; Maiman, L.A.; Kirscht, J.P.; Haefner, D.P. y RH Drachman, R.H. (1977). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 348.
- Beck, U (1997) *Hijos de la libertad* . México: Fondo de Cultura Económica.
- Boaventura de Sousa, S (2020). *La cruel pedagogía del virus*. Buenos Aires : CLACSO.
- Caponi, S. (2006). La salud como abertura al riesgo. En Czeresnia, D. y Machado de Freitas C. (Comp.) *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 65-92). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castell, R. (1986). *La gestión de los riesgos*. Barcelona: Anagrama.
- Castiel, L. (2006). Dédalo y los Dédalos: identidad cultural, subjetividad y los riesgos para la salud. En Czeresnia, D. y Machado de Freitas C. (Comp.). *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias* (pp. 93-112). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Coleman, C. (1993): The influence of mass media and interpersonal communication on societal and personal risk judgments. *Communication Research*, 20 (4): 611-628. <https://doi.org/10.1177/009365093020004006>.

- Covello, V y Sandman, P. (2001). Comunicación de riesgos: evolución y revolución en *Soluciones para un entorno en peligro*. 164-178
- Crespo, I y Garrido, A. La pandemia del coronavirus: estrategias de comunicación de crisis. *Más poder local Magazine* (41), 12-20. <http://maspoderlocal.es/ediciones/comunicacion-politica-covid-19-no41/>
- Cue Barcelona, F. (2020). Bolsonaro cuestiona la cifra de muertos por COVID-19 y hace campaña contra la cuarentena. *France 24*. [www.france24.com/es/20200328-COVID19-brasil-bolsonaro-cuestiona-muertos-cuarentena](http://www.france24.com/es/20200328-COVID19-brasil-bolsonaro-cuestiona-muertos-cuarentena).
- Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En Czeresnia Dina y Machado de Freitas Carlos (Comp.). *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. (pp. 47-64). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Davidson, P. y Davidson, S. (eds.) (1980). *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. Nueva York: Brunner Mazel.
- Donohew, L.; Sypher, H.E. y Bukoski, W.J. (1991). *Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention*. Lawrence Erlbaum Associates. Nueva Jersey: Hillsdale.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Massachusetts: Reading: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1980). Acceptance, Yielding and Impact: Cognitive Processes in Persuasion. En Petty, R.E.; Ostrom, T.M. y Brock, T.C. (eds.). *Message Effects in Communication Science*. California: Sage Publications.
- Fontana, S y Cabas, P (2014). Comunicación del riesgo: definiciones y alcances. En S Fontana y V Maurizi: *Comunicando el riesgo: estrategias comunicativas frente al riesgo de desastres*, pp. 11-47, Buenos Aires: Editorial Biblos.

- Frewer, L. (2001). Risk percepción and risk communication about food safety issues. *Nutrition Bulletin* 25 (1): 31-33. <https://doi.org/10-1046/j.1467-3010.20000.00015.x>
- Grinberg, N. (2019). Fake News of Twiter during the 2016 U.S. Presidential election. *Science*, 262 (6425): 374-378.
- Heat R. L. y Ohair , H. D (2009). *Handbook of Risk and Crisis Communication*. Nueva York: Routledge.
- HEG Export Group (2011). Science, H1N1 and society: towards a more pandemic-resilient society. *Final Report from the Expert Group on Science, H1N1 and Society*. Chairperson: Ms. Britt-Marie Drottz Sjöberg. Rapporteur: Mr Yves Charpak.
- Lazer, D. et. al. (2018). The science of the fake news. *Science* 359 (6380): 1094-0196.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. London: Routledge.
- Maestre R (2020). Las fakes news en las crisis de la sociedad digital. *Más poder local Magazine* (41), 48-51. <http://maspoderlocal.es/ediciones/comunicacion-politica-covid-19-no41/>
- Mayordomo, C y Moreno, S (2020). De la inmunidad al confinamiento: dos paradigmas de una misma crisis. *Más poder local Magazine* (41), 42-44. <http://maspoderlocal.es/ediciones/comunicacion-politica-covid-19-no41/>
- Miettinen, O. (1985). *Theoretical Epidemiology*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Minguez Medina, M. (2020). COVID-19: la no percepción del riesgo. *Más poder local Magazine* (41), 34-36. <http://maspoderlocal.es/ediciones/comunicacion-politica-covid-19-no41/>



Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Salud, comunicación y desastres: guía básica para la comunicación de riesgo en Argentina*. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento94.pdf>

Muñiz, C. (2011). Búsqueda de información durante tiempos de crisis. Efectos de la comunicación interpersonal y masiva en la percepción de riesgo personal ante la gripe AH1N1. *Revista de Ciencias Sociales*, 17 (9): 9-21.

Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud (2009). *Manual de comunicación social Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33970?show=full>

Organización Mundial de la Salud (2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

Organización Mundial de la Salud (2018). *Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública*. (archivo PDF) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272852/9789243550206-spa.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud (1978). Declaración de Alma Ata. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978/Declaracion.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2009). *Gestión de la información y comunicación en emergencias y desastres*. [https://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=guias-para-desastres&alias=19-gestion-de-la-informacion-y-comunicacion-en-emergencias-y-desastres&Itemid=1145](https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=guias-para-desastres&alias=19-gestion-de-la-informacion-y-comunicacion-en-emergencias-y-desastres&Itemid=1145).

Organización Panamericana de la Salud (2020). Hojas informativas COVID-19: Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19. <https://www.paho.org/es/documentos/entender-infodemia-desinformacion-lucha-contra-covid-19>.

- Pariser, E. (2011). *The Filter Bubble: What the Internet is Hiding from You*. The Penguin Group: USA.
- Prior, H. (2020). Comunicación pública de riesgo en tiempos de pandemia: las respuestas de Portugal al COVID-19. *Más poder local Magazine* (41), 6-12. <http://maspoderlocal.es/ediciones/comunicacion-politica-covid-19-no41/>
- Riorda, M. (2020). Antes de comunicar el riesgo o la crisis: hay que diferenciarlos. *Más poder local Magazine* (41), 20-24. <http://maspoderlocal.es/ediciones/comunicacion-politica-covid-19-no41/>
- Rogers, E. (1983). *Diffusion of Innovations* (3era. edición). Nueva York: The Free Press.
- Roux, A. (2006). Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel en Spinelli Hugo (comp), *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Sánchez Galicia, J. (2020). Comunicación pública de riesgo en tiempos de pandemia: las respuestas de Portugal al COVID-19. *Más poder local Magazine* (41), 51-54. <http://maspoderlocal.es/ediciones/comunicacion-politica-covid-19-no41/>
- Sharf, B. F. (1984). The Physicians's Guide to Better Communication. *MOBIUS: Education in the Health Professions* (4) 1-132. <https://doi.org/10.1002/chp.4760040320>
- Slovic, P. (2006) *The perception of risk*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x>
- Svampa, M. (2020). *La Fiebre*. Editorial ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio). (archivo PDF) <https://drive.google.com/file/d/1k-YzHu9LgPajOuqz8WS5XKjfbj-EqAvM/view>
- Walaski, P. (2011). *Risk and crisis communications*. USA: Wiley.

Žižek, S. (2020). *Pandemia El COVID-19 salva al mundo*.  
<https://dialektika.org/wp-content/uploads/2020/04/Pandemia-Slavoj-Zizek-.pdf>