

**Comunicación del Riesgo en frontera:  
Coordinación institucional de la comunicación e información en medios durante la gestión  
de emergencias sanitarias en Norte de Santander, 2014-2019.**

Jeimy Tatiana Olejua Lozada

Facultad de Comunicación, Universidad La Sabana

Maestría en Comunicación Estratégica

Dra. Julia Esperanza Bacca Rozo

abril de 2021

## **Dedicatoria**

ii

A Uriel, Daniela y Sebastián, por su amor incondicional.  
A mamá, Betsy Janery Lozada Leal, por el cariño, esfuerzo y dedicación de siempre.

## **Agradecimientos**

iii

Agradecimientos a Juan Alberto Bitar Mejía, director del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander (2016-2019) por incluir esta investigación en la Estrategia de Comunicación del Riesgo permitiendo el acceso a información oficial y encuentros con equipos locales; a Vilma Gutiérrez, asesora Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS por los documentos de referencia y orientaciones iniciales y a Jairo Oviedo por su apoyo y orientaciones.

La Comunicación del Riesgo establece un sistema de comunicación al servicio de la respuesta en salud pública ante brotes, epidemias y emergencias, para involucrar a los actores del sector salud y mantener informada a la ciudadanía.

La planeación estratégica de la Comunicación del Riesgo refleja el compromiso del Estado, su solidez institucional y capacidad de respuesta. Su evolución conceptual incorpora perspectivas, modelos y teorías de la psicología, sociología, economía, educación y comunicación, y el desarrollo reciente de su propia teoría.

La Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS destaca la conveniencia de tener un sistema fuerte ante emergencias de salud en lugar de prepararse para un manejo individual, bajo un “enfoque para todos los riesgos”, prioriza apoyo a los países en el fortalecimiento de sus capacidades de preparación y respuesta y propone el Modelo integral de Comunicación del Riesgo para situaciones de emergencia.

Su adopción en el departamento Norte de Santander-Colombia, como zona de frontera, estableció retos para la incorporación de los principios de la Comunicación del Riesgo a las prácticas de Información en Salud y la generación de mensajes sanitarios, ante la confirmación de emergencias con alto impacto social y mediático.

En el periodo 2014-2019 la comunicación evolucionó de un componente asociado al Plan de Contingencia de cada enfermedad a una Estrategia Regional de Comunicación del Riesgo, una propuesta que permite aterrizar el concepto de Comunicación Estratégica en Salud y comprender el paradigma de la Comunicación del Riesgo a partir de la Coordinación Institucional de la Comunicación tendiente a la articulación sectorial para la generación de sinergias, y de la información en medios de comunicación, ante el marcado interés de agencias de noticias y de medios internacionales, nacionales y regionales, así como su impacto en la percepción del riesgo por parte de las comunidades.

La presente investigación retoma la gestión de la Comunicación del Riesgo realizada por el Instituto Departamental de Salud en este periodo y genera recomendaciones para el abordaje regional de emergencias sanitarias como la pandemia por Covid 19 declarada por la Organización Mundial de la Salud OMS el 11 de marzo de 2020.

**Palabras clave:** Comunicación Estratégica en Salud, Comunicación del Riesgo, Coordinación institucional de la comunicación, Información en salud y Percepción del Riesgo.

Introducción.....	1
Capítulo 1 Diseño de investigación .....	5
1.1 Problema de Investigación.....	5
1.1.1 Descripción del Problema .....	5
1.1.2 Pregunta de investigación. ....	7
1.1.3 Hipótesis.....	7
1.2 Objetivos.....	8
1.2.1 Objetivo General.....	8
1.2.2 Objetivos Específicos .....	8
Capítulo 2 Estado del Arte .....	10
2.1 Riesgo y Comunicación del Riesgo.....	10
2.2 Aproximación conceptual. ....	13
2.3 Aportes de la Comunicación del Riesgo a la gestión de brotes, epidemias y emergencias. 15	
2.4 Comunicación del riesgo en emergencias sanitarias a nivel mundial .....	16
2.4.1 Encefalopatía Espongiforme Bovina EEB, Gran Bretaña en 2000. ....	16
2.4.2 Pandemia virus A (H1N1), Estados Unidos en 2009. ....	16
2.4.4 MERS Cov, Oriente Medio en 2012.....	17
2.4.5 Epidemia del ébola, África 2014-2016 y 2018-2020.....	18
2.4.6 Aproximación a la Pandemia covid 19 (2020): Coronavirus. ....	18
2.5 Gestión de la Comunicación del Riesgo en la región de las Américas .....	19
2.5.1 Carbunco, Estados Unidos (2001). ....	20
2.5.2 Hantavirus, Brasil (2004). ....	20
2.5.3 Pandemia A(H1N1), México (2009-2010). ....	20
2.5.4 Dengue en las Américas (2009... epidemia 2019-2020).....	21
2.5.5 Brote de Cólera en Haití (2010- 2013). ....	21
2.5.6 Epidemias de chikungunya y zika en Latinoamérica (2014-2016). ....	21
2.6 Comunicación del Riesgo en Colombia .....	22
Capítulo 3 Marco Teórico .....	24
3.1 Aproximación a la Comunicación Estratégica en salud .....	24
3.1.1 Modelo Estratégico sectorial. ....	26
3.2 Comunicación del Riesgo y Comunicación de Crisis .....	27
3.3 Teoría de la Comunicación del Riesgo. ....	29
3.4 Modelos de Comunicación del Riesgo. ....	30
3.4.1 Modelo de Comunicación del Riesgo OPS/OMS. ....	30
3.4.2 Modelo Integral Comunicación de Riesgo en Situaciones de Emergencia. ....	32
3.4.3 Modelo de Percepción del Riesgo. ....	32
3.5 Comunicación como recurso para la coordinación institucional. ....	33
3.6 Impacto mediático en la percepción del riesgo sanitario. ....	34
3.5.1 Comunicación del Riesgo y Espirales del Miedo. ....	36
Capítulo 4 Metodología.....	37
4.1 Enfoque metodológico.....	37
4.2 Métodos de investigación. ....	37
4.3 Técnicas de recolección de información.....	38
4.4 Categorías, variables y dimensiones.....	38

4.5 <i>Corpus</i> documental.....	49vi
4.5.1 Categoría Coordinación Institucional de la Comunicación del Riesgo. ....	49
4.5.2 Categorías Información en Medios de Comunicación y Percepción del Riesgo. ....	49
4.6 Instrumentos.....	50
4.7 Proceso de análisis de información .....	51
Capítulo 5 Estudio de caso: Emergencias Sanitarias en Norte de Santander 2014-2019 .....	52
5.1 Fiebre chikungunya, 2014.....	52
5.2 Virus del zika, 2015.....	57
5.3 Microcefalia asociada a zika, 2016 .....	58
5.4 Chagas agudo importado, 2017.....	63
5.5 Sarampión, 2018.....	63
5.6 Infección Respiratoria Aguda IRA, 2019 .....	66
Capítulo 6 Coordinación Institucional de la comunicación .....	70
6.1 Sistemas de Comunicación del Riesgo .....	73
6.1.1 Conformación de equipo de Comunicación del Riesgo.....	74
6.1.2 Investigación y Análisis de Contexto. ....	74
6.1.3 Planificación de la respuesta. ....	74
6.1.4 Evaluación de recursos y capacidades: Inventario de recursos.....	75
6.1.5 Identificación de públicos. ....	75
6.1.6 Elaboración de mensajes.....	77
6.1.7 Vigilancia de la comunicación. ....	77
6.1.8 Capacitación de recursos humanos.....	77
6.1.9 Planes de respuesta para diferentes eventos de salud. ....	77
6.2 Comunicación y coordinación interna con socios.....	78
6.2.1 Articulación institucional: Equipo de respuesta.....	79
6.2.2 Articulación sectorial.....	79
6.2.3 Articulación con otros sectores. ....	79
6.3 Comunicación Pública.....	80
6.3.1 Relacionamiento con medios.....	81
6.3.2 Difusión apoyada en medios comunitarios. ....	81
6.3.3 Uso de medios digitales. ....	81
6.4 Comunicación e integración con las comunidades afectadas. ....	82
6.4.1 Campañas de sensibilización.....	82
6.4.2 Interacción con comunidades. ....	83
6.5 Escucha dinámica y manejo de rumores.....	83
6.5.1 Monitoreo de medios. ....	83
6.5.2 Monitoreo de redes sociales. ....	84
6.6 Comunicación Estratégica Efectiva.....	84
6.6.1 Accesibilidad. ....	84
6.6.2 Accionabilidad.....	85
6.6.3 Credibilidad y verdad.....	86
6.6.4 Relevancia. ....	86
6.6.5 Oportunidad (A tiempo).....	86
6.6.6 Comprensibilidad.....	87
6.7 Apropiación regional de la Comunicación del Riesgo .....	87
6.7.1 Aportes a la gestión del riesgo. ....	87

Capítulo 7 Información en los medios de comunicación .....	90vii
7.1 Mirada general a información en medios durante emergencias sanitarias 2014-2019.....	91
7.1.1 Calidad de la información. ....	94
7.1.2 Posicionamiento como fuente. ....	95
7.1.3 Discurso (miedo/alarma).....	96
7.1.4 Seguimiento informativo.....	97
7.2 Información en medios chikungunya, 2014.....	98
7.3 Información en medios zika, 2015 .....	101
7.4 Información en medios microcefalia asociada a zika, 2016 .....	104
7.5 Información en medios chagas agudo importado, 2017 .....	107
7.6 Información en medios sarampión, 2018.....	111
7.7 Información en medios IRA, 2019 .....	115
Capítulo 8 Percepción del Riesgo .....	119
8.1 Diagnóstico de la percepción del riesgo reflejado en medios. ....	119
8.1.1 Familiaridad.....	120
8.1.2 Comprensión. ....	121
8.1.3 Incertidumbre. ....	122
8.1.4 Control. ....	123
8.1.5 Equidad. ....	124
8.1.6 Beneficios.....	125
8.1.7 Temor.....	126
8.1.8 Confianza. ....	126
8.1.9 Reversibilidad.....	127
8.1.10 Víctimas conocidas. ....	127
8.1.11 Catástrofe - magnitud.....	128
8.2 Percepción del Riesgo ante chikungunya, 2014.....	129
8.3 Percepción del Riesgo ante zika, 2015. ....	130
8.4 Percepción del Riesgo ante microcefalia asociada a zika, 2016. ....	131
8.5 Percepción del Riesgo ante chagas agudo importado, 2017.....	132
8.6 Percepción del Riesgo ante sarampión, 2018.....	133
8.7 Percepción del Riesgo ante IRA, 2019. ....	134
Capítulo 9 Aprendizajes regionales para gestión e investigación de Comunicación del Riesgo	136
9.1 Lecciones aprendidas 2014-2019 .....	136
9.2 Sugerencias para investigaciones próximas: Aproximación al covid 19 .....	137
9.3 Hoja de ruta para el fortalecimiento de la Comunicación del Riesgo. ....	142
Conclusiones.....	144
Recomendaciones .....	146
Referencias .....	147
Apéndice.....	151
Vita.....	155

Tabla 1. Categoría, variables y dimensiones. ....	38
Tabla 2. Corpus documental: Documentos institucionales. ....	49
Tabla 3. Corpus documental: Notas periodísticas.....	50
Tabla 4. Acciones de Comunicación del Riesgo frente a chikungunya, 2014. ....	55
Tabla 5. Acciones de comunicación del riesgo frente a zika, 2015. ....	57
Tabla 6. Cubrimiento periodístico internacional de <i>Guillain Barré</i> y microcefalia. ....	61
Tabla 7. Acciones de comunicación del riesgo frente a microcefalia asociada a zika, 2016.....	61
Tabla 8. Registros depurados chagas, NS semanas 01-52, 2017.....	64
Tabla 9. Acciones de Comunicación del Riesgo frente a chagas agudo importado, 2017.....	62
Tabla 10. Acciones de Comunicación del Riesgo frente a sarampión, 2018. ....	65
Tabla 11. Acciones de Comunicación del Riesgo frente a IRA, 2019.....	68
Tabla 12. Mapa de Públicos Instituto Departamental de Salud IDS.....	76
Tabla 13. Mapa de Comunicación y Gestión del Riesgo. ....	87
Tabla 14. Consolidado información en Medios emergencias sanitarias 2014-2019. ....	91
Tabla 15. Consolidado información en medios chikungunya, 2014.....	98
Tabla 16. Consolidado información en medios zika, 2015 .....	101
Tabla 17. Consolidado información en medios microcefalia asociada a zika, 2016 .....	104
Tabla 18. Consolidado información en medios chagas agudo importado, 2017.....	107
Tabla 19. Consolidado información en medios sarampión, 2018.....	111
Tabla 20. Consolidado información en medios IRA, 2019.....	115
Tabla 21. Acciones de Comunicación del Riesgo covid 19, 2020.....	140
Tabla 22. Priorización de acciones. ....	143



Ilustración 1. Emergencias sanitarias Estrategia de Comunicación del Riesgo .....	5
Ilustración 2. Diseño de investigación .....	9
Ilustración 3. Proceso de Gestión de Riesgos de Calidad General FDA FDA.....	10
Ilustración 4. Mapa de Comunicación del Riesgo .....	11
Ilustración 5. Modelo Estratégico Sectorial Organización Mundial de la Salud.....	27
Ilustración 6. Modelo de Comunicación del Riesgo .....	31
Ilustración 7. Modelo integral de Comunicación del Riesgo en situaciones de emergencia .....	32
Ilustración 8. Secuencia de la investigación.....	51
Ilustración 9. Hitos información en medios chikungunya, 2014 .....	53
Ilustración 10. Casos chikungunya, NS. Semanas 35 a 53 de 2014 .....	54
Ilustración 11. Hitos información referenciada por medios zika, 2015 .....	57
Ilustración 12. Casos Zika, gestantes y SN asociado a Zika. Semanas 25-52 de 2015.....	58
Ilustración 13. Hitos información en medios microcefalia asociada a zika, 2016.....	60
Ilustración 14. Casos de Zika Norte de Santander. ....	60
Ilustración 15. Hitos información en medios chagas agudo importado, 2017. ....	64
Ilustración 16. Hitos información referenciada por medios sarampión, 2018.....	63
Ilustración 17. Notificación de casos sospechosos de sarampión NS, 2018. ....	64
Ilustración 18. Hitos información referenciada por medios IRA, 2019.....	67
Ilustración 19. Canal endémico de enfermedad similar a la influenza e IRA en Colombia. Semanas 01-52 entre 2012 y 2019. ....	67
Ilustración 20. Coordinación Institucional .....	72
Ilustración 21. Sistemas de Comunicación del Riesgo. ....	73
Ilustración 22. Comunicación y Coordinación interna con socios. ....	78
Ilustración 23. Comunicación Pública. ....	80
Ilustración 24. Comunicación e integración con socios.....	82
Ilustración 25. Escucha dinámica y manejo de rumores. ....	83
Ilustración 26. Comunicación Estratégica Efectiva. ....	84
Ilustración 27. Recursos Información en Medios emergencias sanitarias 2014-2019.....	92
Ilustración 28. Comparativa información medios emergencias 2014-2019.....	93
Ilustración 29. Calidad información emergencias sanitarias 2014-2019 .....	94
Ilustración 30. Posicionamiento como fuente emergencias sanitarias 2014-2019 .....	95
Ilustración 31. Discurso (miedo/alarma) emergencias sanitarias 2014-2019.....	97
Ilustración 32. Seguimiento informativo emergencias sanitarias 2014-2019 .....	97
Ilustración 33. Información en medios chikungunya, 2014 .....	99
Ilustración 34. Información en medios zika, 2015.....	102
Ilustración 35. Información en medios microcefalia asociada a zika, 2016.....	105
Ilustración 36. Información en medios chagas agudo importado, 2017 .....	109
Ilustración 37. Información en medios sarampión, 2018 .....	113
Ilustración 38. Información en medios IRA, 2019. ....	117
Ilustración 39. Percepción del riesgo emergencias sanitarias 2014-2019.....	120
Ilustración 40. Familiaridad.....	121
Ilustración 41. Comprensión.....	122
Ilustración 42. Incertidumbre.....	123

Ilustración 43. Control.....	123x
Ilustración 44. Equidad.....	125
Ilustración 45. Beneficios.....	125
Ilustración 46. Temor.....	126
Ilustración 47. Confianza.....	127
Ilustración 48. Reversibilidad.....	127
Ilustración 49. Víctimas conocidas.....	128
Ilustración 50. Catástrofe - magnitud.....	128
Ilustración 51. Percepción del Riesgo chikungunya, 2014.....	130
Ilustración 52. Percepción del Riesgo zika, 2015.....	131
Ilustración 53. Percepción del Riesgo microcefalia asociada a zika, 2016.....	132
Ilustración 54. Percepción del Riesgo chagas agudo importado, 2017.....	133
Ilustración 55. Percepción del Riesgo sarampión, 2018.....	134
Ilustración 56. Percepción del Riesgo IRA, 2019.....	135
Ilustración 57. Boletín epidemiológico 285 del 31 de diciembre de 2020.....	138
Ilustración 58. Gestión de la Comunicación del Riesgo covid 19, 2020.....	142

- Anexo 1. Infografías síntesis de la investigación.
- Anexo 2. Cuestionario equipo de comunicaciones
- Anexo 3. Guion metodológico grupo focal funcionarios IDS
- Anexo 4. Guion metodológico encuentros E.S.E.S y CSP municipios
- Anexo 5. Formulario percepción CR funcionarios IDS
- Anexo 6. Formulario percepción CR E.S.E.S y CSP municipios
- Anexo 7. Guía de entrevista a profundidad.
- Anexo 8. Protocolo revisión documental Coordinación Institucional
- Anexo 9. Protocolo análisis de contenido notas periodísticas
- Anexo 10. Protocolo análisis de percepción del riesgo notas periodísticas
- Anexo 11. Respuestas cuestionario equipo de comunicaciones
- Anexo 12. Tabulación grupos focales.
- Anexo 13. Transcripción entrevista oficial información OCHA.
- Anexo 14. Revisión documental Coordinación institucional
- Anexo 15. Estado Comunicación del Riesgo revisión documental
- Anexo 16. Cruce instrumentos y diana evaluación
- Anexo 17. Monitoreo notas periodísticas
- Anexo 18. Notas seleccionadas para el análisis
- Anexo 19. Resultados análisis de contenido
- Anexo 20. Gráficas información en medios.
- Anexo 21. Resultados Percepción del Riesgo
- Anexo 22. Gráficas Percepción del Riesgo

## Introducción

La Comunicación del riesgo orienta la respuesta para el control de brotes, epidemias y emergencias sanitarias desde un “enfoque de comunicación gubernamental unificado, coherente, estratégico, coordinado y operativo” (OPS/OMS, 2020), dirige a las autoridades sanitarias en la planeación, implementación, seguimiento y evaluación de las acciones de comunicación desde la confirmación de la emergencia hasta su monitoreo y control, a partir de la coordinación con expertos, socios, entidades de apoyo, medios de comunicación y comunidades.

Su carácter proactivo, invita a las regiones a prepararse ante Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional ESPII entre las que se incluyen enfermedades con repercusiones graves que se pueden propagar con rapidez a nivel internacional y enfermedades con potencial epidémico<sup>1</sup>.

OPS/OMS destaca la Estrategia de Comunicación del Riesgo como “la plataforma desde donde se definen, planifican y preparan actividades para cada una de las etapas de una emergencia con impacto en la salud pública...un proceso dinámico e integrado que identifica desafíos poblacionales, territoriales, económicos, sociales y de salud - enfermedad; analiza escenarios, colaboradores y aliados; fortalece capacidades; establece

---

<sup>1</sup>OPS/OMS clasifica como ESPII al Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), varicela, infecciones virales transmitidas por vectores, cólera y enfermedades diarreicas epidémicas, meningitis meningocócica, peste, fiebres hemorrágicas y fiebre amarilla. También se priorizan enfermedades con potencial epidémico como carbunco, dengue, VIH, sarampión, tuberculosis y zoonosis. (OPS/OMS, 2005)

El Plan de Acción 2018 R&D de OMS citado por BBC Mundo (2018) identifica ocho (8) enfermedades que pueden significar un riesgo global: Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, Enfermedad del virus del Ébola, Enfermedad por virus de Marburgo, fiebre de Lassa, Síndrome Respiratorio por Coronavirus de Oriente Medio, Síndrome Respiratorio Agudo Grave, fiebre del Valle del Rift, zika y enfermedad X.

mecanismos de vigilancia y monitoreo y determina canales alternativos de comunicación y de gestión de recursos” (Brennan & Gutiérrez, 2011)

Una Estrategia de Comunicación del Riesgo orienta el manejo de la información pública, el mantenimiento de la confianza y la percepción del riesgo para ayudar a la población a tomar decisiones informadas, fomentar conductas de protección, coordinar a los socios y reducir la perturbación social y económica.

Este concepto fue reconocido en Norte de Santander a partir del acompañamiento realizado por OPS/OMS ante el elevado registro de casos de chikungunya en 2014, que lo convirtió en el departamento con mayor incidencia de la enfermedad. El Instituto Departamental de Salud pasó del componente de Comunicaciones del Plan de Contingencia a la Estrategia regional que fue incluida en la gestión de emergencias en salud pública a partir de 2016.

### **Una mirada al contexto.**

Norte de Santander es un departamento ubicado en el nororiente de Colombia que comparte 117 Km de frontera física con el Estado Táchira (Venezuela), considerada por sus dinámicas sociales y económicas una de las fronteras más activas de Latinoamérica.

Cuenta con una población estimada de 1.402.695 habitantes para 2019 con proyección a 2020 de 1.413.837, el 49,5 % (694.634) son hombres y el 50,5 % (708.061) son mujeres, presentó un aumento poblacional del 12 % con relación al 2005. La población urbana representa el 76,82 % y la rural el 23.18 % (IDS, 2019). 107.883 migrantes venezolanos, equivalentes al 11.40 % del consolidado nacional permanecen en Norte de Santander, según cifras de Migración Colombia a marzo de 2020.

El Instituto Departamental de Salud, como autoridad sanitaria, es responsable de la promoción de salud, prevención de enfermedad y gestión del riesgo en salud pública, incluyendo la Estrategia Regional de Comunicación del Riesgo y el seguimiento a los eventos de interés a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Sivigila, con 213 Unidades Primarias Generadoras de Datos y 309 Unidades Informadoras en los 40 municipios (IDS, 2018).

Determinantes sociales, económicos y ambientales la convierten en región endo epidémica para enfermedades transmitidas por vectores entre las que se encuentran dengue, chikungunya, zika, chagas, fiebre amarilla, leishmaniasis y malaria.

Durante los últimos años aumentó el riesgo de enfermedades inmunoprevenibles (reingreso de sarampión) y de enfermedades de transmisión sexual (VIH) afectando principalmente a los municipios fronterizos de Cúcuta, Villa del Rosario, Tibú, Puerto Santander, Ragonvalia y Herrán. El manejo de la comunicación ante migración ha sido articulado desde el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Gobernación.

### **La Estrategia Regional de Comunicación del Riesgo.**

La Estrategia Regional de Comunicación del Riesgo fue incorporada a la gestión de la salud pública en Norte de Santander ante la alta incidencia de enfermedades transmisibles (virales y transmitidas por vectores) en comunidades urbanas que llamaron la atención de autoridades sanitarias y medios de comunicación.

Su formulación y aprobación permitió que en el periodo 2014-2019 se promovieran sinergias institucionales con responsables municipales de salud pública y equipos locales de comunicación.

También orientó las relaciones con medios ante el marcado interés de cubrimiento periodístico por parte de las agencias de noticias *Associated Press*, *Reuters*, *EFE*, *Tasnim News* y *Mundo Sputnik News*, de medios internacionales como *New York Times* y *The Wall Street Journal* (Estados Unidos), *BBC newnight* (Londres), *Sveriges Radio* (Suecia), *El Mundo* (España), *el Universo* (Ecuador) y *La Nación* (Venezuela), así como de medios nacionales y locales.

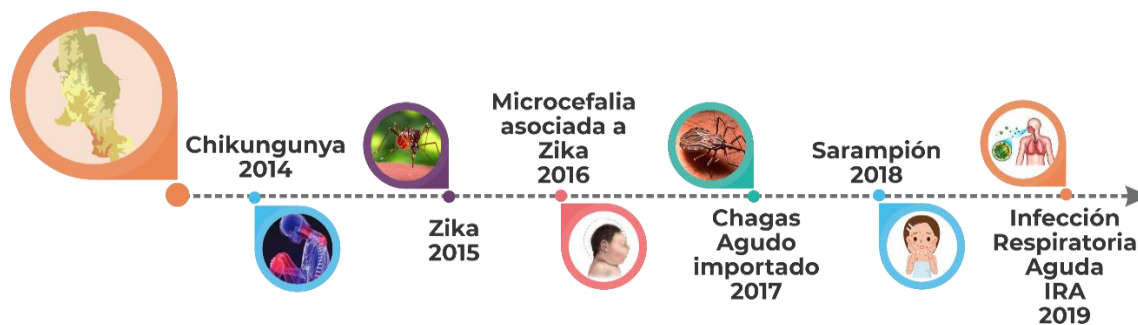
## Capítulo 1

### Diseño de investigación

#### 1.1 Problema de Investigación

##### 1.1.1 Descripción del Problema

Las emergencias en Salud Pública han estado presentes continuamente en el departamento Norte de Santander. En el periodo 2014-2019 se presentaron eventos epidemiológicos con alta incidencia, mencionados en la ilustración 1, en los que la Estrategia Regional de Comunicación del Riesgo apoyó la coordinación institucional de comunicaciones orientada al posicionamiento de mensajes sanitarios y el relacionamiento con medios tendiente a mantener la confianza, guiar a la ciudadanía frente a conductas recomendadas y reducir la especulación. Hasta el momento estas acciones no han sido evaluadas, con el fin de identificar lecciones aprendidas que pueden orientar futuras intervenciones a nivel territorial y servir de referencia para investigaciones asociadas a la gestión de la salud pública en zonas de frontera.



#### **Ilustración 1. Emergencias sanitarias Estrategia de Comunicación del Riesgo**

Fuente: Elaboración propia a partir de priorización información epidemiológica, IDS.

El ingreso de chikungunya en noviembre de 2014 evidenció la necesidad de articular la respuesta en comunicaciones para el manejo de la crisis al convertirse en la región con mayor incidencia con 18.882 casos de los 72.977 reportados en Colombia, y motivando el seguimiento de medios nacionales.



En 2015 la confirmación del ingreso del virus zika, estableció nuevos retos asociados al desconocimiento de la enfermedad que registró pico epidemiológico de 9.993 casos en abril de 2016, de los cuales 2.750 se presentaron en gestantes ubicándolas como población en riesgo para microcefalia por zika en recién nacidos y 95 casos de Síndrome Neurológico asociado - *Guillain Barré* con alteraciones neurológicas en adultos. Esta emergencia motivó el cubrimiento periodístico de agencias de noticias, medios internacionales y nacionales.

En 2017, el fallecimiento de tres menores de edad procedentes de Táriba (Venezuela) por chagas agudo implicó un amplio seguimiento al caso por parte de medios venezolanos que terminó enfrentando las versiones de autoridades sanitarias.

El incremento de eventos en salud asociados a migración llevó a redoblar esfuerzos para vacunación, control de vectores y zoonosis. En marzo de 2018 se confirma el reingreso de sarampión al país a través de Norte de Santander con un caso en la Costa Atlántica y una semana después, el primer caso importado en el departamento.

El pico epidemiológico de Infección Respiratoria Aguda en diciembre de 2019 motivó el análisis frente a la percepción del riesgo sanitario para una enfermedad con baja mortalidad en donde la especulación afectó la opinión pública.

La gestión de las comunicaciones durante emergencias sanitarias influyó en la toma de decisiones del Instituto Departamental de Salud como autoridad sanitaria; sin embargo, a pesar de los esfuerzos para la planeación e implementación de la estrategia, en el periodo 2014-2019 no se incluyeron actividades formales de monitoreo y evaluación que permitan identificar la apropiación de los principios de OPS/OMS, la

receptividad de los actores del sector salud, el alcance de los mensajes sanitarios en medios, ni la percepción del riesgo en la población.

La revisión a la Estrategia Regional de Comunicación del Riesgo realizada por la asesora OPS/OMS en abril de 2018 estableció la necesidad de documentar la experiencia para identificar los aprendizajes y de generar una actualización periódica que permita redefinir el plan de acción a partir de observaciones de actores sectoriales que permita analizar las intervenciones y generar recomendaciones ante futuros brotes, epidemias o emergencias, entre las que se puede incluir la pandemia covid 19 en la región. Aunque la importancia del tema es reconocida por los tomadores de decisión, la revisión no se ha realizado atendiendo a la falta de instrumentos y sobrecarga del equipo de comunicaciones, limitando la gestión del conocimiento de las experiencias regionales.

1.1.2 Pregunta de investigación. ¿Cuál fue la incidencia de la coordinación institucional de la comunicación y la información en medios durante la gestión de la Comunicación del Riesgo ante emergencias sanitarias en Norte de Santander como zona de frontera entre 2014 y 2019?

1.1.3 Hipótesis.

H1. La comprensión de la comunicación del riesgo apoyó la coordinación institucional de las comunicaciones ante emergencias sanitarias.

H2. La información en medios de comunicación durante emergencias sanitarias guardó concordancia con la información oficial emitida por el Instituto Departamental de Salud IDS.

H3. La gestión de la comunicación del riesgo permitió la generación de una percepción del riesgo real durante emergencias sanitarias con alto impacto social en la zona de frontera.

## **1.2 Objetivos**

1.2.1 Objetivo General. Analizar la incidencia de la Coordinación institucional de la comunicación y la información en medios durante la gestión de la Comunicación del Riesgo ante de emergencias sanitarias 2014-2019 en Norte de Santander, Colombia como zona de frontera.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar la Coordinación institucional para apropiación y orientación de la Comunicación del Riesgo en la gestión regional de emergencias sanitarias.
2. Evaluar la efectividad de la información remitida a medios de comunicación ante emergencias sanitarias.
3. Identificar el impacto de la Estrategia regional de Comunicación en la percepción del riesgo ante emergencias sanitarias.

La ilustración 2 sintetiza el diseño de la investigación:



## Ilustración 2. Diseño de investigación

Fuente: Elaboración propia.

## Capítulo 2

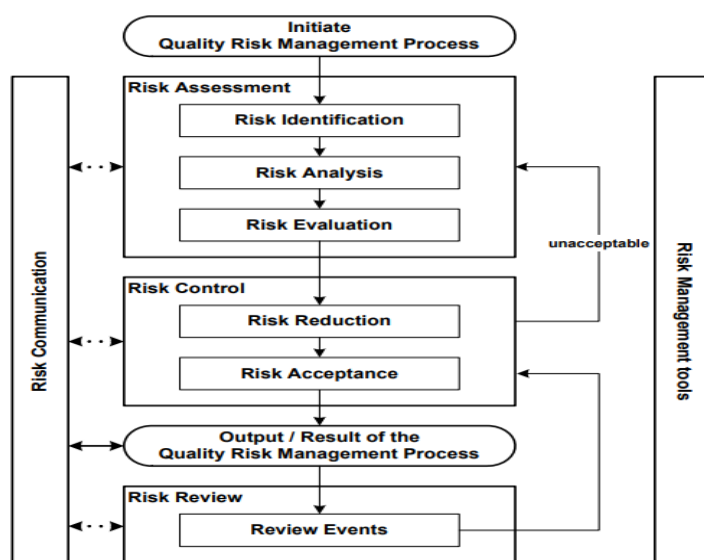
### Estado del Arte

#### 2.1 Riesgo y Comunicación del Riesgo

El riesgo forma parte de una sociedad antropocéntrica caracterizada por el dominio “racional” del entorno; donde la incertidumbre, seguridad, peligro y toma de decisiones, como temáticas asociadas, cobran relevancia. Luhmann (1998), Giddens (2000) y Bauman (2001), abordan el riesgo y la sociedad moderna.

El concepto de la sociedad del riesgo, desarrollado por Beck (1986) sienta las bases para la comprensión de la modernidad, incluye la relación entre percepción y producción de riesgos y analiza la conciencia pública desde las relaciones políticas y la desigualdad.

Los modelos de gestión del riesgo incluyen la comunicación de manera transversal, definiendo intervenciones para las fases de preparación, atención-respuesta y rehabilitación - reconstrucción, tendientes al relacionamiento, la articulación y la gestión.

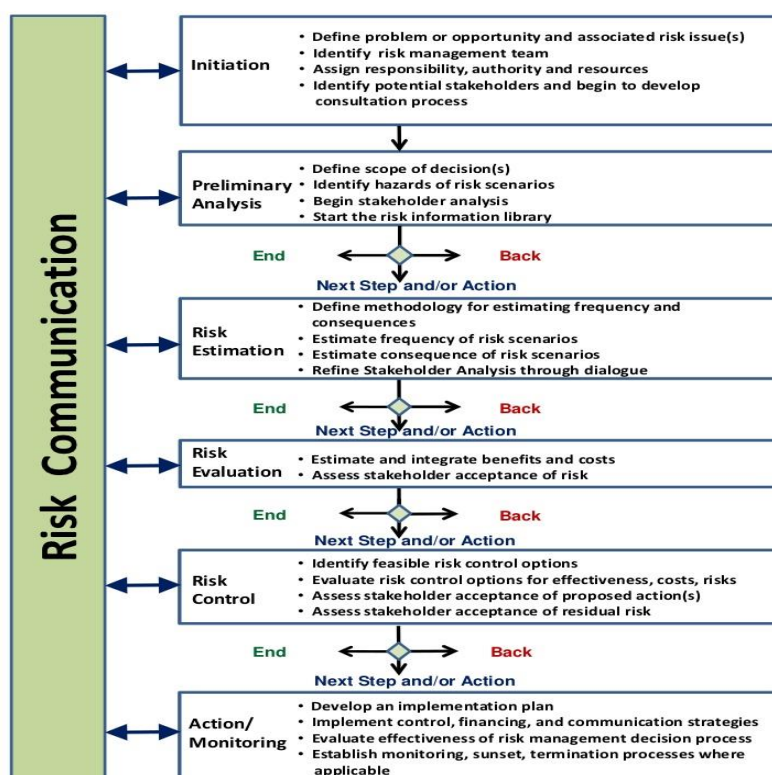


**Ilustración 3. Proceso de Gestión de Riesgos de Calidad General FDA FDA**

Fuente: FDA (2006)

El aumento de los riesgos sanitarios tras la mundialización del comercio, la reducción de barreras para el tránsito de personas, el impacto del cambio climático, el resurgimiento de enfermedades controladas y nuevas cepas, la resistencia a medicamentos y el comportamiento humano con su entorno establecen retos para la salud global entre los que se encuentran el fortalecimiento de los sistemas sanitarios para la respuesta ante brotes, epidemias y emergencias, un campo de acción basado en la prevención y la preparación.

La gestión de las comunicaciones inicialmente analizada desde la crisis, atendiendo la lógica de la administración, se aborda desde un nuevo enfoque en la Comunicación del Riesgo orientando la respuesta social, como se explica en la ilustración 4.



**Ilustración 4. Mapa de Comunicación del Riesgo**

Fuente: Mapas de comunicación y gestión del riesgo<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> CSA, 1997 citado por Hilleary, J. Gestión del Riesgo y Comunicación

Esta configuración ubica a la Comunicación del Riesgo en una dimensión estratégica; en primera medida porque se basa en un proceso coordinado que reconoce la complejidad social, ambiental, económica y cultural del territorio y los riesgos asociados, estableciendo un marco para percepción del riesgo. “De la comunicación eficaz del riesgo depende la comprensión de la dinámica de los objetos en riesgo, las relaciones del riesgo y los objetos en riesgo” (Böholm & Corvellec, 2010)

Un segundo aspecto para considerar es su carácter integrador; aunque mantiene la orientación hacia la información pública que busca hacer frente a la desinformación, reducir el estigma y el impacto de la crisis ante vacíos de información y especulación, garantizando el seguimiento a rumores; también interactúa con los involucrados en la respuesta sanitaria para generar sinergias con instituciones y comunidades en riesgo. Apoya una cultura de la prevención, otorgando sentido, generando opinión pública favorable, impulsando cambios de comportamientos, motivando la participación y la movilización y promoviendo el diálogo directo con sus grupos de interés.

La orientación hacia la información pública prioriza la credibilidad del sistema sanitario como recurso para enfrentar la incertidumbre, garantizando la coordinación de mensajes y la difusión unificada de información frente a conductas para proteger la salud. La transparencia genera y mantiene la confianza y permite enfrentar la desinformación. Para lograrlo se requiere de relacionamiento con los medios de comunicación previo a la emergencia que pueda apoyar la gestión de las comunicaciones institucionales y el posicionamiento de los mensajes clave definidos, ubicando a la autoridad sanitaria como una fuente asequible, receptiva a las expectativas de los medios y la población, con

capacidad para generar información confiable y para monitorear los rumores que pueden afectar la percepción del riesgo sanitario.

La comunicación hace visible (o invisible) el riesgo, sirve para poner en común las diferentes definiciones y hacer públicas las políticas y las decisiones tomadas. Más aún, las comunidades de riesgo han de poner el acento en comunicar sus intenciones, en explicarse para justificar sus acciones, y en intentar acercar la visión del resto de actores a la suya sobre la definición del riesgo, su aceptación y las medidas de control a adoptar. La comunicación como eje vertebrador puede ser clave a la hora de entender los procesos de circulación de los discursos de las diferentes comunidades de riesgo. (Gonzalo & Farré, 2011, pág. 11)

Por su parte, la orientación a la interacción ve en la participación comunitaria una oportunidad de convertir a la población en sujetos activos que participen en las decisiones y apoyen el monitoreo de la comunicación. Esto requiere incorporar mecanismos de comunicación directa con los actores del sistema de salud, desarrollar programas de educación sanitaria adecuada a sus entornos (comunitarios, laborales, familiares y educativos) y promover la movilización social en la prevención y mitigación del riesgo.

## **2.2 Aproximación conceptual.**

El abordaje de la comunicación ante emergencias sanitarias incluye la comprensión de la cultura, las relaciones con instituciones, medios y comunidades; invita a reconocer los factores que impactan en los territorios a partir de tres miradas (Gómez Castro, 2017): El paradigma socio-cultural establece las relaciones entre comunicación y sociología y destaca la importancia de la aprobación ciudadana y de la definición de Agenda Pública



que identifica el riesgo como una representación “la percepción y la aceptación de los riesgos tienen sus raíces en factores sociales y culturales” (Van Loon, 2002).

El enfoque científico-económico expuesto por Gómez Castro (2017) destaca la relación riesgo-beneficio en función de la reducción de los costos asociados al pánico y la crisis en salud determinada por la atención en salud y el manejo de la crisis. Stanojlovic (2015) afirma que “aquello que los individuos o las sociedades perciben como riesgo, y deciden asumirlo de esa manera, no puede ser reducido a criterios objetivos”.

Finalmente, desde la psicología de la comunicación, como una tendencia de convergencia de las ciencias sociales (La Rosa, 2012) “hace uso de un conjunto de métodos y técnicas de investigación científica para conseguir la meta de acercarse al conocimiento de su objeto de estudio: La comunicación”.

“Las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por el problema, se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud”. (Mosquera, 2003), en este sentido la Comunicación del Riesgo puede ser identificada como un espacio de integración y articulación sectorial, transectorial y comunitaria que “busca persuadir, educar e influir en la población objetivo, sobre aquellos factores y amenazas que ponen en peligro su salud” (Moreno & Péres, 2011), incluyendo una estrategia de educación que orienta la prevención de enfermedad y la gestión del riesgo en Salud Pública ante la confirmación de emergencias sanitarias.

### **2.3 Aportes de la Comunicación del Riesgo a la gestión de brotes, epidemias y emergencias.**

La Comunicación del Riesgo es sensible al contexto, valores, creencias y relaciones de poder entre los actores involucrados; sus aportes a la gestión del riesgo sanitario destacan la importancia de escuchar a los públicos para conocer las prácticas comunitarias y su percepción del riesgo.

Surge de la necesidad de investigar qué tipo de información requiere la población en circunstancias de peligro, crisis o catástrofes desde la perspectiva psicológica de los espirales del miedo, identificando la mediatización de la cultura, la teoría social y el Modelo de Comunicación del Riesgo y estableciendo un significado compartido.

“La Comunicación de Riesgo debe ser diferenciada de otras líneas sectoriales que se interesan por identificar conflictos parciales. Así, por ejemplo, la información de crisis se ocuparía básicamente de los protocolos de actuación que se deben seguir en situaciones planificadas y predefinidas o la comunicación de crisis se encargaría de las relaciones entre la comunicación empresarial y los medios de comunicación” (Farré, 2005, pág. 104).

Con la exposición a situaciones de emergencia, las autoridades sanitarias han aprendido a gestionar emergencias en salud pública desde una práctica sistemática que para Gómez Castro (2017) “fortalece la labor de prevención y educación sanitaria en la población, con énfasis en los grupos de riesgo clínico y las comunidades vulnerables, lo cual permite evitar o mitigar las pérdidas materiales y humanas en situaciones de

emergencia pública sanitaria”, si parten de las políticas sanitarias de cada país y son asumidas como un elemento articulador de la respuesta sanitaria.

Una Comunicación del Riesgo efectiva orienta la toma de decisiones, promueve alianzas y diálogos e impacta a la población desde sus propios códigos. Su incorporación en la gestión de brotes, epidemias y emergencias sanitarias incluye elementos de planeación estratégica que facilitan la medición del impacto de las intervenciones.

#### **2.4 Comunicación del riesgo en emergencias sanitarias a nivel mundial**

A continuación, se presenta una compilación de las experiencias en Comunicación del Riesgo ante emergencias sanitarias internacionales registradas durante los últimos 20 años y sus aprendizajes, como punto de partida para el análisis territorial:

2.4.1 Encefalopatía Espongiforme Bovina EEB, Gran Bretaña en 2000. El brote de las vacas locas de Gran Bretaña llegó a Francia, Alemania y España, representó retos para la gestión de incertidumbre reflejada en las publicaciones de los medios de comunicación; la especulación y el temor ocasionaron crisis en el consumo de carne impactando la economía de toda Europa. “Numerosas informaciones, tanto en los medios de comunicación como de carácter científico, han acompañado el proceso, intentando relativizar la situación y devolver la calma a los consumidores...La opinión generalizada es que las medidas contra la enfermedad no se tomaron ni con la celeridad ni con la contundencia que la seguridad de la salud humana hubiera aconsejado” (Hernández Nanclares, 2003, pág. 225)

2.4.2 Pandemia virus A (H1N1), Estados Unidos en 2009. La pandemia inició en Estados Unidos, representó 12.469 muertes en el primer año y se propagó a nivel mundial

afectando a niños y jóvenes y ocasionando la muerte del 0.01% de la población mundial. La preparación fue la clave para la comunicación, “entre abril del 2009 y abril del 2010, los CDC realizaron 60 eventos para medios (39 ruedas de prensa y 22 ruedas de prensa televisadas) con un total de más de 35.000 participantes” (CDC, 2009).

Cobran relevancia la comunicación basada en evidencia, transparencia y honestidad como recursos para generar confianza; se identifican retos relacionados con la planificación, la presión de los medios y manejo de la estigmatización, la importancia de la coordinación internacional y la formación de redes de comunicadores, variación de la percepción del riesgo entre hemisferio norte y sur y la reducción de percepción del riesgo potencial al comparar con otros brotes (O’Malley, 2009).

2.4.3 Enfermedad Transmitida Por alimentos, Alemania en 2011. 2.500 personas fueron afectadas, se presentaron problemas con el sistema vigilancia epidemiológica y especulación frente a la fuente de contagio que se hizo visible en medios de comunicación como en personal sanitario, con implicaciones para los sectores agrícolas, especialmente del pepino español y soya. Se evidencian cinco errores habituales de la comunicación del riesgo en una crisis en salud (March Cerdá, 2011) destacando los efectos del relacionamiento inadecuado con los medios de comunicación: no identificación de portavoz, desconocimiento de los hechos en profundidad, inexistencia de mensaje único y consensuado con estrategia orientada a medios, falta de rapidez y preponderancia de los políticos frente a expertos.

2.4.4 MERS Cov, Oriente Medio en 2012. Considerado como el primer brote mundial del siglo XXI a partir de 2003 permitió a la creación del concepto de "comunicación de

brotos" como herramienta principal en la respuesta de salud pública ante emergencias sanitarias y sentó las bases para la preparación ante una pandemia. Su manejo en 2012 incluyó 26 países afectados en 2012 y generó líneas de mensajes para diversos públicos entre los que se encontraban los viajeros; las recomendaciones para los países incluyeron aplicar medios prácticos y eficaces para informar a los grupos interesados (viajeros, personas vulnerables, funcionarios de salud pública, personal sanitario, transporte público, turismo y público general).

2.4.5 Epidemia del ébola, África 2014-2016 y 2018-2020. Se registró entre 2014 y 2015 en Sierra Leona y Liberia, afectando a países europeos como España y Reino Unido, su manejo generó recomendaciones para fortalecimiento del trabajo con organizaciones médicas humanitarias ausentes de la planificación de la seguridad sanitaria mundial. Errores en el primer anuncio en España relacionados con la falta de preparación de la vocera (primer caso confirmado en Europa) desencadenaron una crisis marcada por la especulación y la falta de información institucional. (Micaletto & Gallardo, 2015) la analizaron desde la comunicación de crisis, destacando el papel de los medios de comunicación, a partir de la rueda de prensa presidida por la Ministra de Salud y los mensajes periodísticos en diarios digitales.

2.4.6 Aproximación a la Pandemia covid 19 (2020): Coronavirus. OMS declaró el 11 de marzo de 2020 la pandemia Covid 19 ante la propagación mundial de la enfermedad. La respuesta desde Comunicación del Riesgos incluyó el fortalecimiento de capacidades en los equipos nacionales de comunicación, la elaboración de la guía con metas de comunicación, hipótesis, batería de mensajes clave, recomendaciones para anuncio

temprano y la generación de material de comunicación para adaptación y reproducción.

“En un escenario ideal, se contaría con tiempo para hacer planes, establecer una estrategia de comunicación y una guía de acción. Pero situaciones como éstas, requieren aptitudes inmediatas para comunicarse con el público. La comunicación de riesgos es un componente integral de la gestión de riesgos para la salud pública y una capacidad básica en el marco del Reglamento Sanitario Internacional RSI” (OPS/OMS, 2016, pág. 10)

### **2.5 Gestión de la Comunicación del Riesgo en la región de las Américas**

En la última década, la región de las Américas ha recibido acompañamiento de OPS/OMS para la adopción de la Comunicación del Riesgo definiendo estrategias, lineamientos y planes. Estos documentos, elaborados con el apoyo de expertos y la participación de tomadores de decisión y actores sectoriales, retoman los principios de transparencia, establecimiento de confianza, integración y conocimiento de la población, comprensión de riesgos y colaboración en el diseño de actividades de capacitación.

El seguimiento al manejo de zika en 2016 permitió que Argentina, Honduras y República Dominicana contaran con estrategias y lineamientos de Comunicación del Riesgo; mientras Colombia, El Salvador, Guatemala, Suriname y Uruguay mostraron avances en sus estrategias (OPS/OMS, 2016).

El fortalecimiento de capacidades de respuesta incluye capacitación a equipos de comunicación y autoridades sanitarias, así como misiones de emergencia. Se tienen en cuenta 5 ejes: generación de sinergias institucionales, relacionamiento con medios, comunicación directa, educación sanitaria y movilización social.

Los principales aprendizajes en Comunicación del Riesgo en la región<sup>3</sup> se relacionan a continuación:

2.5.1 Carbunco, Estados Unidos (2001). Ante el brote de Carbunco en Nueva York en octubre de 2001, posterior a los atentados al *World Trade Center* se generalizó temor ante contaminación con ántrax en cartas y paquetes entregados correo. Peña-Oscuvilca y Peña-Ayundante (2007) midieron las repercusiones económicas ocasionadas por el brote y la difusión mediática como un fenómeno social, evidenciando que una comunicación masiva con información errónea sobre un brote conlleva a una reacción negativa de la sociedad.

2.5.2 Hantavirus, Brasil (2004). La desconfianza en el sistema de salud llevó a desinformación. “Las especulaciones sobre la fiabilidad de la información y las acciones oficiales prosiguieron, incluso después de que empezaron a surgir los hechos. Los periodistas encontraron a sus propios expertos y estos expertos, nombrados por los medios de comunicación, buscaron formas de atribuir responsabilidades. En ese contexto, el público asustado, al que no era fácil tranquilizar, se comportó de tal forma que los esfuerzos de control se vieron socavados. Se produjeron protestas y demostraciones públicas” (Brennan & Gutiérrez, 2011)

2.5.3 Pandemia A(H1N1), México (2009-2010). Con 70.000 contagios y más de 1.000 personas fallecidas, la respuesta sanitaria en México generó dudas en la transparencia.

---

<sup>3</sup> Esta compilación retoma casos analizados por Moreno y Peres (2011) en El estado del arte de la comunicación de riesgos en la región de América latina, Brenan y Gutiérrez en Guía para la elaboración de la estrategia de comunicación de riesgo: De la teoría a la acción y la revisión de informes e investigaciones de la gestión de las emergencias sanitarias mencionadas.

Se realizaron campañas en medios tradicionales (radio y televisión) y alocuciones para reducir el temor, Larson & Heymann (2010) destacan la oportunidad en la respuesta ante solicitudes de los medios, sin embargo, se presentaron críticas frente a la coordinación con autoridades sanitarias y con otros países, por lo que se establecen Centros de Operaciones de Emergencia y las Salas de Situación como fuente oficial.

2.5.4 Dengue en las Américas (2009... epidemia 2019-2020). El cambio de conductas hacia la prevención del dengue orienta esfuerzos hacia la educación sanitaria, abogacía, movilización social y participación comunitaria. “La OMS propone dirigir la comunicación social sobre el dengue en dos direcciones. La primera consiste en sustituir la información por la práctica y la segunda, en lograr que la comunidad se apropie de las medidas de prevención y control” OPS citado por San Martín y Prado (2004, pág. 136).

2.5.5 Brote de Cólera en Haití (2010- 2013). 8.053 personas fallecieron por cólera entre 2010 y 2013 en Haití. Los esfuerzos de la respuesta sanitaria se enfocaron en la disminución del estigma y la discriminación, el mejoramiento de las condiciones de vida y acceso a los servicios de salud (Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional República Dominicana., 2011). Los mensajes emitidos desde OMS se centraron en el control del brote más que en el origen; rumores que vinculan personal de la ONU proveniente de Nepal como causa de la cepa motivaron disturbios.

2.5.6 Epidemias de chikungunya y zika en Latinoamérica (2014-2016). La estrategia y mensajes sanitarios compararon signos y síntomas de dengue, chikungunya y zika, atendiendo a que estas enfermedades comparten vector y medios de transmisión; la capacitación a personal sanitario se centró en identificación de síntomas y tratamiento. La



comunicación incluyó sistemas de comunicación del riesgo, coordinación de la comunicación interna y con socios, comunicación pública, comunicación, movilización social y participación comunitaria y escuchar con dinamismo – manejo de rumores.

Entre las recomendaciones generadas por las misiones de emergencia de Comunicación del Riesgo se destacan: Estandarizar mensajes a través de vocerías oficiales y otros canales, fortalecer la articulación interna y externa, fortalecer el área de comunicación de los Ministerios de Salud, realizar acciones de movilización social y participación comunitaria y articular acciones con otros sectores (OPS/OMS, 2016).

Otro aspecto a considerar es la producción académica/científica, la revisión realizada por Feo Acevedo & Feo Isturiz (2013) concluyó que “entre 2000 y 2010, se publicaron y referenciaron 1.020 artículos en PubMed como comunicación de riesgos, 41 fueron producidos por grupos de investigación latinoamericanos”. Brasil es el país que más aporta a la gestión de conocimiento frente a emergencias sanitarias con publicaciones frente a infección por VIH/Sida y zoonosis.

## **2.6 Comunicación del Riesgo en Colombia**

La normatividad en Colombia sólo reconocía a la comunicación ante emergencias y desastres en lo relacionado con el conocimiento del riesgo<sup>4</sup>; en 2013 se incorpora el concepto de Comunicación del Riesgo como proceso unidireccional orientado a capacitar e informar a comunidades locales (UNGRD, 2013).

---

<sup>4</sup> Definido como “el proceso de la gestión del riesgo compuesto por la identificación de escenarios de riesgo, el análisis y evaluación del riesgo, el monitoreo y seguimiento del riesgo y sus componentes y la comunicación para promover una mayor conciencia del mismo que alimenta los procesos de reducción del riesgo y de manejo de desastre. Ley 1523 de 2012 artículo 4°.

Con el desarrollo de la estrategia nacional de Comunicación del Riesgo, el Ministerio de Salud y Protección Social definió orientaciones para la gestión de brotes, epidemias y emergencias sanitarias, definiendo vocerías, apoyando la coordinación institucional y afianzando relaciones con los medios y las regiones. Éstas fueron retomadas durante la pandemia covid 19 para adoptar lineamientos que incorporan en canales oficiales de comunicación y puntos de atención la información sobre la enfermedad e intensifican las acciones de información, educación y comunicación para evitar el contagio<sup>5</sup>, llevando la Comunicación del Riesgo a empresas e instituciones.

---

<sup>5</sup> Resolución 666 de 2020, Protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia.

## Capítulo 3

### Marco Teórico

#### 3.1 Aproximación a la Comunicación Estratégica en salud

La Comunicación del Riesgo se ubica en una dimensión estratégica a partir de su evolución conceptual y técnica, naturaleza sistemática, alto interés público, conocimiento del contexto y sus grupos de interés, así como del impacto social, económico, político y ambiental de las decisiones sanitarias.

Las investigaciones de Peter Sandman y Jody Lanard (2005) incluyen estudios de casos de emergencias en salud que destacan la importancia de la evaluación para establecer el avance en las metas, las variaciones en necesidades de información y el seguimiento a la respuesta ante los mensajes generados. Adicionalmente, el Modelo de Comunicación Estratégica propuesto por Massoni comparte elementos a movilización social y participación comunitaria como agentes para el cambio de conducta de la población, “la participación no es consenso, sino disenso sociocultural; y acción, no por mandato, sino porque interpela genuinamente a los actores involucrados”. (Massoni, 2007, pág. 9)

Una aproximación desde la Comunicación Estratégica permite analizar la Comunicación del Riesgo a partir de los componentes de la concepción estratégica de la comunicación expuestos por Garrido (2017):

1. Es una directriz teórica con un referente práctico: La Comunicación del Riesgo, inicialmente concebida como Comunicación de brotes, establece lineamientos

- para orientar la gestión de las comunicaciones y sus implicaciones en las emergencias sanitarias; ha motivado la evolución de las Teorías de la Comunicación del Riesgo (Gonzalo & Farré, 2011) y de la Percepción del Riesgo (Sandman, 2004) que evidencian un desarrollo teórico reciente. OPS/OMS desarrolló el Modelo de Comunicación del Riesgo y apoya su desarrollo técnico alrededor del mundo a través de misiones de emergencia y jornadas de formación que aumentan las capacidades de respuesta, también compila los aprendizajes en documentos de política pública y guías que son replicados durante brotes, epidemias, emergencias y pandemias como referente práctico.
2. Incorpora un componente normativo y unificador: La Estrategia de Comunicación del Riesgo se inserta en la política pública de los países como documento orientador de las intervenciones sanitarias en comunicación, su formulación involucra a los tomadores de decisión del sector salud y sectores aliados, definiendo objetivos y estandarizando protocolos de actuación.
  3. Es interlocutor de la naturaleza de largo plazo en la que se desarrolla la imagen de la empresa/organización: Los esfuerzos de Comunicación del Riesgo buscan el mantenimiento de la confianza en las autoridades sanitarias, para dar tranquilidad a las comunidades en riesgo frente a la oportunidad de la respuesta; la imagen y la transparencia apoyan el posicionamiento institucional y la credibilidad.
  4. Define responsabilidades y propósitos a todo nivel: La estrategia de Comunicación del Riesgo compromete a los Estados en sus diferentes niveles, vinculando a actores políticos, tomadores de decisión, expertos, personal

asistencial y medios de comunicación, define objetivos, metas y responsabilidades en los diferentes niveles para abordar la emergencia de manera integral y reducir su impacto negativo.

El Boletín BiblioDir (Cuba, 2018) destaca que:

“La comunicación estratégica se aplica fundamentalmente a programas de Salud Pública que están regidos por políticas gubernamentales que tienen como objetivo la promoción y prevención de la salud, por lo cual es relevante en diferentes contextos como: construcción de mensajes de salud, y campañas, propagación de información individual o para la población en general sobre asuntos de salud que son de alto riesgo, imagen de salud, y los elementos de la cultura en los medios, educación de los consumidores sobre cómo tener acceso a sistemas de cuidado de salud y en el desarrollo de aplicaciones tecnológicas levantes para salud pública”.

3.1.1 Modelo Estratégico sectorial. Fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (2017), establece un marco de referencia para las comunicaciones efectivas y define principios de comunicación para la gestión territorial, orientando la toma de decisiones y facilitando el contacto con actores priorizados. Establece seis prácticas a considerar:

1. Accesibilidad: Orientada a definir y optimizar los canales de comunicación, garantizar la disponibilidad de información y generar contenidos a partir de un abordaje diferencial de la población objeto de tal manera que se asegure que las personas con discapacidades puedan encontrar y usar la información.

2. Factibilidad: Diseño de campañas de cambio de comportamiento y fomentar la acción durante una emergencia de salud
3. Credibilidad y Verdad: Garantizar precisión técnica de los datos epidemiológicos, así como de la naturaleza y el alcance de las intervenciones sanitarias.
4. Relevancia: Identificación de las expectativas y necesidades de las audiencias para ser incorporadas en los mensajes.
5. A tiempo: Garantizar generación de información en el momento requerido.
6. Comprensibilidad: Retomar historias de vida y considerar la necesidad de generar mensajes en diferentes idiomas.

La ilustración 5 muestra el Modelo Estratégico Sectorial.



### **Ilustración 5. Modelo Estratégico Sectorial Organización Mundial de la Salud**

Fuente: Marcos estratégicos de comunicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017)

### **3.2 Comunicación del Riesgo y Comunicación de Crisis**

El concepto de crisis está presente en el Modelo de Comunicación del Riesgo, como el momento de mayor interés mediático e impacto social, que puede ser la confirmación

del primer caso, el pico epidemiológico de la enfermedad o la mayor percepción del riesgo, momentos en donde las comunidades enfrentan miedo e incertidumbre.

Sandman (2004) incluye la etapa de crisis en su modelo de percepción del riesgo como el momento de alto peligro e indignación, cuya gestión “ayuda a la audiencia a soportar su temor y desgracia”.

La comunicación de crisis aborda las dinámicas organizacionales con un enfoque reactivo y la Comunicación del Riesgo se asocia a la comunicación gubernamental y se caracteriza por ser proactiva.

A pesar del papel clave que las relaciones públicas desempeñan en la gestión de las crisis, potenciales o reales, no se ha hecho gran esfuerzo para tratar con situaciones críticas de un modo sistemático y previsor. Sólo compañías que tienen una clara vulnerabilidad para la crisis parecen estar preparadas para afrontarlas, mientras las demás adoptan una postura reactiva. Sin embargo, las crisis son un fenómeno que las organizaciones pueden prever y al que se le pueden reducir sus efectos negativos. (Burnett, 1998, pág. 487).

Sin embargo, se pueden identificar puntos de encuentro entre los modelos de gestión. Un primer elemento para considerar es el mantenimiento de relaciones estrechas con los públicos del modelo de relaciones públicas (Marra, 1992) que puede equipararse a los procesos de doble vía empleados en la Comunicación del Riesgo para resolución de conflictos, coordinación institucional, participación social y diálogo social.

Un segundo aspecto se encuentra en las etapas de la gestión; el modelo de crisis evitables y el modelo de crisis no evitables de González Herrero (1998), menciona las fases

de crisis y poscrisis mientras el modelo de las 4R – Orientado a la acción – de Health (1998) establece las etapas de reducción, preparación, respuesta y recuperación; en ambos casos la preparación es clave de las intervenciones y se incluye la evaluación, esto se ve también en las 5 fases del Modelo de Comunicación del Riesgo OPS/OMS: preparación, inicio, control, recuperación y evaluación.

También hay puntos de encuentro en las herramientas de gestión entre las que se cuentan la definición y formación de voceros, el Comité de Crisis, el Manual de Crisis y el foco en el seguimiento informativo.

La pandemia covid 19 ha permitido que expertos en Comunicación organizacional analicen la gestión de las comunicaciones desde la Comunicación de Crisis; pero esta investigación se centra en la Comunicación del Riesgo, buscando comprender la gestión de la comunicación desde las orientaciones sanitarias.

### **3.3 Teoría de la Comunicación del Riesgo.**

Gonzalo & Farré (2011) formulan la Teoría de Comunicación del Riesgo a partir de la evolución conceptual de las teorías de la comunicación y los marcos sociales, político y cultural en los que se desarrollan los procesos de percepción del riesgo. “Prioriza el estudio del riesgo como forma de comunicación, tratando la institucionalización y profesionalización de la comunicación del riesgo, las expectativas de los beneficios y la proliferación de los miedos como mediadores de cambios sociopolíticos de gran alcance”.

Los modelos de Comunicación del Riesgo considerados para la definición de la teoría incluyen la amplificación social del marco de riesgo (Kasperson, y otros, 1988) que analiza como los mensajes en los medios interactúan con procesos culturales, institucionales,



psicológicos y sociales en el comportamiento frente a un riesgo y sentó las bases para la relación entre los medios de comunicación, la percepción del riesgo y el comportamiento de los individuos frente al riesgo. El modelo estratégico de las relaciones públicas de Xifra (2005) orienta la gestión de conflictos potenciales, analizando el rol de las relaciones públicas en la elaboración de políticas públicas e incluyendo métodos y técnicas de investigación prospectiva como *Delphi*, Matriz de Impactos Cruzados MIC y el Método de Escenarios. La Comunicación del Riesgo integradora: gobernanza, destaca la orientación gubernamental en la gestión de los riesgos retomando la cultura y haciendo énfasis en la eficacia, calidad y orientación de la intervención del Estado

### **3.4 Modelos de Comunicación del Riesgo.**

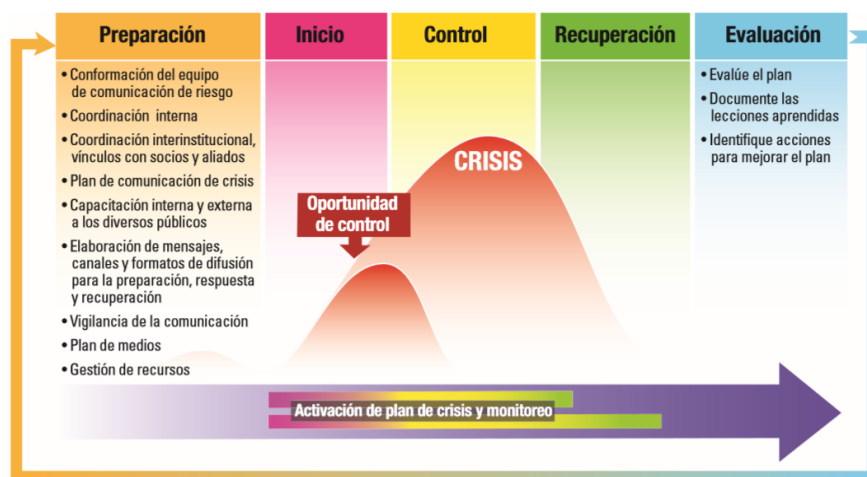
Actualmente se pueden identificar varios modelos de comunicación del riesgo, derivados de análisis académicos y técnicos que aportan elementos para la gestión de emergencias sanitarias entre los que se encuentran el Modelo de Comunicación del Riesgo de OPS/OMS, el Modelo Integral para la Comunicación de Riesgos en situaciones de emergencia, el Modelo de Percepción del Riesgo de Peter Sandman, el modelo de ruido mental, el modelo de dominancia negativa y el modelo para la generación de confianza. Se profundizará en los tres primeros, los cuales han sido retomados en estrategias de Comunicación del Riesgo a nivel mundial.

3.4.1 Modelo de Comunicación del Riesgo OPS/OMS. Destaca cinco (5) principios de la Comunicación del Riesgo: Confianza, anuncio temprano, transparencia, vigilancia de comunicación y planificación.

La planificación estratégica de la Comunicación del Riesgo permite prepararse tanto para la etapa de inicio como de control y recuperación ante eventos adversos a la salud (Brennan & Gutiérrez, 2011), se destaca el papel de los voceros, el uso adecuado de los canales de comunicación y la formulación de los mensajes.

Gutiérrez (2011) establece recomendaciones básicas para integrar la comunicación en los procesos de planificación de la gestión del riesgo orientadas a la identificación de los escenarios probables adversos (a nivel local, regional y nacional), contemplar las redes sociales, medios y canales de comunicación, vigilar las necesidades de información de las comunidades e identificación/capacitación de voceros. La etapa de preparación es un ejercicio de planeación estratégica que incluye generación de capacidades, coordinación interna, relacionamiento con grupos de interés, la definición de mensajes y canales.

La lógica del modelo establece que si existe una gestión efectiva de la Comunicación del Riesgo en las etapas iniciales se abre una ventana de oportunidad para el control y la posterior recuperación. La etapa de evaluación sugiere establecer métricas para identificar aciertos y lecciones aprendidas.



**Ilustración 6. Modelo de Comunicación del Riesgo**

Fuente: OPS/OMS (2011)

Este modelo destaca el rol estratégico de las comunicaciones alineando la respuesta sanitaria y de comunicaciones para lograr un impacto en las reacciones de la ciudadanía.

3.4.2 Modelo Integral Comunicación de Riesgo en Situaciones de Emergencia. Adaptado de la herramienta de evaluación externa del Reglamento Sanitario Internacional RSI de OMS, establece 5 componentes para la gestión integral de las comunicaciones: Sistemas de Comunicación de Riesgo, coordinación de la comunicación interna y con socios, comunicación pública, comunicación, movilización social y participación comunitaria y escuchar con dinamismo y manejo de rumores (Ver ilustración 7).



**Ilustración 7. Modelo integral de Comunicación del Riesgo en situaciones de emergencia**

Fuente: OPS/OMS (2016)

3.4.3 Modelo de Percepción del Riesgo. Fue desarrollado por Peter Sandman (2003) y le otorga a la comunicación la función de construcción de la representación social del riesgo y su anclaje en la sociedad. identifica las relaciones entre el peligro como componente técnico del riesgo y la indignación como efecto de la capacidad de respuesta, la confianza y el temor. “Ambos conceptos están relacionados por el hecho de que la indignación es el

principal factor determinante del peligro percibido. Cuando las personas están alteradas, tienden a pensar que están en peligro, mientras que cuando están tranquilas, son proclives a pensar que están a salvo” (Sandman, 2003, pág. 1)

Diferencia cuatro tipos de comunicación del riesgo en función de la percepción; las relaciones públicas determinadas por peligro alto e indignación baja centradas en el público desinteresado; las relaciones de interesados directos con peligro e indignación moderados basadas en el diálogo interpersonal; la gestión de la indignación con peligro bajo e indignación alta en donde se busca reducir la indignación, y finalmente la comunicación de crisis con peligro e indignación altos donde “algunas de las estrategias claves son evitar la confianza en exceso, compartir los dilemas, mostrar humanidad y empatía, proponer cosas para hacer y reconocer la incertidumbre”. (Sandman, 2003, pág. 2)

### **3.5 Comunicación como recurso para la coordinación institucional.**

La coordinación institucional busca “establecer medios para hacer posible la información recíproca, posibilitar la homogeneidad técnica de determinados criterios y facilitar la acción conjunta de las autoridades estatales y sub-nacionales en el ejercicio de sus respectivas competencias” (Fernández & Martínez, 2020, pág. 1).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE (2020) destaca el desarrollo de medidas para asegurar comunicación eficaz y coherente dentro de las tres iniciativas gubernamentales para los centros de gobierno ante la pandemia covid 19 “Es fundamental en la lucha contra desinformación y desinformación, puede ayudar a alcanzar segmentos de la población y facilitar el diálogo con los ciudadanos para asegurar

que las políticas y los servicios adaptado a sus necesidades y responder a sus expectativas”. (OCDE, 2020, pág. 4)

La coordinación institucional de las comunicaciones cobra interés en la medida en que establece relaciones con otras entidades territoriales y con otros sectores para definir acciones conjuntas, establecer una línea de mensajes y procesos para el flujo de la información. “La Institución Pública podría funcionar informativamente de modo más integrado, generoso y eficiente, si consiguiera establecer una coordinación efectiva...en lo interadministrativo y en lo social” (Usandizaga, 1997, pág. 66).

Su abordaje teórico, retoma la comunicación de dirección propuesta por Van Riel (2012) como forma de comunicación orientada a la planificación, organización, mando, coordinación y control, para transmitir autoridad y lograr cooperación.

### **3.6 Impacto mediático en la percepción del riesgo sanitario.**

Los medios de comunicación son aliados en la gestión de brotes, epidemias y emergencias sanitarias, facilitan la difusión de mensajes clave con recomendaciones técnicas y científicas frente al autocuidado, identificación de signos y síntomas y acceso al sistema de salud, y facilitan el monitoreo de la situación epidemiológica y los avances en investigación. Para Feo Acevedo y Feo Instúriz (2013) son fundamentales para conformar creencias y conductas, e influyen en la salud pública, particularmente en la promoción de valores y conductas de riesgo.

Las audiencias asumen un rol activo en el monitoreo de las emergencias sanitarias y presionan para crear espacios de interlocución con los medios y ejercer un control social frente al flujo de información que conduce a infoxicación y especulación. La versión

oficial de las autoridades de salud se encuentra con opiniones de expertos y especulaciones en las redes sociales, generando alarma y afectando las decisiones de la población frente a conductas para la prevención y tratamiento de la enfermedad, promoviendo la automedicación y colapsando sistemas de salud.

Manuales de voceros han sido producidos por diversos países para orientar el relacionamiento con medios, promover la transparencia y apropiar mensajes claves.

El seguimiento a la información en medios y de rumores cobra importancia en la medida en que afecta la confianza y orientan conductas que aumentan el riesgo.

Toledano y Ardévol-Abreu (2013) examinaron documentos procedentes de organizaciones profesionales, académicas y sociales y organizaron un catálogo de propuestas orientadas a garantizar un adecuado cubrimiento de las catástrofes y crisis humanitarias, donde reconocen la obligación de informar, el respeto por los protagonistas de las historias, destacan su función social e invitan a contrastar fuentes.

La revisión del cubrimiento y tratamiento de información sanitaria en medios desde el *framing* incluye el análisis del contenido *-frame building-* y la relación entre los medios y la opinión pública *-frame-setting*; Idoyaga, y otros (2012) retomaron los *frames* genéricos<sup>6</sup> para la revisión de la influenza A(H1N1) en México.

Más del 50% de los 5.000 artículos publicados en diarios estadounidenses sobre brotes de gripe porcina, ébola y zika entre 2013 y 2018 “se orientaron a las consecuencias sociales de la enfermedad, su efecto en la economía, los políticos y los atletas...uno de

---

<sup>6</sup> Cinco frames genéricos: conflicto, interés humano, atribución de responsabilidad, moralidad y consecuencias económicas (Semetko, 2000).

cada cinco artículos científicos incluyó información práctica para evitar contagios y sólo uno de cada ocho artículos pandémicos incluía dicha información; ninguno de los 120 artículos sociales contenía información práctica” (Taylor, 2018).

3.5.1 Comunicación del Riesgo y Espirales del Miedo. A partir de los enfoques de comunicación política de Razgado; Farré identifica en Comunicación del Riesgo y espirales del Miedo (2005) cuatro enfoques de la Comunicación del Riesgo: el de la influencia (análisis de los efectos), el del contenido, el de la persuasión y el de los actores.

Frente a la influencia de los medios destaca que “la investigación de los efectos de los medios debe considerar la complejidad en la relación entre los efectos propuestos, los efectos posibles, los efectos supuestos y los efectos producidos” (Farré, 2005, pág. 107)

En el enfoque de los actores:

Se aproximan a las potencialidades asociadas con las situaciones de riesgo a partir de una progresiva hibridación de los niveles de comunicación. El nivel micro, intrapersonal o interpersonal se fusiona con los estadios intermedios, nivel intra e intergrupales o nivel de las organizaciones, para imbricarse finalmente con los niveles macrosociales, nivel de la comunicación mediada y de la opinión pública. (Farré, 2005, pág. 109)

Destaca a los medios como recursos para ahuyentar la formación de las espirales del miedo teniendo presente que “las audiencias han integrado el miedo a sus vidas cotidianas y participan de una cultura popular e informativa donde el miedo se convierte en parte del lenguaje”.

## **Capítulo 4**

### **Metodología**

#### **4.1 Enfoque metodológico.**

Investigar la Comunicación del Riesgo requiere de un proceso de interpretación de la realidad que facilite analizar la efectividad de la coordinación institucional de la comunicación y el impacto de la información difundida por medios de comunicación en la percepción del riesgo.

La investigación, basada en la triangulación o complementariedad; parte de un enfoque fenomenológico que facilita la inducción y deducción, a partir de la revisión de principios de la Comunicación del Riesgo como un fenómeno social que determina la relación entre el sujeto y el objeto. Sin embargo, no se cierra a la complementariedad en las técnicas cuantitativas que permite una mirada global.

#### **4.2 Métodos de investigación.**

La investigación retoma el periodo 2014-2019 teniendo en cuenta la epidemia de chikungunya que permitió la formulación de la estrategia de Comunicación del Riesgo aprobada en 2016 y su posterior implementación, apoyándose en información institucional, cuestionarios y monitoreo de medios, a partir de métodos cualitativos.

Inicia con la documentación de los casos de estudio y revisión de acciones de comunicación, como referencia del análisis. La primera parte analiza la coordinación institucional de la comunicación a partir de las etapas del modelo integral para la Comunicación del Riesgo en situaciones de emergencia; definiendo las variables: Sistema



de Comunicación del Riesgo (retoman recomendaciones para la planeación), comunicación y coordinación interna con socios, comunicación pública, comunicación e integración con las comunidades afectadas y escucha dinámica – manejo de rumores. Se incluye la variable comunicación estratégica efectiva y el marco de referencia de OMS.

El análisis de la información en medios incluye la revisión de las emergencias sanitarias con alta sensibilidad del público e interés mediático por año, retoma el registro de vigilancia epidemiológica para la selección de las emergencias sanitarias: chikungunya (2014), zika (2015), microcefalia asociada a zika (2016), chagas agudo importado (2017), sarampión (2018) e Infección Respiratoria Aguda IRA (2019). Finalmente se evalúa la percepción del riesgo desde la información publicada en medios.

### **4.3 Técnicas de recolección de información.**

En la categoría Coordinación Institucional se recupera la lectura (percepción) de actores del sector salud frente a la implementación de la estrategia de Comunicación del Riesgo. A nivel interno se incluye la aplicación de un cuestionario a integrante del equipo de comunicaciones y grupo focal apoyado por la metodología Metaplan<sup>7</sup> con los referentes/profesionales de apoyo de las dimensiones que intervienen en la respuesta sanitaria. A nivel externo se realizan grupos focales con delegados de las Empresas Sociales del Estado E.S.E.S, coordinadores municipales de salud pública y/o sus equipos de comunicaciones.

---

<sup>7</sup> Metodología de diagnóstico y moderación grupal basada en brainstorming, que permite identificar opiniones y generar acuerdos para formulación de objetivos, recomendaciones y planes de acción.

También se incluye la revisión de la estrategia regional de Comunicación del Riesgo e informes de acciones de comunicación generados por el equipo de Información en Salud y Edu-comunicación del Instituto Departamental de Salud, remitidos a través de canales oficiales al Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, entes de control y Asamblea departamental; se incluyen los formatos .doc, .pdf y .ppt. El cruce permite construir un sistema de evaluación para la estrategia para cada emergencia sanitaria.

El análisis de la Categoría Información en Medios de Comunicación se apoya en monitoreo de medios digitales para identificar el periodo de mayor cubrimiento periodístico para cada una y realizar análisis de contenido<sup>8</sup> teniendo en cuenta las variables calidad de información, posicionamiento como fuente, discurso (miedo/alarma) y seguimiento informativo. Los comunicados de prensa emitidos por IDS en el periodo seleccionado se retoman como referencia para la variable posicionamiento como fuente.

La percepción del riesgo retoma las notas periodísticas a partir de las preguntas orientadoras propuestas por OPS para el análisis del zika (2016): familiaridad, comprensión, incertidumbre, control, equidad, beneficios, temor, confianza, reversibilidad, víctimas conocidas y catástrofe – magnitud. La integración de estos instrumentos obedece a elaboración propia atendiendo a la siguiente lógica.

---

<sup>8</sup> “La potencia del AC como herramienta para la obtención de conocimiento radica en su preocupación por la búsqueda de la objetividad, lo que le lleva a hacer un uso intenso de las matemáticas y en concreto de su aparato estadístico... los datos de primer y segundo orden obtenidos mediante técnicas muy definidas como exige el AC, solo serán refutables en términos científicos, es decir en la medida que es discutible la teoría que organiza su producción a partir de un texto” (Álvarez-Peralta, 2012)

#### 4.4 Categorías, variables y dimensiones.

**Tabla 1. Categoría, variables y dimensiones.**

Categoría <sup>9</sup>	Variables	Dimensión	Fuente de información	Técnica recol. información	Instrumento	Producto
Coordinación institucional de la comunicación <sup>10</sup>	Sistemas de Comunicación del Riesgo <sup>11</sup>	Conformación de equipo Comunicación del Riesgo	Estrategia regional de Comunicación del Riesgo	Revisión documental	Formulario.	Diana de evaluación  Mapa de comunicación y gestión del riesgo
		Investigación y análisis del contexto				
		Planificación de la respuesta				
		Evaluación de recursos y capacidades: Inventario de recursos				
		Identificación de públicos	Equipo de comunicaciones IDS			
		Elaboración de mensajes				
		Vigilancia de la Comunicación				
		Capacitación de recursos humanos				
	Planes de respuesta para diferentes eventos de salud					
	Comunicación y coordinación interna con socios	Articulación Institucional: Equipo de respuesta	Equipo de comunicaciones IDS Funcionarios IDS	Cuestionario Grupo focal	Formulario Guía grupo focal	
Articulación sectorial: Autoridades sanitarias locales y regionales		Equipo de comunicaciones IDS  ESES, Coordinadores SP municipios y equipos comunic.	Cuestionario  Grupo focal	Formulario  Guía grupo focal		

<sup>9</sup> La tabla 1 obedece a un esquema de organización propio que busca facilitar la comprensión de la forma como fueron retomados los modelos y recomendaciones OPS/OMS.

<sup>10</sup> Adaptado del Modelo Integral para la Comunicación del Riesgo en Situaciones de Emergencia, (OPS/OMS, 2016).

<sup>11</sup> Adaptado de la etapa de preparación Estrategia de Comunicación del Riesgo, OPS/OMS (Brennan & Gutiérrez, 2011)

		Articulación con otros sectores	Equipo de comunicaciones IDS Informes  Oficial información. OCHA	Cuestionario  Revisión documental  Entrevista semiestructurada	Formulario  Protocolo a. documental  Guía de entrevista
	Comunicación pública	Relacionamiento con medios	Equipo de comunicaciones IDS	Cuestionario de verificación	Formulario
		Difusión apoyada en medios comunitarios			
		Uso de medios digitales			
	Comunicación e integración con las comunidades afectadas	Campañas de sensibilización e información			
		Interacción con comunidades en riesgo			
	Escucha dinámica y manejo de rumores	Monitoreo de medios			
		Monitoreo de redes sociales			
	Comunicación estratégica efectiva <sup>12</sup>	Accesibilidad	Estrategia regional de Comunicación del Riesgo	Análisis documental	Formulario y diana de evaluación
		Accionabilidad			
		Credibilidad y verdad			
		Relevancia	Funcionarios IDS	Grupo focal	Guía de grupo focal
		Oportunidad (A tiempo)	Coordinadores de salud pública municipales, equipos comunic.	Grupo focal	Guía de grupo focal
		Comprensibilidad			

<sup>12</sup> Adaptado de Marcos de referencias para la comunicación estratégica efectiva (OMS, 2017, pág. 10)

Información en medios de comunicación	Calidad información	Registro de casos	Notas periodísticas en medios digitales	Análisis de contenido	Protocolo análisis de contenido	Análisis de resultados
		Informa sobre la enfermedad				
		Informa acciones de prevención				
		Orienta respuesta comunitaria				
	Posicionamiento como fuente	Retoma información oficial				
	Discurso (miedo/alarma)	Lenguaje que genera alarma (crisis, alarma, epidemia)				
Seguimiento informativo	Da continuidad a una nota periodística previa					
Percepción del Riesgo <sup>13</sup>	Familiaridad	Es un riesgo conocido	Revisión documental: Notas periodísticas	Análisis de contenido - percepción del riesgo	Tabla – Check list	Análisis de resultados
	Comprensión	Se comprenden causas de complicaciones				
	Incertidumbre	Temor de contagio en el próximo año				
	Control	Expectativas frente a implementación de medidas de control				
	Equidad	Riesgo de población por condiciones de vida				
	Beneficios	Beneficios percibidos por enfermar				
	Temor	Temor de enfermar				
	Confianza	Autoridades de salud están previniendo				
	Reversibilidad	Percepción de recuperación tras padecer la enfermedad				
	Víctimas conocidas	Casos cercanos				
	Catástrofe - magnitud	Percepción del riesgo de tener una “epidemia” por la enfermedad				

Fuente: Elaboración propia.

<sup>13</sup> Adaptado de Acciones de Comunicación de riesgos y movilización comunitaria con respecto a la infección por el virus del zika (OPS/OMS, 2016)

#### 4.5 *Corpus* documental.

La investigación integra técnicas de recolección de información en documentos.

4.5.1 Categoría Coordinación Institucional de la Comunicación del Riesgo. La información recopilada a través de cuestionarios y grupos focales se compara con los documentos generados por la oficina de Información en Salud y Edu-comunicación del IDS en el marco de las emergencias sanitarias.

**Tabla 2. Corpus documental: Documentos institucionales.**

Cod.	Año	Emergencia sanitaria	Documento	Entidad a la que se reporta
D1			Estrategia regional de Comunicación del Riesgo	Minsalud y municipios
D2	2014	Fiebre chikungunya	Informe acciones comunicación Chikungunya	Minsalud, INS y entes de control
D3	2016	Zika – microcefalia asociada a zika	Informe Estrategia Comunicación del Riesgo (Zika 2015- 2016)	Minsalud, INS y entes de control
D4	2017	Chagas agudo importado	Informe estrategia Comunicación del Riesgo (Chagas agudo importado, 2017)	Minsalud, INS y entes de control
D5	2018	Sarampión	Informe estrategia Comunicación del Riesgo (Sarampión, 2018)	Minsalud, INS y entes de control
D6	2019	IRA	Informe estrategia Comunicación del Riesgo (IRA, 2019)	Minsalud, INS y entes de control

Fuente: Elaboración propia a partir de seguimiento información en salud y edu-comunicación, IDS.

4.5.2 Categorías Información en Medios de Comunicación y Percepción del Riesgo.

**Universo y Unidades de análisis:** Notas periodísticas en prensa digital. Se consideran unidades de análisis a los textos, fotografías, infografías y multimedia. La tabla 3 retoma el *corpus* documental de las notas periodísticas.

Los comunicados de prensa del periodo priorizado son base para la revisión de inclusión de información institucional en las notas periodísticas: 1 para confirmación chikungunya en 2014, 3 para confirmación de zika en 2015, 4 para microcefalia asociada a zika en 2016, 1 para chagas agudo 2017, 4 para sarampión 2018 y 1 para IRA en 2019.

**Tabla 3. Corpus documental: Notas periodísticas.**

Año	Emergencia sanitaria	Criterio priorización	Periodo analizado	Medios				
				Total	Intern.	Nacion.	Otras reg.	Reg.
2014	Fiebre chikungunya <sup>14</sup>	Pico epidemiológico	23.11.2014 – 22.12.2014 semanas 48 a 51	7	-	2	-	5
2015	Virus zika <sup>15</sup>	Confirmación primeros casos	06.11.2015 – 05.12.2015 semanas 44 a 47	7		4	2	1
2016	Microcefalia asociada a zika <sup>16</sup>	Confirmación primer caso	14.04.2016 – 13.05.2016 semanas 15 a 18	13	6	5	1	1
2017	Chagas agudo importado <sup>17</sup>	Fallecimiento de 3 menores, procedentes de Venezuela	17.08.2017 – 16.09.2017 semanas 33 a 36	11	5	4	-	2
2018	Sarampión <sup>18</sup>	Reingreso. Primer caso importado reg.	22.03.2018 – 21.04.2018 semanas 12 a 15	18	3	9	2	4
2019	IRA <sup>19</sup>	Especulación alarma ante 2 pico del año.	11.12.2019 – 10.01.2020 semanas 50 – 2 de 2020	16	2	5	1	8

Fuente: Elaboración propia a partir de monitoreo de medios disponible en *excel* anexo.

#### 4.6 Instrumentos.

La investigación plantea una secuencia para el análisis de cada categoría y su posterior cruce, que permite avanzar paralelamente en la revisión, así se observa en la ilustración 8.

<sup>14</sup> Distribución notas: 2 en medios nacionales: El Espectador (1) y El Tiempo (1) y 5 en medios regionales: Diario La Opinión (3), areacucuta.com (1) y revista Somos (1).

<sup>15</sup> Distribución notas: 4 en medios nacionales Caracol Radio (1), Consultor Salud (1), El Espectador (1) y RCN Radio (1), 2 de otras regiones: U Republicana Radio – Bogotá (1) y Diario del Cauca – Valle (1) y 1 en medio regional: Diario La Opinión (1).

<sup>16</sup> Distribución notas: 6 en internacionales: BBC Mundo (1), El Diario - España (1), Diario Las Américas (1), 90 minutos (1) y PCN Post (1), 5 Nacional: RCN Noticias (2), Confidencial Colombia (1), El Colombiano (1) y Caracol Radio (1); 1 de otras regiones: La Patria – Manizales (1), 1 en regional: Diario La Opinión (1).

<sup>17</sup> Distribuciones notas: 5 en medios internacionales: Diario La Nación – Venezuela (2), El Estímulo – Venezuela (1), Efecto Cocuyo (1); 4 Nacional: Caracol Radio (1), RCN Noticias (1), El Tiempo (1), Opinión y Salud (1) y 2 en medios regionales: Diario La Opinión (2).

<sup>18</sup> Distribución notas: 3 en medios internacionales: CNN en español (1), El Mundo – España (1) y Panam Post (1); 9 en medios nacionales: El Tiempo (1), El Espectador (1), Caracol Radio (1), Pulzo (1), RCN Radio (2), RCN noticias (1), Red Mas (1), W Radio (1); 2 en medios de otras regiones: Extra (1), El Herald – Barranquilla (1) y 4 en medio regional: Diario La Opinión (4).

<sup>19</sup> Distribución notas: 2 en medios internacionales: La Prensa, Venezuela (1) y Globo Visión (1), 5 en medios nacionales: Caracol radio (3), W radio (1) y entornointeligente.com (1) 1 en medios de otras regiones: Vanguardia (1) y 7 en medios regionales: Diario La Opinión (5), Opinión y Salud (1), Canal TRO (1) y Tu Kanal (1)



### **Ilustración 8. Secuencia de la investigación**

Fuente: Elaboración propia.

Los instrumentos utilizados, pueden ser consultados en los anexos 2 - 10, incluyen:

Cuestionario equipo de comunicaciones, guiones metodológicos grupos focales con funcionarios IDS y coordinadores SP, guía de entrevista a profundidad, rejilla de revisión documental y diana de evaluación, protocolos análisis de contenido: Notas periodísticas y análisis de la percepción del riesgo y esquema mapas de comunicación.

#### **4.7 Proceso de análisis de información**

Incluye el cruce de instrumentos a través de tablas *excel*. Para Coordinación Institucional de la Comunicación se comparan los resultados del cuestionario, los grupos focales y la revisión documental en rejilla y el diseño de la diana de evaluación y mapa de gestión de Comunicación de Riesgos; mientras los análisis de contenido de las notas periodísticas y de la percepción del riesgo se apoyan en tablas y gráficas. Las conclusiones y recomendaciones retoman los aprendizajes de la gestión de emergencias sanitarias.



## Capítulo 5

### Estudio de caso: Emergencias Sanitarias en Norte de Santander 2014-2019

Los estudios de caso incluyen la descripción de la emergencia y la gestión de las comunicaciones retomando las etapas del Modelo de Comunicación del Riesgo para establecer la radiografía de cada emergencia a partir de la revisión de documentos oficiales, el consolidado puede ser consultado en el Anexo 15. Estado Comunicación del Riesgo - Revisión documental.

#### 5.1 Fiebre chikungunya, 2014

El 9 de octubre se confirman el primer caso de fiebre chikungunya a partir de muestras remitidas al Laboratorio Nacional de Virología del Instituto Nacional de Salud, la información referenciada por medios durante el año 2014 fortalece la especulación frente al ingreso de la enfermedad al departamento, que presenta el mayor registro a nivel nacional y mantiene un incremento sostenido en el trimestre octubre a diciembre, la especulación en medios gira en torno a las cifras y la atención.

La enfermedad es nueva, lo que genera inquietud en personal médico y asistencial, las capacitaciones se orientan a la identificación de signos, síntomas y tratamiento a partir de la información disponible a nivel mundial. Los centros hospitalarios colapsan por la atención de pacientes, se difunden mensajes orientados a mantener conductas de prevención, identificar síntomas y tratamiento domiciliario. La revisión realizada a consultas médicas permitió concluir que más que seguimiento a la evolución de la enfermedad obedecían a la necesidad de incapacidad médica (expedida

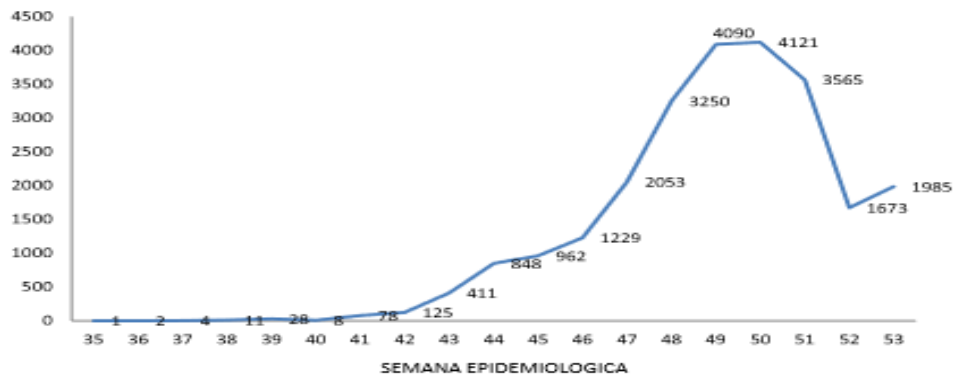
por 1 día) para población económicamente activa y estudiantes, se recomienda a médicos extender las incapacidades y a las comunidades tratar síntomas en casa. La recomendación de NO ingerir alcohol en temporada decembrina generó descontento y aumentó la especulación. Se identifica como hito de la emergencia (Ver ilustración 9), la atención mediática y respuesta sanitaria se dan días anteriores al anuncio. La gestión de las comunicaciones quedó consignada como componente del Plan de Contingencia y contó con acompañamiento virtual de Minsalud que generó batería de mensajes clave utilizados a nivel nacional; vigilancia fue apoyada por INS. Se activó Puesto de Mando Unificado Frontera PMU como mecanismo de articulación y toma de decisión.



**Ilustración 9. Hitos información en medios chikungunya, 2014**

Fuente: Elaboración propia a partir de monitoreo de medios y cruce SIVIGILA 2014

La ilustración 10 evidencia el comportamiento epidemiológico de la enfermedad, que empieza en la región en la semana 35 (agosto 24 al 30), dando un rango de dos meses para preparación de respuesta sanitaria, sin embargo, el tema sólo es informado a comunicaciones para preparar el primer anuncio (confirmación de casos).



**Ilustración 10. Casos chikungunya, NS. Semanas 35 a 53 de 2014**

Fuente: SIVIGILA 2014

Gestión de la Comunicación del Riesgo fiebre chikungunya, 2014.

El interés se centró en mantener a la ciudadanía informada a través de medios de comunicación y difusión de mensajes clave concertados con Minsalud en piezas de comunicación producidas desde el IDS, compartidas a los coordinadores de Salud Pública de los municipios, equipos regionales IDS y difundidas en medios. Tres (3) vallas publicitarias, serie de cuñas radiales, dos (2) comerciales con mensajes clave, adaptación de video informativo con entrevistas a expertos, plegables y volantes distribuidos en zonas de ingreso al país. Se elaboraron cinco (5) comunicados de prensa, un (1) boletín informativo.

No se manejó pauta publicitaria específica, se aprovecharon los contratos con cadenas radiales, emisoras locales y canales de televisión, principalmente ubicados en Cúcuta con cubrimiento limitado, los cuales fueron firmados previamente atendiendo al Plan de Medios Anual (recursos de Salud Pública). Se realizaron alianzas con medios comunitarios. El seguimiento a la situación epidemiológica y de recomendaciones a la ciudadanía se apoyó en *free-press* garantizando entrevistas en radio, prensa y televisión; incluyendo convocatorias a cuatro (4) ruedas de prensa, recorridos por medios y convocatoria a cubrimiento periodístico de entrega de ayudas técnicas a Secretaría de

Salud de Cúcuta y capacitación a Empresas Sociales del Estado E.S.E.S., Empresas Prestadoras de Servicios de Salud EPS y profesionales de la salud.

La respuesta sanitaria se socializó durante la Audiencia Pública de Rendición Pública de Cuentas de la Gobernación con la participación del Gabinete departamental, diputados, alcaldes, universidades, gremios, integrantes de Juntas de Acción Comunal, ediles, líderes comunitarios y comunidad en general, recordando recomendaciones.

La tabla 4 resume las acciones de Comunicación del Riesgo realizadas.

**Tabla 4. Acciones de Comunicación del Riesgo frente a chikungunya, 2014.**

Etapa <sup>20</sup>	Criterio	Acción
Preparación	Conformación del equipo Comunicación del Riesgo	No hay equipo conformado, una profesional (Comunicadora social) se encarga de las comunicaciones de la entidad desde 2012, está vinculada bajo contrato de prestación de servicios y sólo cuenta con un computador, sin programas de edición.
	Coordinación Interna	La respuesta sanitaria es liderada desde la Coordinación de Salud Pública, la dirección asume la vocería. Se realizan mesas de trabajo periódicas en donde participa Información en Salud y Edu-comunicación.
	Coordinación interinstitucional. Vínculos con socios y aliados	Aliados: Equipo de comunicaciones Minsalud y medios de comunicación regionales.
	Plan de Comunicación de Crisis	Componente comunicaciones del Plan de Contingencia de la enfermedad presentado por IDS ante Minsalud. No hay un plan de comunicación de crisis.
	Capacitación interna y externa a diversos públicos.	No se realizan capacitaciones previas, hay desconocimiento generalizado de la enfermedad teniendo en cuenta que es nueva a nivel global y la investigación ha avanzado paralelamente a la respuesta sanitaria.
	Elaboración de mensajes, canales y formatos de difusión para la preparación, respuesta y recuperación.	Minsalud generó piezas de comunicación iniciales (volante y plegable) ¿Qué es el virus chikungunya? ¿Qué hacer si piensa que tiene chikungunya? Identificando signos, síntomas y recomendaciones para prevenir contagio, el IDS retomó los mensajes y produjo sus propias piezas comunicativas.
	Vigilancia de la comunicación	Sólo se contempló un monitoreo informal de medios.
	Plan de medios	Se apoyó en plan de medios definido por la entidad a comienzos de la vigencia. No hubo contratación específica, se requirió garantizar espacios en <i>free-press</i> .

<sup>20</sup> Adaptado del Modelo de Comunicación del Riesgos OPS (2011)

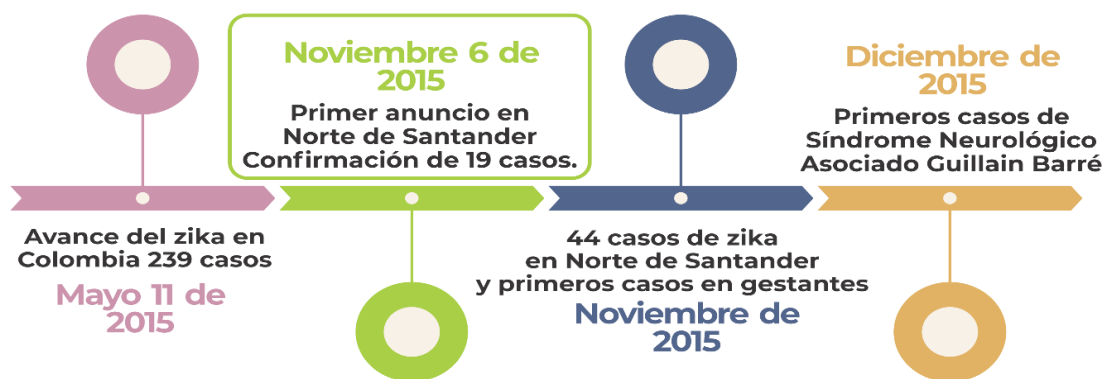
	Gestión de recursos	No se disponen recursos adicionales, la emergencia se gestiona con Sistema General de Participaciones.
Inicio	Primer anuncio	Rueda de prensa, se define vocero oficial (director IDS), lo acompañan la Coordinadora de Salud Pública y la referente de vigilancia epidemiológica. Se realiza capacitación a medios sobre la enfermedad aprovechando la convocatoria
Control	Coordinación interna	Interlocución permanente por el equipo de respuesta (dirección, coordinación Salud Pública, vigilancia epidemiológica y enfermedades transmitidas por vectores. Las acciones de comunicación fueron propuestas desde Información en Salud y Edu-comunicación y aprobadas por la dirección. Dieron prioridad a difusión de la gestión institucional.
	Coordinación interinstitucional, vínculos con socios y aliados	Activación del Puesto de Mando Unificado Frontera PMU incluyendo sesiones de trabajo específicas para seguimiento a la respuesta sanitaria. (Este espacio generalmente aborda temáticas de migración). Minsalud: Se mantiene contacto con equipo de comunicaciones Minsalud. Comunicadores hospitalares: Se establecen contactos iniciales con comunicadores de E.S.E.S Hospital Universitario Erasmo Meoz (Cúcuta y Emiro Quintero Cañizares de Ocaña) Medios comunitarios: Alianza canal comunitario ciudadela Juan Atalaya (video informativo)
	Capacitación	No hay capacitación específica en Comunicación del Riesgos hacia responsable de gestión comunicaciones.
	Públicos	Interno: 500 personas (funcionarios Externo: Minsalud, INS, SuperSalud, entes de control y Asamblea Departamental Medios de comunicación Comunidad en general
	Mensajes	¿Qué es el virus? ¿Cómo prevenirlo? ¿Cuáles son los síntomas? ¿Qué hacer si piensa que tiene chikungunya?
	Recursos	Comunicados de prensa (5), campañas informativas (1), ruedas de prensa (3), recorridos por medios (1), convocatoria a medios para cubrimiento (3).
	Canales	Correos masivos, publicación en página web.
	Productos de comunicación:	Adaptación para la región del video informativo de 9 minutos con entrevistas a médicos y especialistas sobre síntomas y tratamiento Dos comerciales, retomando mensajes claves 3 vallas publicitarias ubicadas en municipios de especial interés. Plegables y volantes alusivos a signos y síntomas distribuidos en zonas de ingreso al país y en apoyo a acciones educativas desarrolladas por el Subgrupo Control de Vectores. Serie de 3 cuñas radiales para dengue y 3 para chikungunya
Recuperación	Vigilancia de la comunicación	Se realizó monitoreo permanente de medios de comunicación. El IDS no contaba con redes sociales para seguimiento a rumores.
Evaluación	Evaluación del plan de Comunicación del Riesgo	Se elaboró informe de las actividades realizadas durante la vigencia, presentado ante Minsalud, entes de control, que fue insumo para la rendición de cuentas. No se realizó un proceso de evaluación del Plan de Contingencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión informe acciones de comunicación chikungunya 2014-2015 IDS.

## 5.2 Virus del zika, 2015

A través de una rueda de prensa, el Instituto Departamental de Salud realiza un primer anuncio el 6 de noviembre, confirmando 19 casos del virus zika. La información posterior se enfoca en el avance del Plan de Contingencia Regional, información epidemiológica y avances en investigaciones frente a la enfermedad, su relación con el Síndrome Neurológico Guillain Barré y la afectación a gestantes. El seguimiento simultáneo de los tres eventos inicia en la semana 44 entre 1 y 7 de noviembre.

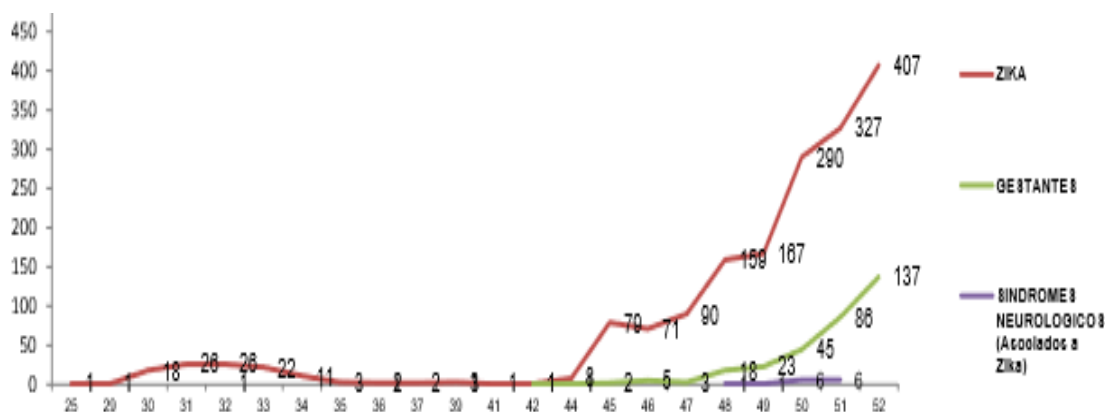
El desconocimiento de la enfermedad y sus efectos neurológicos motivó la especulación, especialmente en el área metropolitana de Cúcuta, asociaciones médicas expidieron pronunciamientos frente la necesidad de fortalecer la investigación científica para el manejo de la enfermedad y sus efectos. La región recibió visitas de misiones de acompañamiento de OPS/OMS. El antecedente de chikungunya llevó a las comunidades a comparar las enfermedades. Se mantiene activo el Puesto de Mando Unificado Frontera en Cúcuta. Avanza la formulación del Plan de Comunicación del Riesgo para zika y se busca articular esfuerzos de comunicación con los municipios. Para el análisis de la vigencia 2015 se prioriza el primer anuncio, como se evidencia en la ilustración 11.



**Ilustración 11. Hitos información referenciada por medios zika, 2015**

Fuente: Elaboración propia a partir de monitoreo de medios y cruce SIVIGILA 2015.

La ilustración 12 evidencia el crecimiento de los casos de la enfermedad de zika desde la semana 44, la confirmación de síndromes neurológicos asociados a zika con 6 casos al finalizar el 2015 y el aumento de casos zika en gestantes.



**Ilustración 12. Casos Zika, gestantes y SN asociado a Zika. Semanas 25-52 de 2015.**  
Fuente: SIVIGILA, 2015

Gestión de la Comunicación del Riesgo zika, 2015.

El Ministerio de Salud diseña y remite piezas comunicativas con información unificada para dengue, chikungunya y zika, el material impreso es entregado a los municipios y hospitales y apoya entrega de información por parte de equipos regionales de enfermedades transmitidas por vectores

IDS retomó los mensajes clave en la campaña regional “Frente contra el zika: Misión control”, los diseños fueron remitidos a los 40 municipios y 16 hospitales que conforman la red pública y privada.

Los dos comunicadores sociales del equipo regional participan en taller nacional de Comunicación del Riesgo convocado por Minsalud con apoyo de OPS/OMS, a partir del taller se toma la decisión de pasar de componente de Plan de Contingencia a Plan de Comunicación del Riesgo con enfoque “todos los riesgos”. Se formula una estrategia de *marketing* electrónico, inicia la difusión de información sanitaria en redes sociales

institucionales (*Facebook, twitter* y canal de *you tube*) y se rediseña la página *web* dando mayor visibilidad a las secciones noticias y campañas, se busca interactuar con usuarios de las redes, pero aún no hay seguimiento a rumores.

La campaña regional incluye serie de 5 cuñas radiales difundidas en medios comerciales de impacto regional y se fortalecen alianzas con medios comunitarios como la Asociación de Radios Amigas Comunitarias RADAR para difusión de información de interés sanitario, el Canal Comunitario Cúcuta TV de la ciudadela Juan Atalaya (Cúcuta) elaboró video informativo.

Se mantienen acciones de *free-press* a través de entrevistas, rondas de medios, ruedas de prensa y *e-mailing* con destino a actores del sector salud, en los 40 municipios y a medios de comunicación. Se emiten tres (3) comunicados de prensa y se comparten las piezas nacionales de comunicación para apoyar difusión. La contratación de pauta publicitaria en cadenas radiales (RCN y Caracol), emisoras (Voz de la Gran Colombia) y canales de televisión (TRO, ATN TV y Tu Kanal TV) se garantiza con recursos de transferencias nacionales de diciembre 2015 a marzo 2016.

La articulación con Secretaría de Salud de Cúcuta, capital del departamento, viabilizó la campaña “Una Cúcuta para grandes cosas previene dengue, chikungunya y zika”, se realizaron “tomas de barrios” con perifoneo y entrega de material impreso priorizando los 10 sectores con mayor registro de casos y actividades culturales con mensajes de salud en cuatro mega-colegios. Las acciones se describen en la tabla 5.



**Tabla 5. Acciones de comunicación del riesgo frente a zika, 2015.**

Etapa	Criterio	Acción
Preparación	Conformación del equipo Comunicación del Riesgo	El IDS cuenta con dos comunicadores sociales vinculados a través de Contrato de Prestación de Servicios. Se cuenta con dos computadores de mesa, cámara fotográfica y grabadora periodística.
	Coordinación Interna	La respuesta sanitaria es liderada desde la Coordinación de Salud Pública, la dirección asume la vocería. Se realizan mesas de trabajo periódicas en donde participa Información en Salud y Educomunicación.
	Coordinación interinstitucional. Vínculos con socios y aliados	Aliados: Equipo de comunicaciones Minsalud. Asesores OPS/OMS que impartieron el taller nacional, comunicadores Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta.
	Plan de Comunicación de Crisis	Plan de acción para el componente comunicaciones del Plan de Contingencia Regional.
	Capacitación interna y externa a diversos públicos.	No se incluye capacitación.
	Elaboración de mensajes, canales y formatos de difusión para la preparación, respuesta y recuperación.	Minsalud prioriza la diferenciación de las enfermedades dengue, chikungunya y zika transmitidas por el mismo vector y genera piezas de comunicación iniciales (video, <i>flyers</i> , volantes y plegables) ¿Qué es? ¿Cómo se transmite? ¿Cómo prevenirlo? ¿Cuáles son los síntomas? ¿Qué hacer en caso de enfermar?, el IDS retomó los mensajes y produjo sus propias piezas comunicativas.
	Vigilancia de la comunicación	Realiza monitoreo diario de medios.
	Plan de medios	Se busca garantizar pauta en cadenas radiales y canales de televisión.
	Gestión de recursos	Gestión de recursos transferencias nacionales destinados para campañas educativas Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV..
Inicio	Primer anuncio	Rueda de prensa, el director IDS se mantiene como vocero oficial, lo acompaña médico epidemiólogo. Se realiza capacitación a medios sobre la enfermedad aprovechando la convocatoria
Control	Coordinación interna	La dirección autoriza la formulación del Plan de Comunicación del Riesgo ante zika retomando actividades definidas para el componente comunicaciones del Plan de Contingencia, a partir de la confirmación de casos. Se mantiene comunicación con el equipo de respuesta (dirección, coordinación Salud Pública, vigilancia epidemiológica y enfermedades transmitidas por vectores).
	Coordinación interinstitucional, vínculos con socios y aliados	Activación del Puesto de Mando Unificado Frontera PMU incluyendo sesiones de trabajo específicas para seguimiento a la respuesta sanitaria. (Este espacio generalmente aborda temáticas de migración). Minsalud: Se mantiene contacto con equipo de comunicaciones Minsalud. Comunicadores hospitalares: Intercambio de información. Medios de comunicación: <i>Free-press</i> y alianzas para realizar entrevistas especializadas y cubrimiento periodístico Medios comunitarios: alianza canal comunitario ciudadela Juan Atalaya (video informativo)

	Capacitación	Minsalud convocó a los dos comunicadores del equipo a taller nacional de Comunicación del Riesgo en Bogotá con asesoría de OPS/OMS.
	Públicos	Interno: 500 personas Externo: Minsalud, INS, SuperSalud y capacitadora OPS/OMS Entes de control y Asamblea Departamental 16 empresas Sociales del Estado ESES 40 municipios: Alcalde y equipo local salud pública. Medios de comunicación Comunidad en general
	Mensajes	Retoman la batería de mensajes elaborados por Minsalud y los adaptan en la campaña “Frente contra el zika: Misión control” ¿Qué es el virus? ¿Cómo prevenirlo? ¿Cuáles son los síntomas? ¿Qué hacer si piensa que tiene zika?
	Recursos	Comunicados de prensa (3), campañas informativas (3) 1 nacional, 1 regional y 1 local, ruedas de prensa (1), recorridos por medios (1).
	Canales	Correos masivos. Estrategia de marketing digital: Rediseño de página web, habilitación de cuentas en redes sociales: <i>Facebook</i> , <i>twitter</i> y canal de <i>you tube</i> .
	Productos de comunicación:	Campaña regional: Comercial tv, cuñas radiales y diseños plegables. Articulación con Secretaría de Salud de Cúcuta: Campaña Una Cúcuta para grandes cosas previene el dengue, chikungunya y zika: volantes, plegables, adhesivos para vehículos de transporte, afiches, pasacalles, pendones, comercial tv y culas radiales 30”.
Recuperación	Vigilancia de la comunicación	Se realizó monitoreo permanente de medios de comunicación. Inicia la interacción con usuarios de redes sociales, pero aún no se realiza seguimiento a rumores.
Evaluación	Evaluación del plan de Comunicación del Riesgo	Se elaboró informe de las actividades realizadas durante la vigencia. No se realizó un proceso de evaluación del Plan de Contingencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión informe acciones de comunicación zika 2015, IDS.

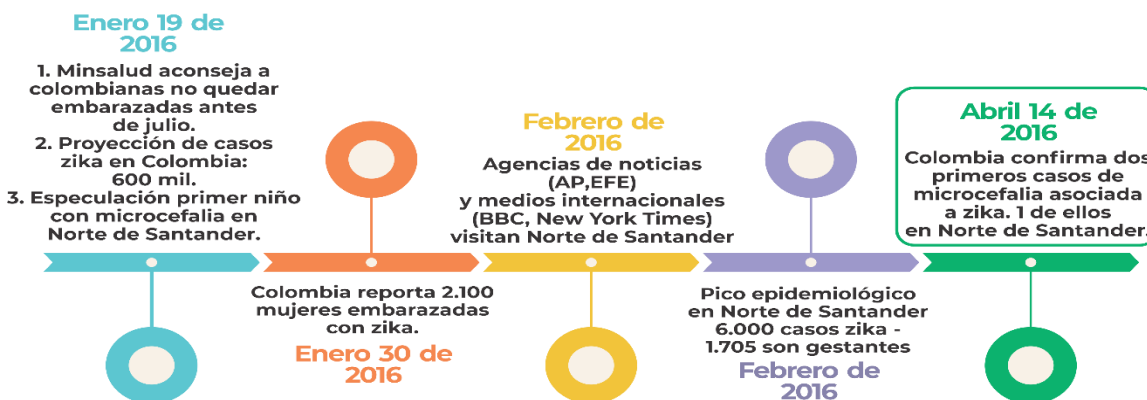
### 5.3 Microcefalia asociada a zika, 2016

Los efectos del zika en gestantes y el Síndrome Neurológico Asociado a zika – *Guillain Barré* centraron la atención de los medios de comunicación durante 2016, MinSalud emitió orientaciones en enero para fortalecer la prevención y orientar frente a la posibilidad de microcefalia en hijos de madres con zika, recomendó evitar embarazos antes de julio. El anuncio de la alerta fue realizado en Cúcuta por el viceministro de salud pública y prestación de servicios durante la sexta parada de la “Vuelta a Colombia control al zika”.

Iniciaron especulaciones con relación a posibles casos de microcefalia asociada a zika en Norte de Santander, sin embargo, la confirmación se da sólo hasta abril de 2016, el primer anuncio es direccionado por el grupo de Comunicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, se decide no generar información regional para reducir el interés mediático. Las comunidades aprendieron a vivir con la enfermedad manteniendo conductas de prevención como la eliminación de inservibles, el uso de toldillos y repelentes, en las farmacias escasearon medicamentos utilizados para control de brotes.

Se difundieron versiones encontradas de neurólogos, generando incertidumbre. El IDS acercó a expertos a medios para dar contexto científico. Inició estudio que vincula a hijos de gestantes con zika, que se mantiene por varios años. El impacto del zika en la región llama la atención de medios internacionales y agencias de noticias, se realizó acompañamiento a corresponsales internacionales, el mes de mayor interés de medios internacionales es abril, pero el registro periodístico se mantiene durante todo el año. El Puesto de Mando Unificado PMU frontera como sala de crisis realizó seguimiento.

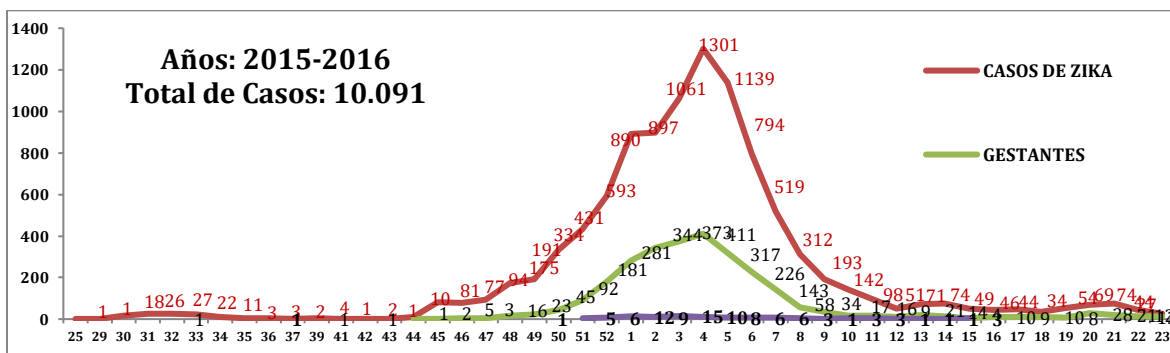
En la cuarta semana epidemiológica se registra pico para zika con 1.271 casos, posteriormente se reduce de manera sostenida, las notas periodísticas retoman los efectos. La investigación prioriza la confirmación de dos primeros casos de microcefalia asociada a zika, uno de ellos en Norte de Santander, como se explica en la ilustración 12.



**Ilustración 13. Hitos información en medios microcefalia asociada a zika, 2016**

Fuente: Elaboración propia a partir de monitoreo de medios y cruce SIVIGILA 2016.

La ilustración 14 evidencia el pico epidemiológico de zika registrado durante el mes de febrero de 2016, el interés se centra en los efectos neurológicos como síndrome neurológico asociado a zika – *Guillain Barré* y microcefalia en hijos de mujeres que contrajeron la enfermedad. Delegaciones de investigadores (médicos y epidemiólogos) están atentos a la evolución de la situación en la región.



**Ilustración 14. Casos de Zika Norte de Santander.**

Fuente: SIVIGILA, 2016

Gestión de la Comunicación del Riesgo microcefalia asociada a zika, 2016.

Se emitieron 23 comunicados de prensa utilizando correos masivos, se fortaleció la presencia digital del IDS con publicaciones en redes y promoviendo la interacción con seguidores, inicia seguimiento a rumores. La articulación con programa Comunicación

Social de Universidad de Pamplona desarrolló la campaña “*Aedes conmigo no puedes*”<sup>61</sup> permitió la producción de afiches, volantes, plegables, adhesivos, rompe tráfico, pasacalles, historietas para colorear y canción de *rap*.

El equipo de comunicaciones acompañó a la delegación OPS/OMS y Minsalud para el registro de acciones de promoción, prevención, control y comunicación del riesgo; la asesora OPS/OMS revisó el Plan de Comunicación del Riesgo elaborado para Zika y entregó recomendaciones para transformarlo en estrategia, la cual fue aprobada en 2016.

Medios internacionales y nacionales cubrieron los efectos de la enfermedad en gestantes y pacientes *Guillain Barré*, con las siguientes notas difundidas:

**Tabla 6. Cubrimiento periodístico internacional de *Guillain Barré* y microcefalia.**

Medio	País	Temática abordada
<i>News Journalism</i>	Estados Unidos	Notas Zika Gestantes y <i>Guillain Barré</i>
<i>The New York Times</i> (Versión impresa y web)	Estados Unidos	Informe Especial zona frontera Colombia – Venezuela.
<i>BBC Programa News Night</i>	Londres	Informe especial para televisión: <i>Guillain Barré</i> (Casos, fumigaciones y movilización)
<i>Associated Press AP</i>	México – USA	Informe especial para agencia de noticias, radio, prensa y tv: Movilización, fumigación, gestantes.
Radio Nacional Pública NRA	Estados Unidos	Informe especial para radio: <i>Guillain Barré</i> y Gestantes.
<i>Sveriges Radio</i>	Suecia	Seguimiento Zika y efectos neurológicos

Fuente: Elaboración propia a partir de monitoreo.

La tabla 7 relaciona la gestión de Comunicación del Riesgo adelantada.

**Tabla 7. Acciones de comunicación del riesgo frente a microcefalia asociada a Zika, 2016.**

Etapa	Criterio	Acción
Preparación	Conformación del equipo Comunicación del Riesgo	Se amplía a 4 personas el equipo de Comunicación del Riesgo con la vinculación de dos pasantes de la Universidad de Pamplona para apoyar producción audiovisual y redes sociales.
	Coordinación Interna	Se mantiene alineación entre comunicaciones y la respuesta sanitaria a través de mesas de trabajo periódicas en donde participa Información en Salud y Edu-comunicación.

	Coordinación interinstitucional. Vínculos con socios y aliados	Aliados: Equipo de comunicaciones Minsalud Asesora OPS/OMS Universidad de Pamplona, programa Comunicación Social Medios de comunicación regionales. (comerciales y comunitarios)
	Plan de Comunicación de Crisis	Revisión Plan de Comunicación del Riesgos frente a zika viabiliza ajustes para llevarlo a estrategia regional bajo enfoque “ <i>Todos los riesgos</i> ”.
	Capacitación interna y externa a diversos públicos.	Por iniciativa del equipo se descarga material informativo de OPS/OMS sobre Comunicación del Riesgo y se socializa a nivel interno.
	Elaboración de mensajes, canales y formatos de difusión para la preparación, respuesta y recuperación.	Se mantienen los mensajes claves definidos en 2015 para zika, la información frente a <i>Guillain Barré</i> y microcefalia asociada a zika no se lleva a campaña, teniendo en cuenta que derivan de la misma enfermedad, por eso se insiste en la prevención, diagnóstico y manejo de zika.
	Vigilancia de la comunicación	Monitoreo a notas internacionales y nacionales, se mantiene monitoreo diario a nivel regional de noticieros radiales, televisión y redes..
	Plan de Medios	Los espacios en cadenas radiales y televisión contratados en diciembre 2015 se mantuvieron hasta marzo de 2016, posteriormente se apoyó la difusión en el Plan de Medios de Salud Pública y se gestionaron espacios en <i>free-press</i> .
	Gestión de recursos	Recursos adicionales girados a <i>Enfermedades transmitidas por vectores</i> permitieron la impresión de material de la campaña <i>Aedes conmigo no puedes</i> , utilizada como apoyo para actividades educativas e informativas adelantadas por los técnicos ETV.
Inicio	Primer anuncio	Fue realizado por el viceministro de Salud Pública en rueda de prensa durante la Vuelta a Colombia control al zika y gestionado por el equipo comunicaciones Minsalud.
Control	Coordinación interna	La Estrategia de Comunicación del Riesgo fue aprobada por Dirección. Se incluye interlocución con el equipo de respuesta (dirección, coordinación Salud Pública, vigilancia epidemiológica y enfermedades transmitidas por vectores).
	Coordinación interinstitucional, vínculos con socios y aliados	PMU Frontera abordó la temática. OPS/OMS: Asesoría técnica para ajuste de la Estrategia de Comunicación del Riesgo Minsalud: Acciones conjuntas en región (evento vuelta a Colombia control al zika, difusión de campañas y entrega de material generado por Minsalud).. Comunicadores hospitales: Envío de información (comunicados, campaña, atención de consultas) Medios comunitarios: RADAR – 26 emisoras comunitarias
	Capacitación	Las orientaciones y material de apoyo entregados por la asesora OPS/OMS fueron compartidas con el equipo, serán socializadas ante coordinadores municipales de salud pública en asistencia técnica durante los primeros meses del año
	Públicos	Interno: 500 personas (funcionarios Externo: Asesora Comunicación del Riesgo OPS/OMS y equipo misión de acompañamiento

		Minsalud, INS, SuperSalud Entes de control y Asamblea Departamental Líderes de opinión Asociaciones médicas y sindicatos sector salud Alcaldías: 40 municipios (Alcalde, Coordinador-a de Salud Pública y equipo de apoyo. Medios de comunicación Comunidad en general
	Mensajes	<i>Gánale la batalla al aedes</i> , recomendaciones prevención (eliminación de criaderos)
	Recursos	Comunicados de prensa (23), campañas informativas (1) campaña regional articulada con Universidad de Pamplona. La estrategia fue presentada ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.
	Canales	Correos masivos, publicación en página web y en redes sociales.
	Productos de comunicación:	Desarrollo de personaje Superhéroe <i>Moskimen</i> Material pedagógico: Historieta para colorear y canción de rap. Material informativo: Rompe-tráfico, pasacalles, <i>flyers</i> , volantes y adhesivos.
Recuperación	Vigilancia de la comunicación	Se realizó monitoreo permanente de medios de comunicación regionales y se incluyeron los medios internacionales que registraron la situación en la región. Se buscó fortalecer el seguimiento a rumores desde la interacción en redes.
Evaluación	Evaluación del plan de Comunicación del Riesgo	El informe de las actividades 2015-2016 fue presentado ante Minsalud, entes de control y Asamblea. No se realizó evaluación

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión informe acciones de comunicación zika 2015-2016, IDS.

#### 5.4 Chagas agudo importado, 2017

El 16 de septiembre de 2017 el Instituto Departamental de Salud confirma el seguimiento a los casos de chagas agudo importado, el interés mediático se centra en el anuncio del fallecimiento de tres menores procedentes de Venezuela, un comunicado remitido por el Instituto Departamental de Salud se convierte en fuente de medios internacionales y nacionales. Se buscó articular entre autoridades sanitarias de Norte de Santander (Colombia) y Táriba (Venezuela), pero la confirmación por laboratorio en Colombia no fue reconocida por expertos venezolanos.

Se fortalecieron medidas preventivas y de control del chagas en zonas rurales, 64 especialmente en la región del Catatumbo. El interés mediático se dio entre el 17 y 22 de septiembre, posterior a esta fecha no fue retomado. Así se muestra en la ilustración 15.



**Ilustración 15. Hitos información en medios chagas agudo importado, 2017.**

Fuente: Elaboración propia a partir de monitoreo de medios.

La tabla 8 evidencia que a pesar de que se trata de un caso importado, la enfermedad está presente en zonas rurales y dispersas del departamento.

**Tabla 8. Registros depurados chagas, NS semanas 01-52, 2017**

Variables	Casos Chagas
Total registros SiviGila	37
Repetidos	2
Descartados	1
Error de digitación	1
Casos de otro departamento	1
casos de Venezuela	5
Total de casos registros retirados	10
Porcentaje registros retirados	27%
Registros utilizados	27
Porcentaje registros utilizados	73%

Fuente: SIVIGILA, 2017

Gestión de la Comunicación del Riesgo chagas agudo importado, 2017.

El fallecimiento de los niños se tomó como un primer anuncio en la región, fue convocada rueda de prensa en donde el director IDS como vocero fue acompañado por la Coordinación de Salud Pública y la referente del laboratorio departamental. La nota también fue difundida por el programa Institucional de la Gobernación en el canal



Televisión Regional del Oriente TRO. Se realizó monitoreo de medios para garantizar <sup>62</sup> seguimiento a las versiones difundidas por los medios venezolanos y se generaron piezas informativas incluyendo la actualización de una valla en Tibú y la impresión de afiches y adhesivos para visitas domiciliarias y entrega de información. (Ver tabla 9)

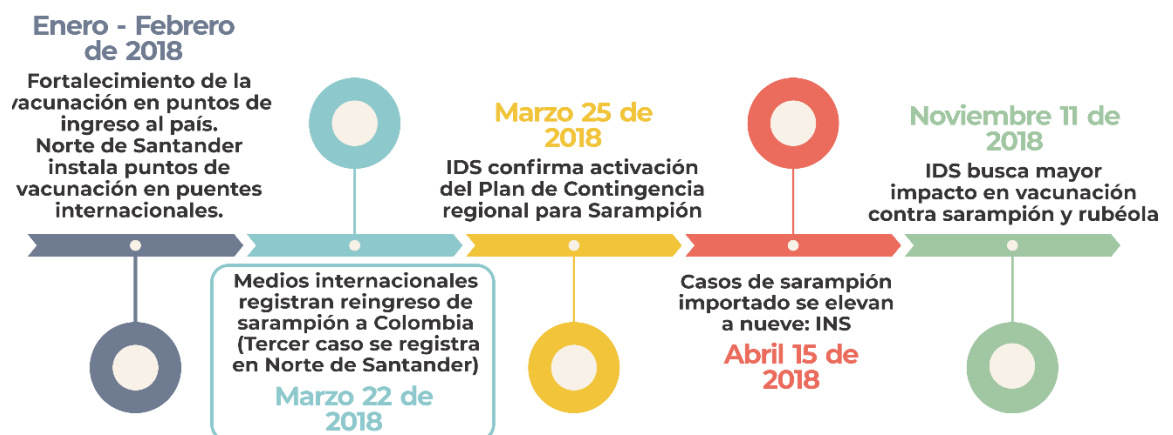
**Tabla 9. Acciones de Comunicación del Riesgo frente a chagas agudo importado, 2017.**

<b>Etapa</b>	<b>Criterio</b>	<b>Acción</b>
Preparación	Conformación del equipo Comunicación del Riesgo	Se amplía a tres los profesionales en comunicación vinculados a través de contratos de prestación de servicios y se mantienen los dos pasantes de la Universidad de Pamplona para apoyar cubrimiento periodístico y redes sociales.
	Coordinación Interna	Se mantiene alineación entre comunicaciones y la respuesta sanitaria a través de mesas de trabajo periódicas en donde participa Información en Salud y Edu-comunicación.
	Coordinación interinstitucional. Vínculos con socios y aliados	Aliados: Equipo de comunicaciones Minsalud Universidad de Pamplona, Programa Comunicación Social Medios de comunicación regionales. (comerciales y comunitarios)
	Plan de Comunicación de Crisis	Estrategia regional de Comunicación del Riesgo en implementación.
	Capacitación interna y externa a diversos públicos.	La asistencia técnica a municipios incluyó socialización de Comunicación del Riesgo, se realiza por regionales con participación de coordinadores municipales de Salud Pública.
	Elaboración de mensajes, canales y formatos de difusión para la preparación, respuesta y recuperación.	Los mensajes de prevención se enfocan a conductas de limpieza de la vivienda y protección de zonas susceptibles de ser picadas, los mensajes se dirigen especialmente a zonas rurales y dispersas de municipios de la región del Catatumbo por sus condiciones climáticas (calor) y los materiales de viviendas.
	Vigilancia de la comunicación	Monitoreo de medios, sin embargo, no hay documentación de esta enfermedad más allá de recomendaciones para la prevención.
	Plan de Medios	El Plan de Medios de salud pública destina recursos para pautas en radio y televisión regional.
	Gestión de recursos	No hay recursos adicionales a los definidos anualmente por Sistema General de Participaciones, las piezas comunicativas se diseñan desde comunicaciones y se imprimen con recursos de ETV.
Inicio	Primer anuncio	Rueda de prensa convocada por el director del IDS, en compañía de la Coordinadora de Salud Pública y la referente del laboratorio departamental.
	Coordinación interna	La Estrategia de Comunicación del Riesgo mantiene la participación de comunicaciones en mesas de trabajo de seguimiento a brotes, epidemias y emergencias sanitarias que lo requieran.
	Coordinación interinstitucional,	Minsalud: Información y recomendaciones generales.

Control	vínculos con socios y aliados	
	Capacitación	No se incluyó
	Públicos	Interno: 500 personas (funcionarios Externo: Minsalud, INS, SuperSalud Alcaldías: 40 municipios (Alcalde, Coordinador-a de Salud Pública Medios de comunicación internacionales, nacionales y regionales Comunidad en general
	Mensajes	¿Qué es la enfermedad de chagas? ¿Cómo se previene? Recomendaciones
	Recursos	Comunicado de prensa (1), campañas informativas (1).
	Canales	Correos masivos, publicación en página <i>web</i> y en redes sociales.
	Productos de comunicación:	Valla, volantes y adhesivos para entrega en zonas de alto riesgo.
Recuperación	Vigilancia de la comunicación	Monitoreo de medios y seguimiento a comentarios en redes sociales.
Evaluación	Evaluación del Plan de Comunicación del Riesgo	No se realizó un proceso de evaluación

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión informe acciones de comunicación chagas agudo importado 2017, IDS.

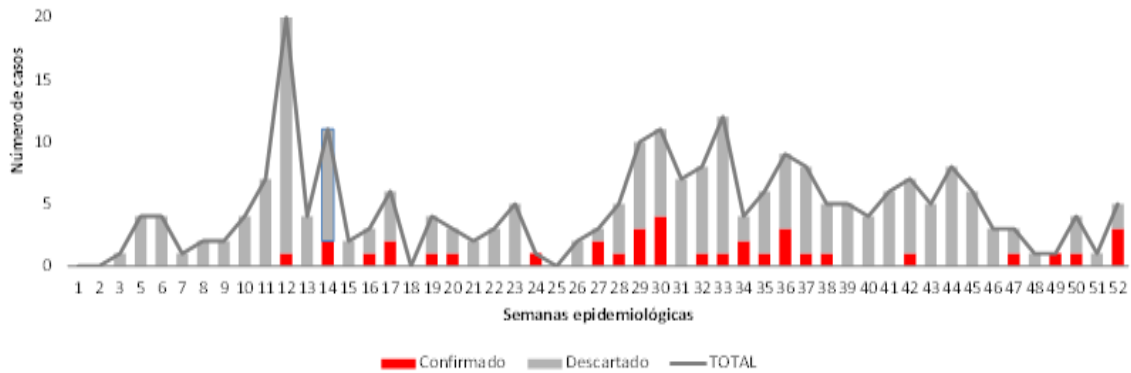
A comienzos de 2018 Colombia avanza en la certificación de pos-eliminación de sarampión, rubeola y rubeola congénita; ante el incremento de los flujos migratorios mixtos provenientes de Venezuela Norte de Santander intensifica la vacunación de población extranjera habilitando puntos de vacunación en los Puentes Internacionales Simón Bolívar y Francisco de Paula Santander buscando frenar el reingreso de la enfermedad, que se confirma el 22 de marzo de 2018. La comunicación generada desde el IDS se centra en la implementación del Plan de Contingencia regional que establece el fortalecimiento de la vacunación. La población infantil en Colombia en su mayoría está inmunizada (garantizado por el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI) pero existe el riesgo por esquemas incompletos o migración. Teniendo en cuenta que los dos primeros casos ingresaron por Norte de Santander se intensifican las jornadas en puntos de ingreso como los puentes internacionales. PMU Frontera analiza el tema atendiendo a su relación con migración. Se prioriza como hito la confirmación del primer caso en Norte de Santander, tercero a nivel nacional (Ver ilustración 16).



**Ilustración 16. Hitos información referenciada por medios sarampión, 2018.**

Fuente: Elaboración propia a partir de monitoreo de medios y cruce SIVIGILA 2018.

La ilustración 17 muestra la notificación de casos sospechosos de sarampión en 64 Norte de Santander, se observa pico en las semanas 11 y 12 (marzo).



**Ilustración 17. Notificación de casos sospechosos de sarampión NS, 2018.**

Fuente; SIVIGILA, IDS Norte de Santander, 2018

Gestión de la Comunicación del Riesgo sarampión, 2018.

La confirmación de reingreso se hizo a través de comunicado de prensa apoyado por declaraciones en video del vocero IDS (Director), posteriormente se convoca a rueda de prensa para anunciar fortalecimiento de la vacunación en los 11 municipios de la región del Catatumbo, con alto riesgo para la enfermedad, durante la rueda de prensa se socializan aspectos claves de la enfermedad ante los periodistas asistentes. Los mensajes priorizan la vacunación en puntos de ingreso al país como los puentes internacionales, por tanto, se desplazan unidades móviles de vacunación, actividad con cubrimiento periodístico desde el puente. Para las jornadas departamentales de vacunación se generan piezas gráficas y cuñas radiales promoviendo vacunación gratuita en los centros de salud de la red pública. Los comunicados de prensa y piezas de la campaña se difunden a través de correos masivos y redes sociales, *WhatsApp* se utiliza para apoyar difusión en grupos cerrados y seguimiento a rumores.

La tabla 10 resume la gestión de la comunicación del riesgo frente a sarampión.

**Tabla 10. Acciones de Comunicación del Riesgo frente a sarampión, 2018.**

Etapa	Criterio	Acción
Preparación	Conformación del equipo Comunicación del Riesgo	Dos profesionales son vinculadas al equipo de Información en Salud y Edu-comunicación para la vigencia a través de contratos de prestación de servicios y se mantienen los dos pasantes de la Universidad de Pamplona para apoyar cubrimiento periodístico, redes sociales y producción audiovisual
	Coordinación Interna	El equipo de comunicaciones acompaña espacios de articulación convocados desde el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
	Coordinación interinstitucional. Vínculos con socios y aliados	Aliados: Equipo de comunicaciones Minsalud Universidad de Pamplona, Programa Comunicación Social Medios de comunicación regionales. (comerciales y comunitarios)
	Plan de Comunicación de Crisis	Estrategia regional de Comunicación del Riesgo en implementación.
	Capacitación interna y externa a diversos públicos.	La asistencia técnica a municipios incluyó socialización de Comunicación del Riesgo, se realiza por regionales con participación de coordinadores municipales de Salud Pública.
	Elaboración de mensajes, canales y formatos de difusión para la preparación, respuesta y recuperación.	Los mensajes incluyen la priorización de los municipios del Catatumbo para vacunación, se dispone de todos los biológicos del PAI. No se producen piezas específicas para promover la vacunación de población venezolana buscando evitar estigma, discriminación y/o xenofobia, en su lugar se recuerda la importancia de vacunar a los niños menores de 5 años en los puestos de salud.
	Vigilancia de la comunicación	Monitoreo de medios.
	Plan de Medios	El Plan de Medios de salud pública destina recursos para pautas en radio y televisión regional.
	Gestión de recursos	No hay recursos adicionales a los definidos anualmente por Sistema General de Participaciones.
Inicio	Primer anuncio	Comunicado de prensa apoyado por entrevista en video, posteriormente se realiza rueda de prensa convocada por el Director del IDS, en compañía de la Coordinadora de Salud Pública
Control	Coordinación interna	La Estrategia de Comunicación del Riesgo mantiene la participación de comunicaciones en mesas de trabajo de seguimiento a brotes, epidemias y emergencias sanitarias que lo requieran.
	Coordinación interinstitucional, vínculos con socios y aliados	PMU Frontera realiza seguimiento atendiendo a las implicaciones del contexto migratorio. Minsalud: Información y recomendaciones generales.
	Capacitación	No se incluyó
	Públicos	Interno: 500 personas (funcionarios Externo: Minsalud, INS, SuperSalud Alcaldías: 40 municipios (Alcalde, Coordinador-a de Salud Pública y equipo de apoyo. Medios de comunicación Migrantes con niños menores de 5 años. Comunidad en general

	Mensajes	Vacunas dosis de vida, son gratuitas, están disponibles todos los días en los centros de salud.
	Recursos	Comunicados de prensa (4), campañas informativas (1), piezas específicas difusión intensificación de la vacunación (3).
	Canales	Correos masivos, publicación en página <i>web</i> y en redes sociales.
	Productos de comunicación:	Piezas para redes sociales y cuñas radiales.
Recuperación	Vigilancia de la comunicación	Monitoreo de medios y seguimiento a comentarios en redes sociales y grupos WhatsApp.
Evaluación	Evaluación del Plan de Comunicación del Riesgo	No se realizó un proceso de evaluación

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión documental 2018, IDS.

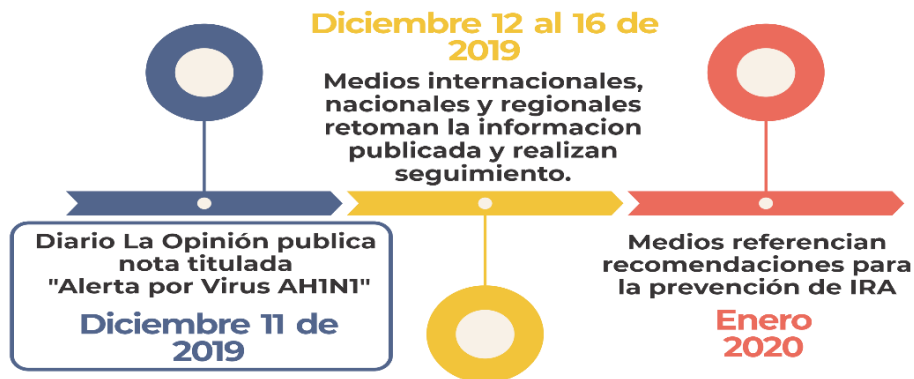
### 5.6 Infección Respiratoria Aguda IRA, 2019

En diciembre de 2019, durante el segundo pico epidemiológico de Infección Respiratoria Aguda IRA, información en medios de comunicación generó alarma ante un posible brote de la enfermedad, presente en Norte de Santander desde 2013 (ingreso confirmado por INS ante pruebas del laboratorio nacional a tres casos sospechosos) con alto registro especialmente en área metropolitana y regional suroccidental (Pamplona).

La atención mediática volvió en abril de 2018 con la confirmación de un caso (funcionario del CTI – Fiscalía) que se filtró a medios y llevó al IDS a confirmarlo a través de comunicado de prensa y el posterior fallecimiento de un médico y propietario de IPS y su esposa en el municipio de Los Patios (Área Metropolitana), generando alarma y especulación; Minsalud e INS estuvieron atentos a la evolución de la emergencia, realizando seguimiento epidemiológico a Infección Respiratoria Aguda IRA.

El caso en 2019 recordó a las comunidades la situación de alarma vivida y motivó consultas médicas ante enfermedades respiratorias que afectaron la capacidad de respuesta del sector; la población utilizó tapabocas en sitios públicos como centros

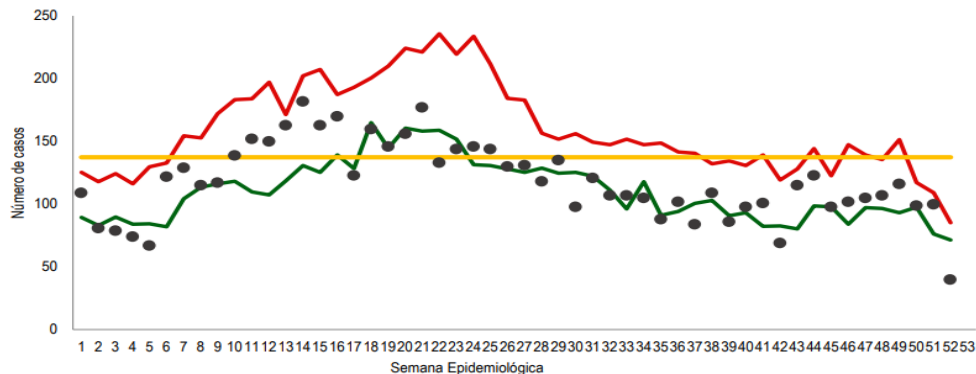
comerciales y zonas de aglomeraciones durante dos días, aunque se insistía en que no era necesario. La crisis se gestionó centrando la atención en la recurrencia de enfermedades respiratorias en la región en esa época del año, anuncios sobre temas de orden público en la región del Catatumbo ayudaron a la dispersión del interés mediático y la atención ciudadana se dispersó. Se prioriza como hito el segundo pico epidemiológico del año, como se observa en la ilustración 18.



**Ilustración 18. Hitos información referenciada por medios IRA, 2019.**

Fuente: Elaboración propia a partir de monitoreo de medios y cruce SIVIGILA 2019.

La ilustración 19 evidencia el comportamiento nacional de enfermedad similar a la influenza e Infección Respiratoria Aguda en Colombia, demostrando que fue más fuerte el primer pico del año registrado entre las semanas 19 y 24.



**Ilustración 19. Canal endémico de enfermedad similar a la influenza e IRA en Colombia. Semanas 01-52 entre 2012 y 2019.**

Fuente: SIVIGILA, INS Colombia, 2019

El comunicado de prensa que desmiente la versión inicial de medios es difundido ampliamente, se garantiza monitoreo de medios y seguimiento a rumores. La respuesta sanitaria se mantiene alineada con comunicación, el mensaje clave priorizado “segundo pico epidemiológico del año” logró bajar la especulación. La tabla 11 resume la gestión.

**Tabla 11. Acciones de Comunicación del Riesgo frente a IRA, 2019.**

Etapa	Criterio	Acción
Preparación	Conformación del equipo Comunicación del Riesgo	Se mantienen dos profesionales vinculados a través de contratos de prestación de servicios y una pasante de la Universidad de Pamplona para apoyar cubrimiento periodístico y redes sociales.
	Coordinación Interna	Comunicaciones participa en espacios de definición de actividades para respuesta sanitaria y mantiene comunicación con el equipo de Salud Pública, especialmente con vigilancia epidemiológica
	Coordinación interinstitucional. Vínculos con socios y aliados	Aliados: Equipo de comunicaciones Minsalud Universidad de Pamplona, Programa Comunicación Social Medios de comunicación regionales. (comerciales y comunitarios)
	Plan de Comunicación de Crisis	Estrategia regional de Comunicación del Riesgo en implementación.
	Capacitación interna y externa a diversos públicos.	OPS/OMS organizó a mediados del año con el apoyo de Minsalud e IDS un taller de Comunicación del Riesgo dirigido a comunicadores del sector salud (hospitales y municipios) y coordinadores de Salud Pública. Se garantizó a los participantes transporte, alimentación y hospedaje, más la logística del evento. Esta actividad reforzó la asistencia técnica brindada en el mes de marzo por regionales.  Se aprovechó la actividad para contextualizar a la asesora OPS los avances en la implementación de la Estrategia de Comunicación del Riesgo.
	Elaboración de mensajes, canales y formatos de difusión para la preparación, respuesta y recuperación.	Se retomó la campaña 2018 <i>En tus manos está prevenir la Infección Respiratoria Aguda</i>
	Vigilancia de la comunicación	Monitoreo de medios, sin embargo no hay documentación de esta enfermedad más allá de recomendaciones para la prevención.
	Plan de medios	Durante la emergencia no hay pauta contratada, se gestionan entrevistas a través de <i>free-press</i> y se comparten piezas comunicativas a los municipios y equipos regionales.



	Gestión de recursos	No hay recursos adicionales a los definidos anualmente por Sistema General de Participaciones, las piezas comunicativas se diseñan desde comunicaciones y se imprimen con recursos de ETV.
Inicio	Primer anuncio	Comunicado de prensa aclaratorio.
Control	Coordinación interna	La Estrategia de Comunicación del Riesgo mantiene la participación de comunicaciones en mesas de trabajo de seguimiento a brotes, epidemias y emergencias sanitarias que lo requieran.
	Coordinación interinstitucional, vínculos con socios y aliados	Minsalud: Información y recomendaciones generales.
	Capacitación	No se generaron capacitaciones específicas durante la etapa de control.
	Públicos	Interno: 500 personas (funcionarios Externo: Asesora OPS/OMS Minsalud, INS, SuperSalud Alcaldías: 40 municipios (Alcalde, Coordinador-a de Salud Pública y equipo de apoyo. Medios de comunicación internacionales, nacionales y regionales Comunidad en general
	Mensajes	En tus manos está prevenir la Infección Respiratoria Aguda, se incluye mensajes para prevención y sintomáticos, piezas dirigidas a adultos y niños que se difunden a través de canales digitales.
	Recursos	Comunicado de prensa (1), campañas informativas (1).
	Canales	Correos masivos, publicación en página web y en redes sociales.
	Productos de comunicación:	Piezas gráficas y cuñas radiales.
Recuperación	Vigilancia de la comunicación	Monitoreo de medios y seguimiento informal a comentarios en redes sociales y <i>WhatsApp</i>
Evaluación	Evaluación del Plan de Comunicación del Riesgo	No se realizó un proceso de evaluación

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión documental 2019, IDS.

### Coordinación Institucional de la comunicación

La gestión de la Comunicación del Riesgo en Norte de Santander durante emergencias sanitarias ha incidido en la toma de decisiones, orientando la respuesta en salud pública y articulación sectorial a través de lineamientos, capacitación a coordinadores de salud pública municipales y a equipos de comunicación locales y de las Empresas Sociales del Estado E.S.E.S (hospitales).

La implementación de la Estrategia de Comunicación del Riesgo permitió integrar las acciones de comunicación en un proceso consciente que apoyó mesas de trabajo entre actores del sector salud, garantizando el flujo de información entre la dirección, y las dimensiones de salud pública, especialmente coordinación, vigilancia epidemiológica, enfermedades transmitidas por vectores e inmunoprevenibles.

Las comunicaciones a nivel externo se centraron en medios masivos buscando generar opinión pública, esto permitió reducir el temor ante enfermedades nuevas como chikungunya, zika (con los efectos neurológicos asociados) e Infección Respiratoria Aguda IRA, controladas (chagas agudo) o de reingreso (sarampión) y aclarando rumores que circulan a través de redes sociales o grupos de *WhatsApp*. La vocería única para información epidemiológica, que descansa en el director del IDS a través de circular informativa dirigida a Empresas Sociales del Estado E.S.E.S, Empresas Prestadoras de Servicios de Salud EPS y municipios, permitió reducir la especulación. La entidad se posicionó en su rol de autoridad sanitaria con credibilidad ante los actores del sector, medios de comunicación y comunidades.

Las ruedas de prensa, comunicados, recorridos por medios y visitas de reconocimiento permitieron mantener un relacionamiento adecuado, a entidad acercó expertos a los medios para dar contexto y profundidad a la información emitida.

Campañas informativas y recursos educativos permitieron identificar signos y síntomas de la enfermedad, medidas de prevención y conductas recomendadas para el acceso a servicios de salud como evitar la automedicación, la asistencia a centros de salud o aislamiento (tratamiento en casa), apoyando la descongestión del sistema de salud ante la capacidad hospitalaria superada.

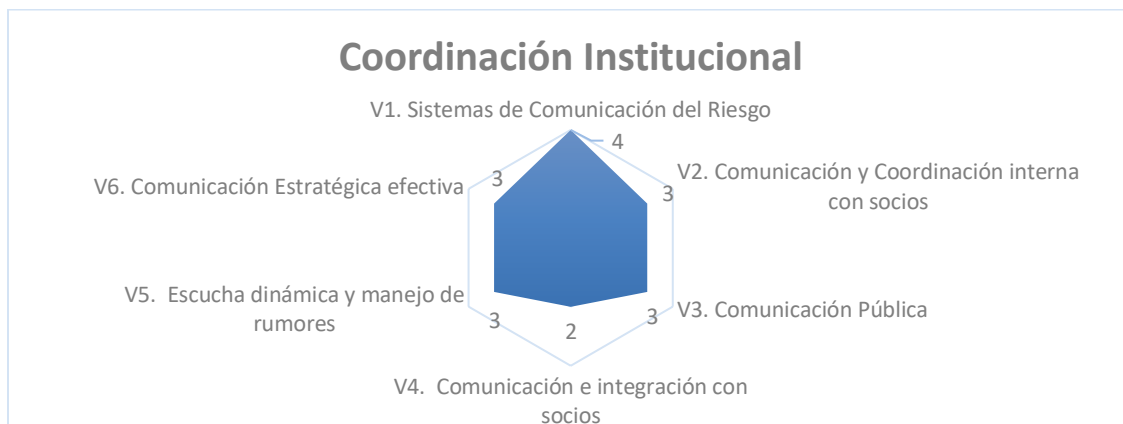
Se evidencian debilidades en la información sanitaria dirigida a la comunidad en puntos de alta concentración como los puentes internacionales, zonas rurales/ dispersas y en la elaboración de mensajes con enfoque diferencial (discapacidad y grupos étnicos).

La revisión con actores del sector salud (Ver anexo 11. Respuestas cuestionario equipo de comunicaciones IDS y anexo 12. Tabulación grupos focales) permitió identificar los siguientes aciertos:

- La información sanitaria mantiene precisión técnica, se unificaron criterios para generar mensajes en lenguaje sencillo y cercano a pesar de la rigurosidad de la información científica. Los comunicados de prensa y boletines epidemiológicos están alineados y se usan recursos como georreferenciación e infografías.
- El relacionamiento con medios comerciales y alianzas con medios comunitarios permitió ampliar el alcance de la información. La página *web*, redes sociales y grupos cerrados en *WhatsApp* han sido efectivos con instituciones.

- Las campañas retoman los mensajes claves definidos por Minsalud y cuenta con<sup>72</sup> receptividad en municipios.
- Los talleres han sido claves para apropiación de la Comunicación del Riesgo. También se identifican los siguientes desaciertos:
  - El IDS, atendiendo a sus competencias como autoridad sanitaria, se enfoca en municipios, E.S.E.S. y EPS. No se vincula a las comunidades, hay limitaciones en recursos, dificultad de conectividad y falta de mensajes diferenciados.
  - La falta de continuidad en las intervenciones permite que surjan rumores y se afecte la percepción del riesgo antes de que las comunidades sean abordadas por el sector salud.
  - La mayoría de los municipios y E.S.E.S carecen de equipo de comunicaciones, las piezas del IDS (campañas y material educativo) en algunas ocasiones llegan sobre la fecha.
  - El acompañamiento de Minsalud ante emergencias como chikungunya y zika llevaron a Norte de Santander a aprender sobre la marcha.

En la ilustración 20 se observa el análisis regional a partir del Modelo Integral para la Comunicación del Riesgo en situaciones de emergencias de OPS/OMS y el cruce de instrumentos / diana evaluación para Coordinación Institucional (Ver anexo 16).



**Ilustración 20. Coordinación Institucional**

Fuente: Elaboración propia

Es el componente de la Comunicación del Riesgo con mayor desarrollo en la región, atendiendo a los esfuerzos para garantizar la coordinación de la respuesta sanitaria del IDS. La definición de la Estrategia de Comunicación del Riesgo le permitió a la región avanzar en el fortalecimiento interno a partir de la apropiación de las recomendaciones de OPS/OSM.

La ilustración 21 permite analizar el nivel de madurez de las acciones de planeación para la respuesta en comunicaciones, retomando la etapa de preparación; se destaca la identificación de públicos y la definición de planes de respuesta para diferentes eventos de salud a partir de las condiciones de la región.



**Ilustración 21. Sistemas de Comunicación del Riesgo.**

Fuente: Elaboración propia

6.1.1 Conformación de equipo de Comunicación del Riesgo. En la estrategia se menciona un equipo encabezado por el director en donde participa la coordinación de Salud Pública y referentes de dimensiones aportando a la comprensión de la emergencia desde su experticia. La gestión de la Comunicación del Riesgo (en lo estratégico y operativo) recae en el equipo de comunicaciones conformado por contratistas y apoyado por pasantes atendiendo a convenio con la Universidad de Pamplona, esto no garantiza la continuidad de la implementación de la estrategia.

Durante el periodo 2014-2019 se fortaleció el equipo aumentando el número de profesionales en comunicación social y definiendo a nivel interno responsabilidades en cubrimiento periodístico, plan de medios, estrategia de Comunicación del Riesgo, campañas y asistencia técnica a los 40 municipios del departamento Norte de Santander.

6.1.2 Investigación y Análisis de Contexto. El IDS conoce sus cifras epidemiológicas y determinantes de la salud, pero se requiere vincular activamente a comunicaciones para que apropie esta información y la lleve a la estrategia.

La información epidemiológica y las actividades adelantadas son informadas una vez se confirma la necesidad de activar la Estrategia de Comunicación del Riesgo, generar comunicados de prensa o piezas comunicativas promoviendo conductas clave y orientando a la ciudadanía.

6.1.3 Planificación de la respuesta. El IDS define planes de contingencia para cada emergencia en Salud Pública y presenta periódicamente ante Instituto Nacional de Salud INS, Ministerio de Salud y entes de control (Procuraduría, Contraloría y Defensoría del Pueblo) informes de la gestión adelantada; también acude ante la Asamblea

Departamental cuando es requerido. Comunicaciones genera informes en la medida en <sup>75</sup> que son requeridos.

La participación de comunicaciones en las mesas técnicas de planeación y seguimiento de la respuesta sanitaria permite mantenerlos actualizados sobre la evolución de la emergencia y aporte a la toma de decisiones en función del impacto social.









6.1.4 Evaluación de recursos y capacidades: Inventario de recursos. Se cuenta con recursos limitados para realizar la producción del material de apoyo a campañas informativas y a educación sanitaria. A partir de la implementación de la Estrategia se adquirieron algunos equipos: Dos computadores de mesa, cámara fotográfica/video, grabadora periodística y mobiliario de oficina con dos cubículos habilitados.

Para 2019 se asignó un monto de 55 millones de pesos para contratación de personal y viáticos. El Plan de Medios Anual incluye recursos para la contratación de espacios en medios comerciales (radio y televisión) que hacen parte del presupuesto de las dimensiones prioritarias y transversales de salud pública, esta contratación permite campañas y comerciales. Cuentan con un inventario de existencias y preferencias de medios de comunicación a nivel local, identificando los medios masivos y alternativos en cada municipio, realizado en 2017 con apoyo de coordinadores municipales de salud pública.

6.1.5 Identificación de públicos. Los públicos están identificados, incluyen tomadores de decisión del sector salud (Minsalud, INS, Supersalud, IDS, hospitales y CSP municipios), instituciones (entes de control, Asamblea), líderes de opinión y comunidad en general.

Las acciones se dirigen especialmente a medios de comunicación (Ver tabla 12).

**Tabla 12. Mapa de Públicos Instituto Departamental de Salud IDS.**

Nivel	Internacional	Nacional	Regional	Local
<b>Interno</b>				
Institucional			 <p><b>500 funcionarios y contratistas</b> Ubicados en 3 sedes Cúcuta: Edificio Rosetal, zona industrial (laboratorio y vacunación) y Colsag ETV)</p>	
<b>Externo</b>				
Político / administrativo				40 alcaldías
Sectorial			<p>E.S.E.S regionales</p>  <p>Asociaciones médicas</p>	<p>CSP municipios</p> <p>E.S.E.S municipios</p> 
Transectorial				UMATAs
Comunitario			<p>Org. Sociales NNJA Org. Mujeres Comunidad Barí Medios comunicación Población migrante</p>	<p>Juntas Acción Comunal Líderes sociales Comunidad en general</p>

Fuente: Elaboración propia



6.1.6 Elaboración de mensajes. La Estrategia de Comunicación del Riesgo establece la <sup>77</sup> necesidad de generar una batería de mensajes para cada emergencia sanitaria a partir del Plan de Acción y orientan la elaboración de campañas a nivel regional y en municipios.

Los contenidos son revisados por el responsable de la dimensión que adelanta las acciones de contingencia de la enfermedad. Se comparten a nivel departamental y con municipios y se difunden en los medios institucionales IDS y masivos.

6.1.7 Vigilancia de la comunicación. El monitoreo de medios y redes sociales se realiza, pero no hay un proceso que genere evidencias/trazabilidad. Se refleja en la ágil respuesta a noticias para reducir especulación y aclarar rumores. La revisión de información en *WhatsApp* se realiza con apoyo de los responsables de dimensiones Salud Pública.

6.1.8 Capacitación de recursos humanos. OPS/OMS, con apoyo de Minsalud, capacitó al equipo regional y comunicadores de hospitales y municipios. Como iniciativa regional, desde 2017 se incluye la Comunicación del Riesgo en la socialización de lineamientos a Coordinadores de Salud Pública que se realiza durante los primeros meses de cada año.

6.1.9 Planes de respuesta para diferentes eventos de salud. La Estrategia de Comunicación del Riesgo aprobada en 2016 mantiene las líneas generales del componente de comunicaciones de Planes de Contingencia elaborados previamente, se aborda desde el enfoque de “todos los riesgos”. Comunicaciones propone e implementa sus acciones, y las socializa ante Dirección, Coordinación de Salud Pública y funcionarios vinculados al Plan de Respuesta. Periódicamente se realizan reuniones de seguimiento que cuentan con participación de comunicaciones. Se produce, al menos, un informe de actividades anual.

La articulación institucional y sectorial ha permitido orientar la respuesta sanitaria y realizar monitoreo a la implementación de los planes de respuesta, atendiendo a las competencias institucionales como autoridad sanitaria. Las circulares con lineamientos emitidos a coordinaciones municipales de Salud Pública, Empresas Sociales del Estado E.S.E.S, Empresas Prestadoras de Servicios de Salud EPS e Instituciones Prestadoras de Salud IPS son adoptados en planes institucionales y locales de contingencia que responden al Plan Regional, definiendo unidad de criterios para la respuesta.

Sin embargo, no se ha logrado integrar a otros sectores que pueden solucionar determinantes estructurales de la salud, como la calidad de agua y el aire, disponibilidad de alimentos, educación, vivienda, saneamiento básico, condiciones de población en riesgo (ancianatos, instituciones educativas, hogares de paso y centros penitenciarios y carcelarios), protección a primera infancia e infancia, atención a migrantes y comunidades indígenas, conectividad vial e internet. Así se muestra en la Ilustración 22.



**Ilustración 22. Comunicación y Coordinación interna con socios.**

Fuente: Elaboración propia

6.2.1 Articulación institucional: Equipo de respuesta. Áreas como coordinación de salud pública, vigilancia epidemiológica y referentes de dimensiones comparten insumos e información de interés para la elaboración de comunicados de prensa y productos comunicativos y realizan revisión, también apoyan la difusión a través de correos masivos y grupos en *WhatsApp* ante sus interlocutores permanentes. 79

No se dirigen mensajes al personal asistencial y equipos de terreno.

6.2.2 Articulación sectorial. Se han logrado sinergias y articulado acciones con entidades del sector salud en diversos niveles (OPS/OMS, Minsalud, E.S.E.S y municipios). Los lineamientos a actores regionales y locales del sector direccionan esfuerzos de promoción, prevención y control de la emergencia bajo una hoja de ruta regional, también se realizan reuniones para seguimiento.

Los discursos del sector salud deben guardar coherencia, sin embargo, algunas veces hay choque de intereses que pueden afectar la credibilidad, por eso se determinó centralizar la vocería frente a información epidemiológica, los municipios informan las actividades para respuesta sanitaria y los hospitales frente atención. Se debe vincular a asociaciones médicas para escuchar sus inquietudes y socializar la respuesta sanitaria.

Adicionalmente el IDS participa en la Mesa Departamental de Salud convocada para articular la respuesta complementaria de organismos multilaterales y de cooperación ante migración. Aunque los boletines epidemiológicos se emiten periódicamente para entidades del sector, no hay política de datos abiertos.

6.2.3 Articulación con otros sectores. El IDS participa en comités y mesas técnicas con entidades de otros sectores buscando establecer acciones que reduzcan el riesgo. El

Puesto de Mando Unificado Frontera PMU funciona como mesa de crisis para facilitar 80 seguimiento frente a migración, pero no se ha activado ante emergencias sanitarias.

El equipo de Comunicaciones gestionó con la Universidad de Pamplona un convenio para prácticas profesionales y apoyo para la campaña frente a zika “*Aedes conmigo no puedes*” con piezas gráficas, audiovisuales y canción de *rap*.

### 6.3 Comunicación Pública

El IDS ha enfocado sus esfuerzos de comunicación en el relacionamiento con medios y el fortalecimiento de su presencia digital, reconociendo las limitaciones de la región para acceso a electricidad, medios y conectividad *web*.

La preparación de primeros anuncios oportunos, incluyendo información de calidad y la intervención de expertos busca generar confianza y llevar a los medios a superar el sensacionalismo / percepción exagerada de los fenómenos, de capacidades reducidas del sistema de salud. Los mensajes en medios buscan que las comunidades conozcan la enfermedad, los mecanismos de prevención y tratamiento y comprendan la respuesta sanitaria para atender la crisis, incluyendo vigilancia epidemiológica. La ilustración 23 retoma las dimensiones asociadas a la variable comunicación pública en donde se destaca el relacionamiento con medios y el uso de medios digitales.



**Ilustración 23. Comunicación Pública.**

Fuente: Elaboración propia

6.3.1 Relacionamiento con medios. El relacionamiento con medios es prioridad para la 81 región; incluye emisión de comunicados de prensa y piezas de campañas a través de correos masivos, ruedas de prensa, atención directa a medios para programación de entrevistas con dirección o dependencias, acompañamiento a recorridos por hospitales, direccionamiento a expertos identificados previamente, actualización permanente de grupo de *WhatsApp*, recorrido por medios (gira de medios) en momentos claves y pauta.

Los medios regionales responden bien a la solicitud de incluir los mensajes claves, pero tienden a realizar sus propias interpretaciones, requiriendo que se aclaren las inquietudes al periodista previo a la publicación.

6.3.2 Difusión apoyada en medios comunitarios. Los medios comunitarios tienen una audiencia importante en municipios, existe una alianza con Asociación de Radios amigas comunitarias RADAR para difundir comunicados, realizar entrevistas especiales y emitir pauta, aunque la contratación se garantiza por periodos cortos el apoyo ante emergencias se mantiene atendiendo al interés público.

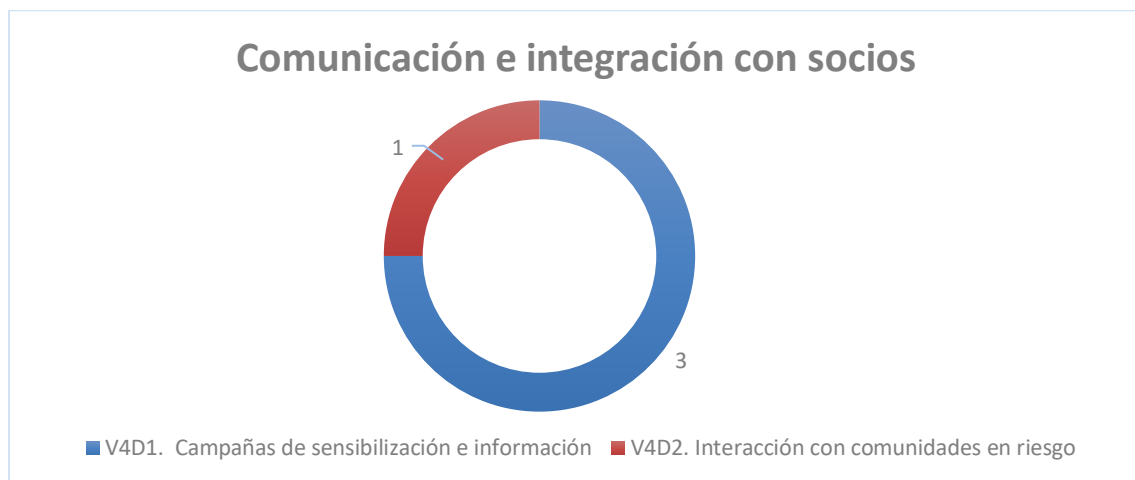
6.3.3 Uso de medios digitales. Como entidad descentralizada del nivel departamental, el IDS cuenta con autonomía administrativa y financiera, esto ha permitido que el equipo de comunicaciones cree y administre sus cuentas en redes sociales (*Facebook, twitter e instagram*) y *you tube*. Se cuenta con diagnóstico y estrategia de Comunicación Digital que garantiza complementariedad de los mensajes compartidos por diferentes canales.

La página *web* del Instituto Departamental de Salud se actualiza desde sistemas, el equipo de comunicaciones remite los comunicados de prensa, fotografías, audios y piezas de campañas.

El IDS desarrolla campañas informativas y brinda orientaciones a municipios que han permitido materializar campañas conjuntas como “Una Cúcuta para grandes cosas previene dengue, chikungunya y zika” en 2015; también desde Comunicaciones se produce material de apoyo para educación sanitaria realizada por técnicos del subgrupo Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores y enfermeras regionales.

La intervención con comunidades la realizan los municipios atendiendo a competencias definidas para el sector, sin embargo, desde IDS se garantiza apoyo a través de concurrencia de ser necesario.

La comunicación e integración con socios identifica a las comunidades en riesgo como aliados durante las emergencias sanitarias, pero no se ha logrado interactuar de manera permanente con ellas, como lo evidencia la Ilustración 24.



**Ilustración 24. Comunicación e integración con socios.**

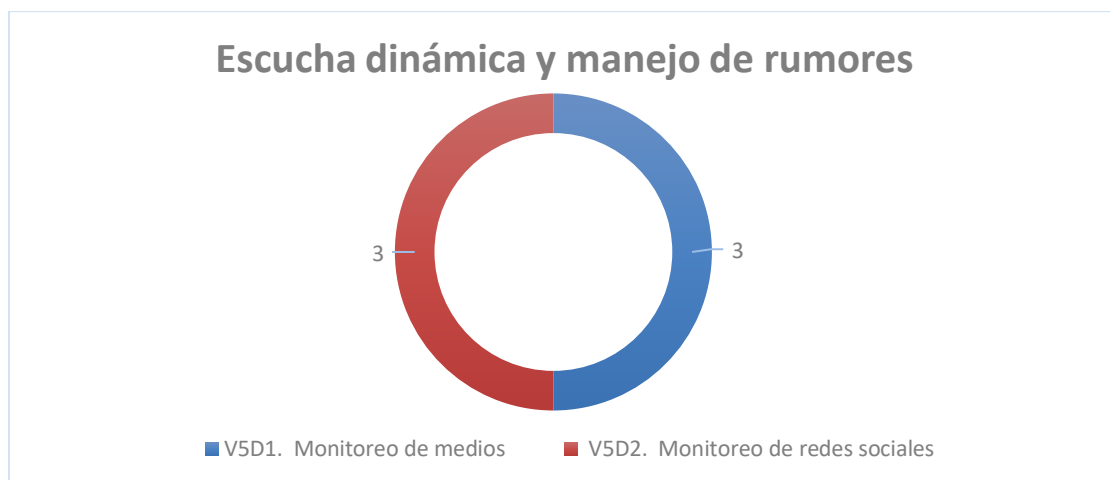
Fuente: Elaboración propia

6.4.1 Campañas de sensibilización. Las campañas y el material educativo elaborado retoman los mensajes claves priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social y el departamento, e incluyen volantes, videos, infografías y cartillas.

directamente con comunidad, otras dependencias de Salud Pública incluyen equipos para reforzar actividades educativas (ETV y vacunación) pero la estrategia no da detalles.

### 6.5 Escucha dinámica y manejo de rumores

El IDS reconoce la importancia de garantizar confianza en las capacidades del Estado y del sistema de salud para controlar las emergencias sanitarias y busca mitigar esas preocupaciones, identificando las inquietudes expresadas por las comunidades en riesgo en medios y redes sociales, las cadenas de *WhatsApp* con noticias falsas o versiones de supuestos expertos que van en contravía del mensaje sanitario y de otros actores. La Ilustración 25 evidencia el comportamiento de la escucha y rumores.



**Ilustración 25. Escucha dinámica y manejo de rumores.**

Fuente: Elaboración propia

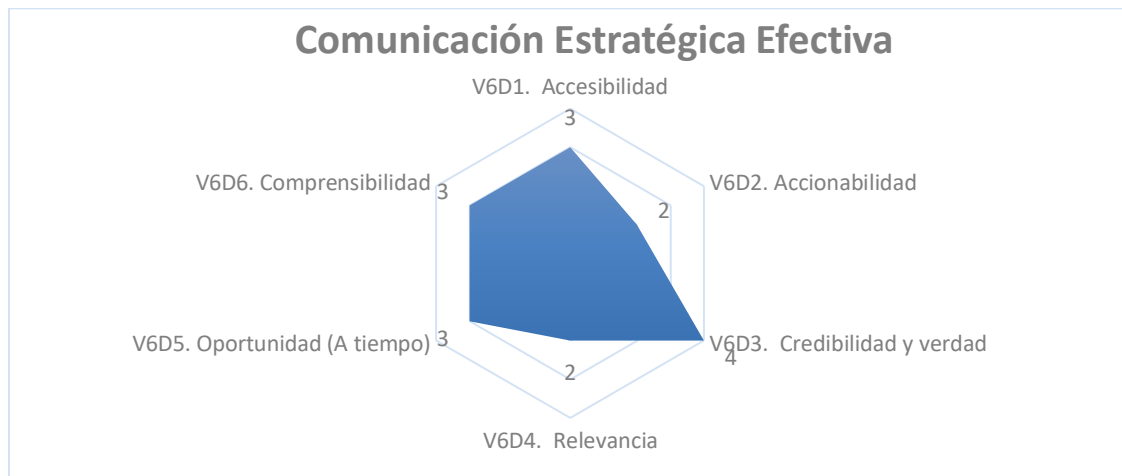
6.5.1 Monitoreo de medios. Hay interés por monitorear medios de comunicación, lo realizan de manera informal con el fin de comparar la forma como los periodistas abordan la información suministrada o reaccionar a especulaciones. No cuentan con evidencias del seguimiento, pero se ve reflejado en la reacción con comunicados, convocatorias a ruedas de prensa o entrevistas especializadas.

6.5.2 Monitoreo de redes sociales. El fortalecimiento de canales digitales le ha permitido al IDS fortalecer su difusión en medios propios y empezar la interacción en redes; el *fan page* de *Facebook* y los grupos de *WhatsApp* y *Facebook* permiten contrarrestar rumores.

## 6.6 Comunicación Estratégica Efectiva

La revisión de los principios de Comunicación Estratégica Efectiva establecidos por OPS/OMS permitió identificar que en la región se han registrado avances para el reconocimiento del aporte de las comunicaciones a la toma de decisiones, el cambio de conductas, la movilización y respuesta social, articulación y se ha reforzado la marca IDS como autoridad sanitaria con experticia técnica para la gestión de emergencia sanitarias.

La Ilustración 25 muestra que el IDS cuenta con credibilidad ante el sector salud y garantiza que sus mensajes sean oportunos y comprensibles.



**Ilustración 26. Comunicación Estratégica Efectiva.**

Fuente: Elaboración propia

6.6.1 Accesibilidad. La Comunicación del Riesgo ha escalado en niveles de toma de decisión a nivel departamental, sin embargo, los municipios no cuentan con comunicador que permita dinamizar el proceso a nivel local.



El IDS no ha evaluado la efectividad o apropiación de canales, pero en la práctica la información circula con facilidad y tiene buen alcance en medios.

Desde 2018 se publican las piezas de comunicación en la página *web*, los comunicados de prensa y piezas de campañas circulan libremente y son compartidos a través de correos masivos y grupos de *WhatsApp*. La información epidemiológica se consigna en boletines semanales elaborados por el subgrupo de vigilancia epidemiológica pero sólo circula entre epidemiólogos y personal de apoyo de hospitales y municipios, no hay política de datos abiertos para esta información que puede interesar a otros sectores como la cooperación internacional para orientar la ayuda humanitaria. Se organizan reuniones para articular con ellos.

Los mensajes sanitarios son elaborados en su mayoría pensando en población genérica, algunas campañas incluyen piezas para niños (historietas, material para colorear, juegos didácticos o cartillas educativas), hay antecedentes de cartillas y afiches para promoción de conductas claves de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia AIEPI y de IRA en lengua barí (comunidad indígena), pero no hay productos comunicativos pensados para población con discapacidad visual o auditiva.

6.6.2 Accionabilidad. Buscan orientar a las comunidades a la acción a través de la difusión de recomendaciones sobre medidas prácticas durante la situación de emergencia, también se promueven acciones de movilización social en el marco de conmemoraciones, pero durante brotes y emergencias el interés se desplaza y la movilización es limitada por eso se motiva la movilización en redes.

6.6.3 Credibilidad y verdad. La precisión técnica de la información emitida en comunicados de prensa y campañas retoma información direccionada por Minsalud o derivada de los ejercicios de acompañamiento a la respuesta sanitaria. A nivel interno los productos son revisados por el referente que articula la respuesta sanitaria. 86

Se insiste en la transparencia en la información sobre todo en los primeros anuncios (confirmación de casos), por eso se entrega a los medios la información una vez se cuenta con resultados del laboratorio, se acerca a expertos y se capacita a periodistas.

Se ha trabajado en la generación de confianza y actualmente la dirección se encuentra posicionada como fuente con credibilidad ante medios y actores del sector.

6.6.4 Relevancia. Se han realizado acciones para conocer a las audiencias, entre las que se destacan el “*Diagnóstico de existencias y preferencias de medios masivos y alternativos de comunicación*”, elaborado con el apoyo de coordinadores de salud pública de municipios, para conocer las preferencias locales.

Se retoman mensajes claves y productos comunicativos elaborados por OPS o Minsalud reforzando difusión en redes y compartiendo con municipios, también se adaptan a nivel regional, cambiando *slogan*, diseño y formato. No se han realizado acciones específicas orientadas a motivar a la audiencia.

6.6.5 Oportunidad (A tiempo). El IDS toma la iniciativa para confirmación de casos. Los comunicados salen el mismo día de la actividad, y se busca dar respuesta a vacíos de información en el menor tiempo posible. La difusión incluye canales oficiales como página *web* redes y *WhatsApp* para no depender sólo de medios. La difusión de las

campañas puede demorar por procesos internos, limitando difusión en momentos iniciales de la emergencia. 87

6.6.6 Comprensibilidad. Se busca que el lenguaje sea lo sencillo y claro, sin descuidar el rigor técnico (diferenciar entre brote, epidemia o emergencia), también se evitan palabras que puedan generar temor (alarma, alerta, emergencia, epidemia).

Los comunicados de prensa siempre van acompañados de fotografía y entrevista (audio o video), en los últimos años también se han generado infografías en algunos casos y se acompañan por las piezas de las campañas, para que los periodistas cuenten con material útil de manera oportuna. Hasta el momento no se han contado historias sobre la gestión de profesionales del sector destacando su aporte al control de la emergencia.

## 6.7 Apropiación regional de la Comunicación del Riesgo

6.7.1 Aportes a la gestión del riesgo. Una vez analizadas las prácticas de Comunicación del Riesgo en la región, pasa a la identificación de sus aportes a la gestión del riesgo en los diferentes momentos de la emergencia sanitaria a partir del mapa de Comunicación y Gestión del Riesgo, como se explica en la tabla 13.

**Tabla 13. Mapa de Comunicación y Gestión del Riesgo.**

Momento	Criterio	Gestión regional
Inicio	Definir problemas, oportunidades y asociaciones de la causa del riesgo	La Estrategia de Comunicación del Riesgo retoma información epidemiológica reportada desde vigilancia
	Identificar equipos de gestión de riesgos	Existe un equipo regional de respuesta sanitaria en donde participa comunicaciones.
	Asignar responsabilidades, autoridad y recursos	Comunicaciones es responsable de la definición y operacionalización de la estrategia de Comunicación del Riesgo; depende de Dirección y Salud Pública y articula con las dimensiones que dinamizan la respuesta sanitaria

	Identificar potenciales públicos y desarrollo.	Han identificado sus públicos y adelantan atendiendo sus expectativas de compromiso institucional, articulación sectorial y transectorial, y orientación de comunidades en riesgo.
Análisis preliminar	Definir alcance de las decisiones	Apoya el análisis de escenarios ante decisiones planteadas.
	Identificar riesgos o escenarios de riesgos	Apoya el análisis de riesgos o escenarios de riesgos, incluyendo el impacto de la percepción del riesgo.
	Desarrollar análisis de <i>stakeholders</i>	La Estrategia de Comunicaciones asume el análisis de <i>stakeholders</i> , ayuda a definir objetivos y orienta intervenciones.
	Iniciar la biblioteca de información de riesgos	Puede realizar la documentación de la Comunicación del Riesgo e incluirla como componente de la respuesta sanitaria regional.
Estimación del riesgo	Definir metodología para estimar frecuencia y consecuencias	Puede apoyar el análisis
	Estimar frecuencias de escenarios de riesgo	Puede apoyar el análisis
	Estimar consecuencias de escenarios de riesgo	Incluye las consecuencias de los rumores y la pérdida de confianza en las capacidades de respuesta sanitaria.
	Refinar análisis de <i>stakeholders</i> a través del diálogo	Las redes sociales promueven la interacción y el diálogo con comunidades en riesgo.
Evaluación del riesgo	Estimar e integrar beneficios y costos	No se han estimado los beneficios de la Comunicación del Riesgo a la respuesta sanitaria.
	Evaluar la aceptación de <i>stakeholders</i> del riesgo residual	La percepción del riesgo es clave para la toma de decisiones atendiendo al componente social de la gestión de la emergencia.
Control del riesgo	Identificar opciones de control de riesgo factibles	Se pueden incluir riesgos asociados a la percepción ciudadana de la capacidad del IDS y el sector salud para gestionar la emergencia sanitaria y la pérdida de confianza.
	Evaluar opciones de control de riesgo por efectividad, costo y riesgos	Se pueden incluir riesgos asociados a la percepción ciudadana de la capacidad del IDS y el sector salud para gestionar la emergencia sanitaria y la pérdida de confianza.
	Evaluar aceptación de los <i>stakeholders</i> de propuestas de acciones	La Comunicación del Riesgo puede apoyar la evaluación de la aceptación de las propuestas de acciones.
	Evaluar la aceptación de <i>stakeholders</i> del riesgo residual	La respuesta ciudadana es clave para la toma de decisiones, la información sanitaria compartida orienta conductas y apoya la movilización.
	Desarrollo e implementación del Plan	Comunicaciones implementa, monitorea y reporta las acciones definidas en el Plan de Comunicación del Riesgo establecido para cada emergencia, aportando

Acción / Monitoreo		información para el informe consolidado presentado a Ministerio, INS y entes de control.
	Implementar estrategias de control, financiamiento y comunicación.	Al visibilizar la respuesta sanitaria se genera confianza en la capacidad técnica del IDS por parte de tomadores de decisión, actores del sector salud, otros sectores y comunidad.
	Evaluar efectividad del proceso de decisión de la gestión de riesgos	La revisión realizada hasta el momento da cuenta de las acciones realizadas, es importante medir el impacto.

Fuente: Elaboración propia

### Información en los medios de comunicación

La información difundida por medios de comunicación facilitó la comprensión de la emergencia sanitaria y la generación de opinión pública favorable sobre la respuesta ante emergencias sanitarias en el periodo 2014-2019.

El monitoreo de medios digitales realizado durante el momento de mayor atención mediática e impacto social que configura la crisis de cada emergencia confirmó la alta receptividad en medios nacionales con 38 % de las notas, internacionales con 23 %, regionales con 31 % y de otras regiones del país con 7 %. El cubrimiento periodístico realizado por Agencia EFE, *Associated Press* AP y Colprensa generó un 24% de las notas, especialmente del 2016 al 2019, abarcando microcefalia asociada a zika, chagas agudo importado, reingreso de sarampión e Infección Respiratoria Aguda IRA

La fiebre chikungunya y el virus del zika tuvieron impacto nacional (28 % y 57 %, respectivamente), mientras la confirmación de casos de microcefalia asociada a zika llamó la atención de los medios internacionales que generaron el 53% de las notas. (Ver Anexo 18. Notas seleccionadas para el análisis)

El análisis incluyó cuatro (4 variables) asociadas a la calidad de información, posicionamiento como fuente, discurso (miedo/alarma) y seguimiento informativo.

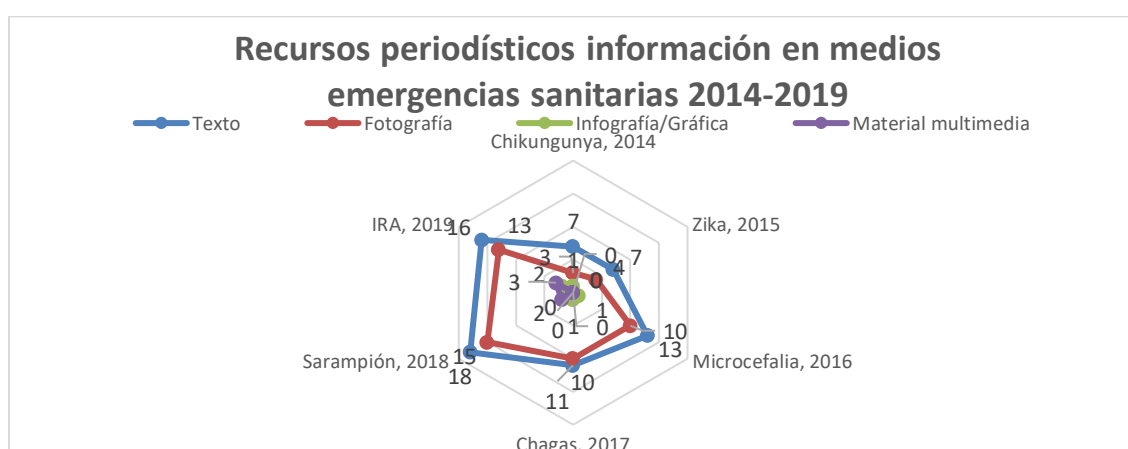
### 7.1 Mirada general a información en medios durante emergencias sanitarias 2014-2019.

**Tabla 14. Consolidado información en Medios emergencias sanitarias 2014-2019.**

Cód.	Dimensión		Pregunta	Prom	Chikungunya	Zika	Microcefalia	Chagas	Sarampión	IRA
C2V1	Calidad información	57	P1. Registro epidemiológico	82,7	71	100,0	96,0	100,0	97,0	32,0
			P2. Enfermedad, signos, síntomas y recomendaciones	49	86	29,0	39,0	65,0	11,0	64,0
			P3. Mensajes claves	58,5	86	71,0	51,0	36,0	49,0	58,0
			P4. Contexto	58,8	29	86,0	73,0	93,0	70,0	2,0
			P5. Orienta respuesta comunitaria	44,7	57	29,0	73,0	15,0	29,0	65,0
			P6. Respuesta sanitaria	48,5	86	29,0	73,0	13,0	28,0	62,0
C2V2.	Posicionamiento como fuente	58,8	P7. Declaraciones oficiales	73,7	71	100,0	85,0	70,0	71,0	45,0
			P8. Expertos que refuerzan	10,7	29	0,0	0,0	0,0	5,0	30,0
			P9. Precisión técnica	90,2	95	86,0	100,0	93,0	100,0	67,0
			P10. Desmiente expertos que controvierten	60,8	71	0,0	77,0	100,0	100,0	17,0
C2V3.	Discurso (miedo/alarma)	69,5	P11. Desestimula miedo o alarma	62,2	81	86,0	0,0	88,0	61,0	57,0
			P12. Alinea con mensajes sanitarios	84,2	57	100,0	96,0	100,0	97,0	55,0
			P13. Titular desestimula miedo o alarma	62,2	71	71,0	100,0	73,0	45,0	13,0
C2V4.	Seguimiento informativo	84,8	P14. Tema de coyuntura	76,3	100	100,0	60,0	60,0	82,0	56,0
			P15. Seguimiento	93,2	100	100,0	61,0	100,0	100,0	98,0

Fuente: Elaboración propia

información relacionada con emergencias sanitarias principalmente a través de notas periodísticas, sólo el 71 % de las notas incluyeron fotografías, y en los casos en donde se incluyeron priorizaban el vector transmisor de la enfermedad, signos de alarma (brotes) o personal sanitario. El 7 % de las notas incluyeron infografías y el 5 % material multimedia (video). La ilustración 27 muestra la proporción de recursos periodísticos difundidos por emergencia en los medios digitales.



**Ilustración 27. Recursos Información en Medios emergencias sanitarias 2014-2019.**  
Fuente: Elaboración propia

Atendiendo al contenido, Chikungunya (69 %) y microcefalia (68 %) fueron las enfermedades que registraron mayor calidad de la información en medios a partir de la inclusión de información priorizada por la autoridad sanitaria. En sarampión e Infección Respiratoria Aguda (47 % cada una) se registró especulación.

La gestión para la respuesta sanitaria le permitió a la autoridad sanitaria posicionarse como fuente de información, especialmente durante el reingreso de sarampión (69 %) y chikungunya (67 %), apoyándose principalmente en declaraciones oficiales realizada a través del vocero o la generación de comunicados de prensa que

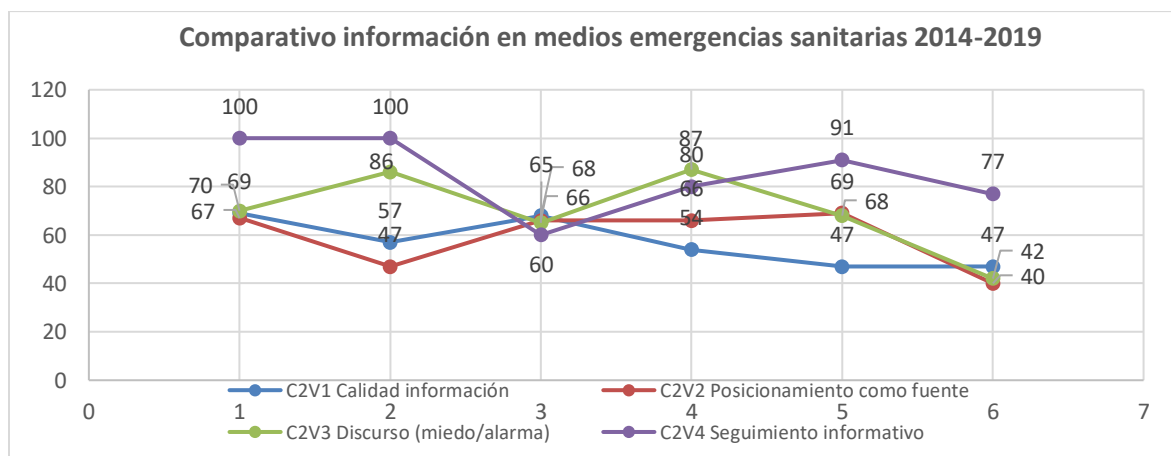


permiten que la nota guarde precisión técnica. Se puede optimizar la participación de 93 expertos para reforzar los mensajes clave y facilitar la comprensión de la enfermedad, contrarrestando las versiones de expertos abordados por los medios.

El relacionamiento con medios realizado durante chagas permitió controlar, en el 87% de las notas, miedo/alarma que podría generar la enfermedad; donde la ciudadanía comprendió que obedecía a un caso aislado procedente de Venezuela, seguido por zika (86 %) en donde se apoyó la identificación de signos y síntomas y se promovieron medidas para el control del vector. La emergencia sanitaria que representó mayor alarma fue IRA con sólo un 42 % de control en la alarma ciudadana.

El primer anuncio realizado por la autoridad sanitaria para confirmar casos despertó interés en los medios para garantizar seguimiento a la noticia, su duración se asocia a la evolución de la enfermedad y el plan de contingencia (respuesta sanitaria) para su control, oscila entre 2 semanas (chagas agudo importado) y 2 meses (chikungunya).

La ilustración 28 resume el comportamiento de las variables analizadas, en el eje x se pueden observar las emergencias sanitarias por año.

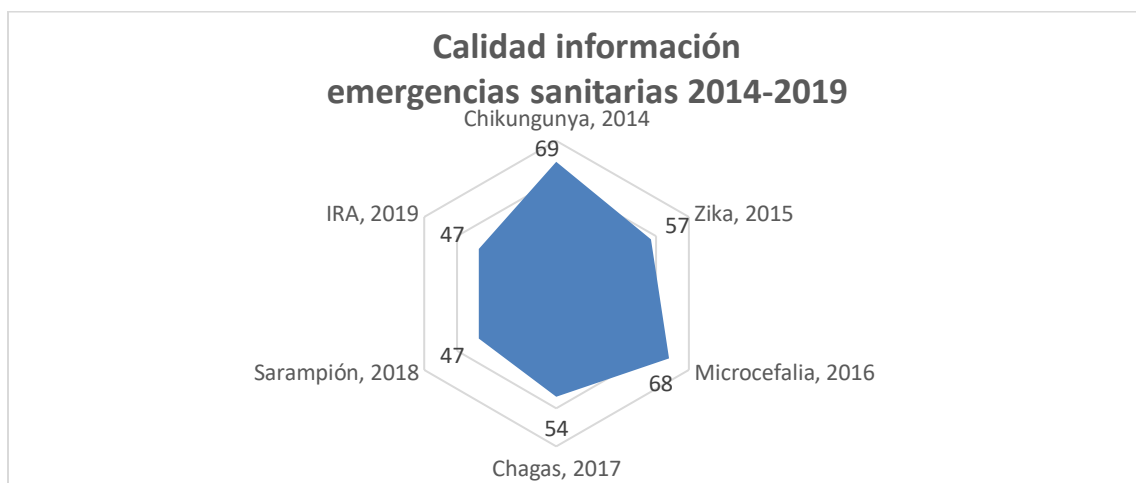


**Ilustración 28. Comparativa información medios emergencias 2014-2019**

Fuente: Elaboración propia

suministrada a nivel institucional a partir de ruedas de prensa, comunicados y entrevistas especializadas, relacionada con el registro epidemiológico de casos; signos, síntomas y recomendaciones; mensajes clave, contexto, orientaciones para la respuesta comunitaria y detalles de las acciones de respuesta sanitaria para promoción, prevención y control.

El manejo de información sanitaria frente a chikungunya arrojó mejores resultados con un 69 % de calidad frente a microcefalia (67 %), zika (58 %), chagas (53 %). El menor registro lo presentaron sarampión e IRA con 47 %, incentivando la especulación, así se demuestra en la ilustración 29.



**Ilustración 29. Calidad información emergencias sanitarias 2014-2019**

Fuente: Elaboración propia

Los medios de comunicación centraron su atención en el registro de casos reportados por el vocero institucional o a través de comunicados de prensa. El 83 % de las notas periodísticas retoman cifras epidemiológicas que permiten el seguimiento; sin embargo, a pesar del interés en las cifras, sólo el 59% de las notas incluye información de contexto que permita al lector relacionar la emergencia con el registro en otras regiones del país o del mundo.

Sólo el 49 % de las notas periodísticas incluyen información de interés general <sup>95</sup> sobre la enfermedad como los signos, síntomas y recomendaciones; el 59 % incluye mensajes clave y el 45% orientaciones para la respuesta comunitaria que les permita tomar decisiones informadas frente a medidas de prevención individuales o colectivas como la asistencia a centros de salud. La gestión del sector salud para hacer frente a la emergencia se registra sólo en el 49 % de las notas analizadas, esta información es determinante para mantener la confianza en las autoridades y el sistema sanitario.

7.1.2 Posicionamiento como fuente. Tiene en cuenta la inclusión de información canalizada a través del vocero institucional y comunicados de prensa, la participación de expertos que refuerzan o controvierten la información oficial y la precisión técnica de la nota, determinada por la comprensión de la emergencia y sus implicaciones.

La gestión de la Comunicación del Riesgo frente a sarampión presentó el mayor posicionamiento como fuente con 69 % frente al 40 % de la emergencia sanitaria con menor posicionamiento es IRA, así se evidencia en la Ilustración 30.



**Ilustración 30. Posicionamiento como fuente emergencias sanitarias 2014-2019**

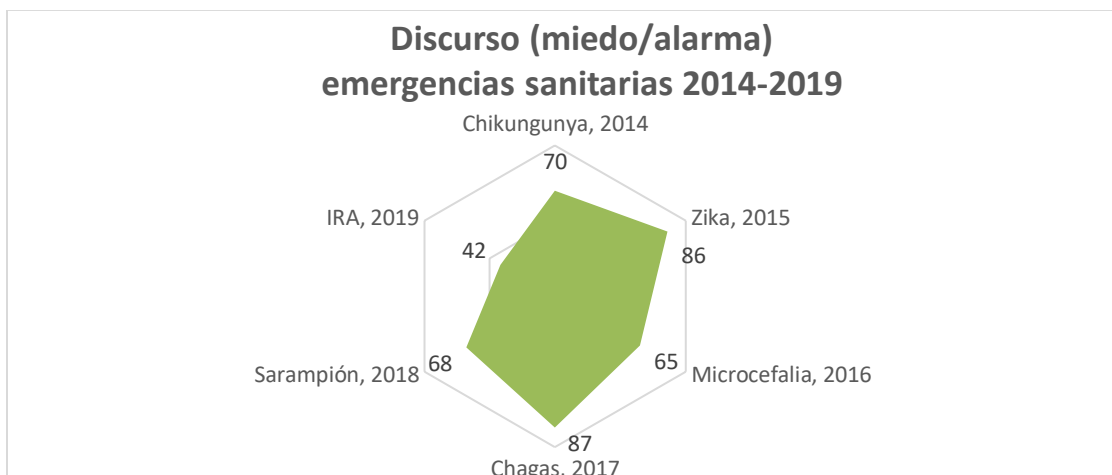
Fuente: Elaboración propia

El 90% de las notas periodísticas evidencian comprensión de la emergencia por <sup>96</sup> parte del periodista, derivada de información compartida por las autoridades sanitarias. Información compartida a través de recursos oficiales como pronunciamientos del vocero y comunicados de prensa fue retomada en el 74 % de las notas. Se evidencia una debilidad en la vinculación de expertos para soportar la información sanitaria (sólo un 11 %) lo que se contrapone con el abordaje de expertos identificados por medios (61 %), configurando una debilidad para la información oficial, que promueve la especulación.

7.1.3 Discurso (miedo/alarma). Tiene en cuenta la capacidad institucional para desestimular el discurso de miedo y alarma que puede traer el amarillismo o afán por la chiva noticiosa, y su impacto en la percepción del riesgo por parte de las comunidades. Analiza si la redacción de la nota desestimula alarma en su titular y texto y si los mensajes transmitidos se alinean con los mensajes sanitarios priorizados.

La confirmación de casos de zika fue la emergencia sanitaria con mejor gestión del discurso del miedo con 87 %, seguida de chikungunya con 70%, estas cifras se contraponen con los resultados para IRA (42 %) que evidencian alarma. La ilustración 30 destaca los resultados generales.

Aunque el 84% de las notas periodísticas analizadas se alinean con información priorizada por las autoridades sanitarias, el lenguaje utilizado en su redacción promueve alarma tanto en el titular como en el texto de la nota (62% en ambos casos), lo que evidencia afán por aumentar el interés de la audiencia afectando la percepción. La ilustración 31 muestra los resultados.



**Ilustración 31. Discurso (miedo/alarma) emergencias sanitarias 2014-2019**

Fuente: Elaboración propia

7.1.4 Seguimiento informativo. Esta variable identifica si los medios se limitan a la difusión inicial del tema coyuntura o existe iniciativa para realizar seguimiento a información de interés sanitario. Chikungunya y zika mantuvieron el 100 % de interés periodístico para realizar seguimiento a partir del primer anuncio. La emergencia con menos interés para seguimiento fue microcefalia, que se limitó a la confirmación del primer caso en región, así lo muestra la ilustración 32.



**Ilustración 32. Seguimiento informativo emergencias sanitarias 2014-2019**

Fuente: Elaboración propia

## 7.2 Información en medios chikungunya, 2014

La información registrada por medios digitales a partir del primer anuncio (confirmación de casos) de chikungunya en 2014 demostró la receptividad de los medios frente a la información compartida a través de canales oficiales en el 64 % de los casos, apoyando al posicionamiento como fuente, así lo demuestra la tabla 15.

**Tabla 15. Consolidado información en medios chikungunya, 2014.**

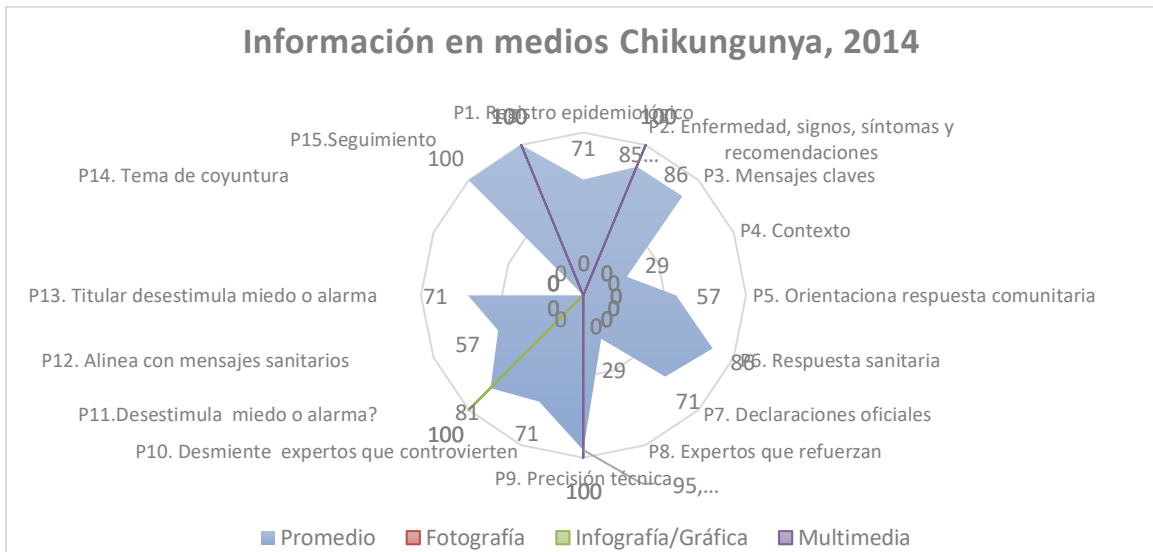
Cód.	Dimensión		Pregunta	Prom	Texto	Fotografía	Infografía/Gráfica	Multimedia					
C2V1	Calidad información	69	P1. Registro epidemiológico	71	71	64,3	0	0,0	0	16,7	0	16,7	
			P2. Enfermedad, signos, síntomas y recomendaciones	85,67	57				100		100		
			P3. Mensajes claves	86	86				0		0		0
			P4. Contexto	29	29				0		0		0
			P5. Orienta respuesta comunitaria	57	57				0		0		0
			P6. Respuesta sanitaria	86	86				0		0		0
C2V2.	Posicionamiento como fuente	67	P7. Declaraciones oficiales	71	71	64,3	0	0,0	0	25,0	0	25,0	
			P8. Expertos que refuerzan	29	29				0		0		
			P9. Precisión técnica	95,33	86				100		100		
			P10. Desmiente a expertos que controvierten	71	71								
C2V3.	Discurso (miedo/alarma)	70	P11. Desestimula miedo o alarma	81	43	57,0	100	33,3	100	33,3	0	0,0	
			P12. Alinea con mensajes sanitarios	57	57				0		0		
			P13. Titular desestimula miedo o alarma	71	71								
C2V4.	Seguimiento informativo	100	P14. Tema de coyuntura	100	100	100,0	0	0,0		50,0		50,0	
			P15. Seguimiento	100	100				100		100		

Fuente: Elaboración propia

El 29 % de las notas tuvieron un alcance nacional frente al 71 % con alcance 99

regional. El interés mediático se mantiene en la medida en que son difundidos nuevos datos epidemiológicos o recomendaciones sanitarias y cae a dos meses de la confirmación una vez se supera el pico epidemiológico. Durante este periodo se publican 7 notas periodísticas, 3 incluyen fotografías (43 %) – dos del vector transmisor de la enfermedad y 1 del vocero IDS; la única infografía difundida (14 %) incluye información de la enfermedad consultada por el medio. No se emiten videos producidos por medios.

La información difundida obedece principalmente a seguimiento informativo, tendencia que se mantiene en todos los recursos periodísticos. El control del discurso de miedo/alarma se mantiene en textos periodísticos, fotografías e infografías, evidenciando un buen manejo a pesar de tratarse de una enfermedad nueva y con poca investigación.



**Ilustración 33. Información en medios chikungunya, 2014**

Fuente: Elaboración propia

El registro epidemiológico, la precisión técnica y el seguimiento informativo son los aspectos que más se destacan, aportando a la alineación de la información sanitaria y la disponible en medios. La información en la infografía generada por iniciativa de un

medio independiente permite desestimar el miedo o alarma, mientras el material multimedia mantiene precisión técnica incluyendo registro de casos (Ver ilustración 33). 100

Calidad información chikungunya, 2014: El cubrimiento periodístico frente a chikungunya garantizó calidad en la información transmitida a la ciudadanía, al retomar los signos, síntomas y recomendaciones, los mensajes claves y la respuesta sanitaria en el 86 % de los casos. Sin embargo, se observan deficiencias al momento de abordar datos de contexto que sólo se incluyen en el 29 % y en se centran en cifras sin mencionar otros aspectos claves para la comprensión de la enfermedad y su impacto.

Posicionamiento como fuente chikungunya, 2014: Se observa una comprensión de la emergencia por parte del periodista que garantiza precisión técnica en el 95 % de los casos, la información transmitida a través de canales oficiales (vocero o comunicado) fue retomada en el 71 % de los casos. La interacción de los medios con expertos puede mejorarse al acercar a médicos especialistas y epidemiólogos a los medios y reducir el contacto con sus propios expertos que pueden presentar información contraria a la priorizada con la autoridad sanitaria, sin embargo, se observa que en el 71 % de los casos estas versiones fueron desestimadas al retomar información oficial.

Discurso (miedo/alarma) chikungunya, 2014: El interés en lo relacionado con el discurso se centra en desestimar miedo o alarma con 81% en la redacción del cuerpo de la nota y 71 % en titulares, esto desplazó la baja alineación de los mensajes sanitarios (57 %).

Seguimiento informativo chikungunya, 2014. Una vez realizado el primer anuncio, los medios se enfocan en información relacionada con el seguimiento de la emergencia para redactar sus noticias y producir material multimedia.



### 7.3 Información en medios zika, 2015

El relacionamiento con medios permitió que el discurso utilizado para el abordaje de zika se alinea con los mensajes sanitarios en el 100 % de los casos, desestimulando la alarma y especulación tanto en titulares como en el texto de las notas periodísticas, las cuales obedecieron el 100 % de los casos a seguimiento a la emergencia, así lo demuestra la tabla 16.

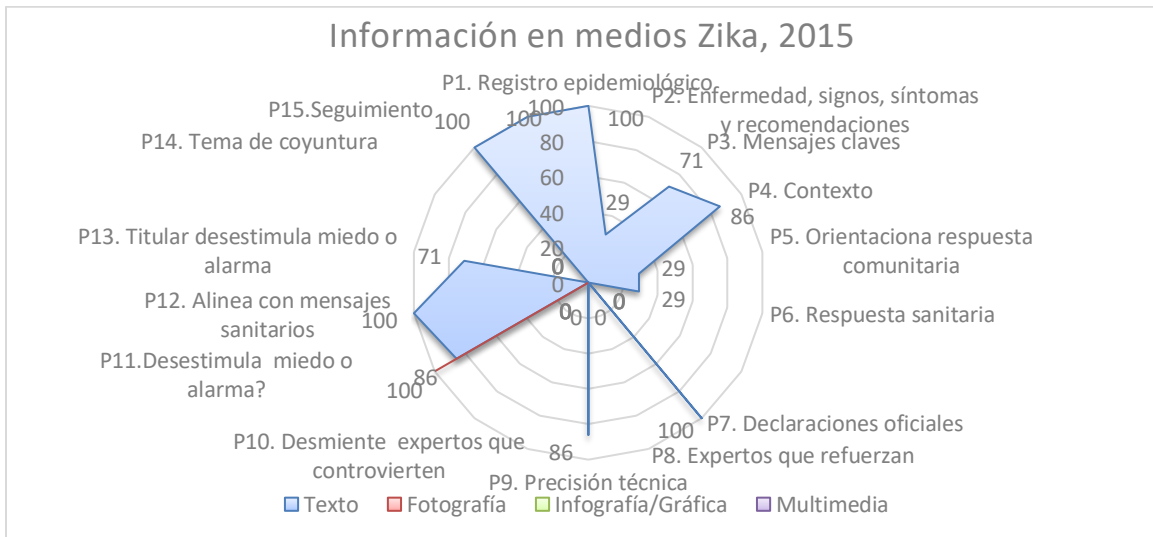
**Tabla 16. Consolidado información en medios zika, 2015**

Cód.	Dimensión		Pregunta	Prom	Texto	Fotografía	Infografía/Gráfica	Multimedia	
C2V1	Calidad información	57,3	P1. Registro epidemiológico	100	100	57,3	0,0	0,0	0,0
			P2. Enfermedad, signos, síntomas y recomendaciones	29	29				
			P3. Mensajes claves	71	71				
			P4. Contexto	86	86				
			P5. Orienta respuesta comunitaria	29	29				
			P6. Respuesta sanitaria	29	29				
C2V2.	Posicionamiento como fuente	46,5	P7. Declaraciones oficiales	100	100	46,5	0,0	0,0	0,0
			P8. Expertos que refuerzan	0	0				
			P9. Precisión técnica	86	86				
			P10. Desmiente a expertos que controvierten	0	0				
C2V3.	Discurso (miedo/alarma)	85,7	P11. Desestimula miedo o alarma	86	86	100	33,3	0,0	0,0
			P12. Alinea con mensajes sanitarios	100	100				
			P13. Titular desestimula miedo o alarma	71	71				
C2V4.	Seguimiento informativo	100	P14. Tema de coyuntura	100	100	100,0	0,0	0,0	0,0
			P15. Seguimiento	100	100				

Fuente: Elaboración propia.

El alcance de la información incluye un 58 % en medios nacionales y 14 % en 102 medios regionales. Durante este periodo se publican 7 notas periodísticas, 4 incluyen fotografías del mosquito *aedes aegypti* (57 %). Los medios no generaron infografías/gráficas ni videos de apoyo a las notas publicadas.

Aunque se trata de una enfermedad nueva en la región, la información registrada en las notas periodísticas mantiene 57 % de calidad informativa al retomar mensajes clave priorizados por las autoridades sanitarias, la variable más débil es posicionamiento como fuente con 47 % debido principalmente a la no inclusión de expertos que validen la posición institucional; la comprensión y uso de mensajes sanitarios por parte del periodista permitió que se controlara el discurso del medio/alarma en el 86 % de los casos. Todas las notas obedecen a temas de coyuntura y seguimiento al primer anuncio.



**Ilustración 34. Información en medios zika, 2015**

Fuente: Elaboración propia

La ilustración 34 evidencia los aspectos más destacados en la gestión de la comunicación ante zika son la inclusión de declaraciones oficiales, alineación de mensajes sanitarios, temas de coyuntura y seguimiento con el 100 % de los casos

analizados. Entre los más débiles se encuentran la no vinculación de expertos que refuercen los mensajes sanitarios, así como la incorporación de información sobre la enfermedad, respuesta sanitaria y comunitaria en sólo el 29 % de las notas. 103

Calidad información zika, 2015: Ante el desconocimiento de la enfermedad, los medios dieron prioridad durante los primeros momentos de la emergencia a información epidemiológica de contexto y mensajes claves con el 100 %, 86 % y 71 %, respectivamente. Se observa que falta precisión en los mensajes que retoman la enfermedad y en aquellos que buscan orientar a las comunidades en riesgo frente a sus comportamientos durante la emergencia con sólo un 29 % de registro en cada aspecto.

Posicionamiento como fuente zika, 2015: Los medios retomaron información suministrada por los canales oficiales de las autoridades sanitarias en todas las notas; la información fue comprendida por los periodistas garantizando precisión técnica en el 86 % de las notas publicadas durante la emergencia, aspectos que le permiten consolidarse como fuente con capacidad técnica, sin embargo, se evidencia la importancia de incluir expertos que refuerzan la información para contrarrestar especulaciones. Discurso (miedo/alarma) zika, 2015: El trabajo de acompañamiento a medios realizado durante la confirmación de casos zika permitió la comprensión de la enfermedad por parte de los periodistas y su alineación con los mensajes sanitarios en la totalidad de las notas, desestimulando el uso de las palabras “alerta, miedo, alarma o preocupación” en el 86 % de las notas informativas y el 71 % de los titulares. Seguimiento informativo zika, 2015: Todas las notas publicadas durante la emergencia obedecían a temas de coyuntura determinados por los anuncios oficiales y el seguimiento a casos.

#### 7.4 Información en medios microcefalia asociada a zika, 2016

El discurso fue la variable más destacada durante la confirmación de los primeros casos de microcefalia asociada a zika ante el desconocimiento de la enfermedad, la autoridad sanitaria fue transparente y pudo des escalar el temor propio de las madres gestantes, centrando la atención de los medios en los avances en las investigaciones realizados por la comunidad médica en el mundo. (Ver tabla 17).

**Tabla 17. Consolidado información en medios microcefalia asociada a zika, 2016**

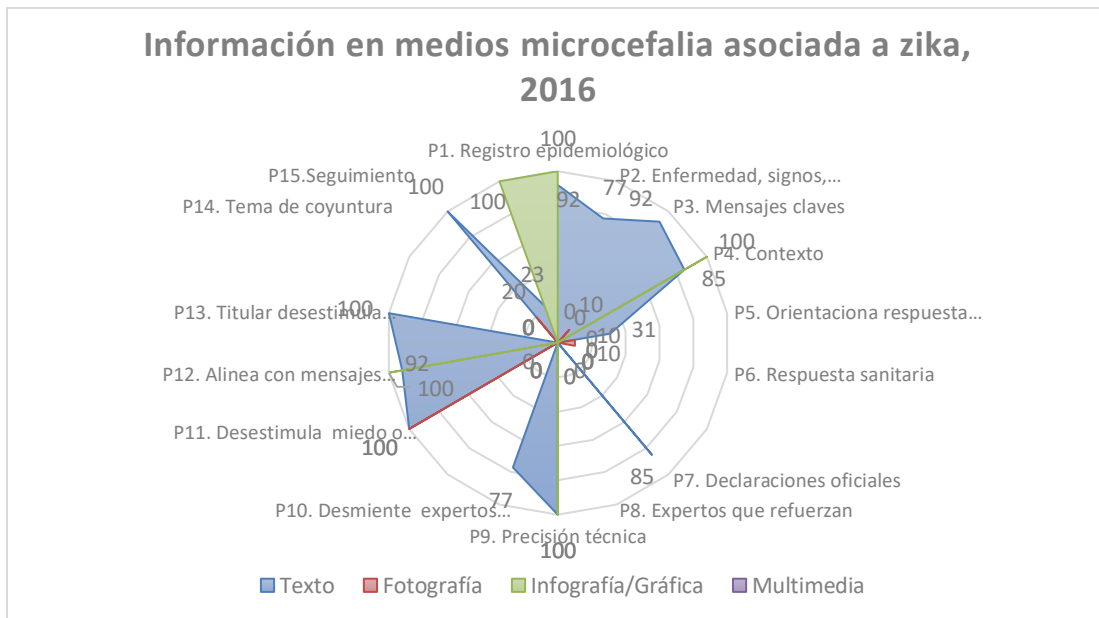
Cód.	Dimensión		Pregunta	Prom	Texto	Fotografía	Infografía/Gráfica	Multimedia			
C2V1	Calidad información	67	P1. Registro epidemiológico	96	92	62,8	5,0	100	33,3	0,0	
			P2. Enfermedad, signos, síntomas y recomendaciones	38,5	77			0			
			P3. Mensajes claves	51	92			10			0
			P4. Contexto	73	85			100			0
			P5. Orienta respuesta comunitaria	73	31			10			0
			P6. Respuesta sanitaria	73	0			10			0
C2V2.	Posicionamiento como fuente	66	P7. Declaraciones oficiales	85	85	65,5	0,0	0	25,0	0,0	
			P8. Expertos que refuerzan	0	0			0			
			P9. Precisión técnica	100	100			100			
			P10. Desmiente a expertos que controvierten	77	77						
C2V3.	Discurso (miedo/alarma)	99	P11. Desestimula miedo o alarma	100	100	97,3	33,3	0	33,3	0,0	
			P12. Alinea con mensajes sanitarios	96	92			100			
			P13. Titular desestimula miedo o alarma	100	100						
C2V4.	Seguimiento informativo	61	P14. Tema de coyuntura	60	100	61,5	10,0	20	50,0	0,0	
			P15. Seguimiento	61,5	23			100			

Fuente: Elaboración propia.

El tema fue abordado por agencias de noticias y medios internacionales en el 105 % de los casos, el alcance en medios nacionales fue de 30 % y regionales del 8 % (otro 8 % correspondió a medios de otras regiones del país), ante la expectativa de los efectos neurológicos asociados a zika.

Se publicaron 13 notas, 10 incluían fotografía (76 %) de las cuales 5 presentaban a menores con la enfermedad, 2 aludían a procedimientos médicos realizados a gestantes (1 a examen de resonancia magnética y 1 a ecografía 3D) y 3 muestran al mosquito *aedes aegypti* como vector transmisor de zika como enfermedad de base. Se publica 1 infografía elaborada por un medio nacional que retoma la información general de la enfermedad y datos epidemiológicos. No se emiten videos producidos por medios.

Se garantizó una gestión de medios efectiva caracterizada por rigurosidad científica que desestimuló el miedo en el 98 % de las notas y garantizó equilibrio en las variables calidad de la información, posicionamiento como fuente y seguimiento.



**Ilustración 35. Información en medios microcefalia asociada a zika, 2016**

Fuente: Elaboración propia

importancia la precisión técnica (100 % de las notas) y la comprensión del registro epidemiológico regional (96 %) y del contexto (73 %). Las infografías publicadas se centraron en el registro epidemiológico (Ver ilustración 35).

Calidad información microcefalia asociada a zika, 2016: El interés de los medios durante el primer anuncio se enfocó en el registro de casos (96 %), el impacto de la información desplazó la atención de aspectos relacionados con el conocimiento del contexto, orientaciones a la respuesta comunitaria y difusión de la respuesta sanitaria con 73 % cada uno. Los mensajes claves y la información de la enfermedad causante de las complicaciones neurológicas (zika) fueron desestimados con 51 % y 39 %. Las infografías dieron fuerza al contexto de la enfermedad reforzando los mensajes de transparencia. Posicionamiento como fuente microcefalia asociada a zika, 2016: La autoridad sanitaria logró un posicionamiento como fuente durante la gestión del primer anuncio, no se recurrió a expertos que refuerzan atendiendo a la credibilidad y precisión del vocero. Discurso (miedo/alarma) microcefalia asociada a zika, 2016: El carácter de la información y el manejo técnico permitió que los medios de comunicación se centraran en la versión oficial, el 100 % de los titulares y textos retomaron las declaraciones del vocero, esto desestimuló el miedo ante a una enfermedad poco documentada. Seguimiento informativo microcefalia asociada a zika, 2016: El 60 % de los medios abordaron el anuncio como un tema de coyuntura que destacó el primer anuncio, sólo el 62% de las notas garantizó seguimiento informativo incluyendo información adicional a la reportada por las autoridades sanitarias.

### 7.5 Información en medios chagas agudo importado, 2017

Durante la gestión de chagas agudo importado, al centrarse en el registro epidemiológico (100 %), la información en medios se alineó con mensajes sanitarios (100 %), facilitando la comprensión de la enfermedad como un brote importado y neutralizando la alarma. Las notas retoman el caso y las versiones encontradas de las autoridades sanitarias frente a la confirmación de la enfermedad por necropsia, sólo en el 13 % se incluyen recomendaciones sanitarias (Ver tabla 18).

**Tabla 18. Consolidado información en medios chagas agudo importado, 2017.**

Cód.	Dimensión		Pregunta	Prom	Texto	Fotografía	Infografía/Gráfica	Multimedia			
C2V1	Calidad información	53	P1. Registro epidemiológico	100	100	57,3	1,7	100	50,0	0,0	
			P2. Enfermedad, signos, síntomas y recomendaciones	64,5	29			100			
			P3. Mensajes claves	35,5	71			0			0
			P4. Contexto	93	86			100			
			P5. Orienta respuesta comunitar	14,5	29			0			0
			P6. Respuesta sanitaria	13	29			10			0
C2V2.	Posicionamiento como fuente	41	P7. Declaraciones oficiales	70	100	71,5	2,5	100	50,0	0,0	
			P8. Expertos que refuerzan		0			0			
			P9. Precisión técnica	93	86			100			
			P10. Desmiente a expertos que controvierten		100						
C2V3.	Discurso (miedo/alarma)	82	P11. Desestimula miedo o alarma	87,7	73	82,0	30,0	100	33,3	0,0	
			P12. Alinea con mensajes sanitarios	100	100			0			
			P13. Titular desestimula miedo o alarma	73	73						
C2V4.	Seguimiento informativo	80	P14. Tema de coyuntura	60	100	100,0	10,0		50,0	0,0	
			P15. Seguimiento	100	100			100			

Fuente: Elaboración propia.

11 notas se publicaron en medios, el 45 % registraron alcance internacional, 108 frente a 27% de publicaciones en medios nacionales y 27 % en medios regionales. 10 incluyeron fotografías (76 %) que variaron en su composición: 7 presentaron al vector, 1 al centro hospitalario, 1 al puente internacional como punto de tránsito permanente y 1 retomó la rueda de prensa realizada por autoridades venezolanas.

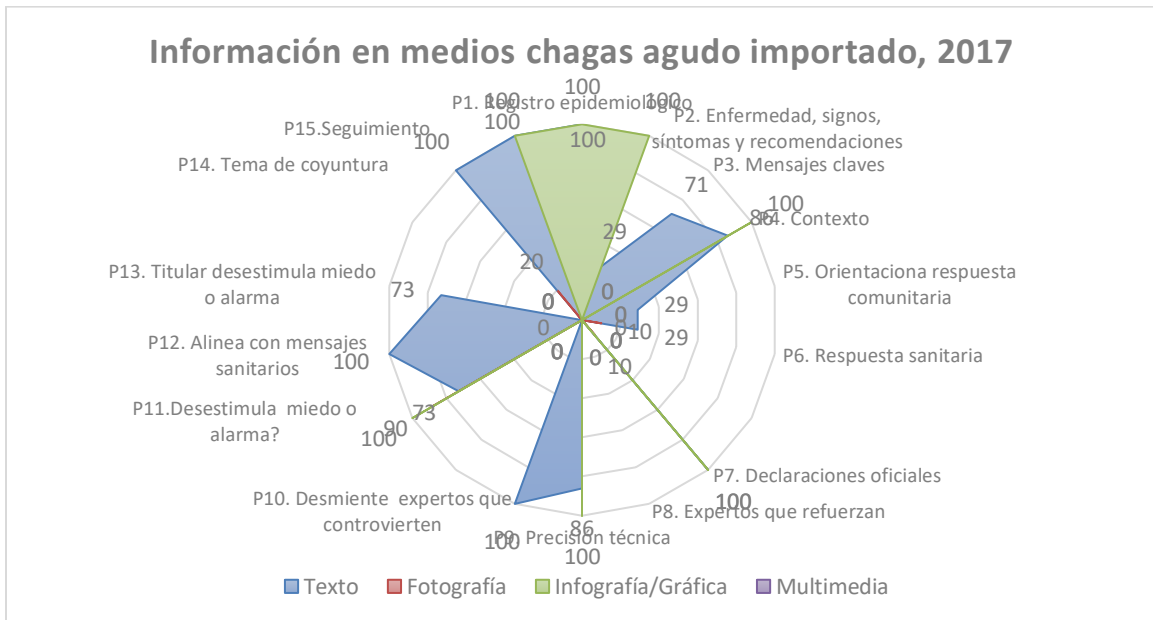
Los medios se enfocaron en las versiones oficiales frente a la confirmación o no de los casos y la evolución de los familiares de los menores fallecidos, lo que desvió la atención frente al brote de la enfermedad, el 60 % de las notas retomó el primer anuncio y el 100 % garantizaron seguimiento periodístico.

Durante la gestión del brote de chagas agudo importado sobresalen aspectos relacionados con la priorización del registro epidemiológico el interés por garantizar seguimiento informativo en el 100 % de las notas, se da relevancia al contexto y se mantiene precisión técnica en el 93 % de las notas. Los aspectos a fortalecer fueron la presentación de información relacionada con respuesta sanitaria con sólo un 13 % atendiendo a versiones que mencionan dificultades para acceder a atención médica oportuna. Dentro de las prioridades de la comunicación no estuvo el brindar orientaciones para la respuesta comunitaria atendiendo a que se trataba de una enfermedad importada, sin casos autóctonos en el departamento, pero en el 15 % de las notas se mencionan recomendaciones orientadas a reducir riesgos en viviendas en zonas rurales y dispersas. El aspecto de menor calificación es respuesta sanitaria con 13 %, lo que se explica por las versiones encontradas de las autoridades sanitarias de Norte de Santander y Táchira.



La ilustración 36 adicionalmente muestra que el foco de la atención para la 109

producción de infografías está en el registro epidemiológico, información general de la enfermedad relacionada con signos, síntomas y recomendaciones, aspectos presenten en todas las notas analizadas.



**Ilustración 36. Información en medios chagas agudo importado, 2017**

Fuente: Elaboración propia

Calidad información chagas agudo importado, 2017: La variable calidad de la información tan sólo alcanzó un 53 % de presencia en las notas, aunque los medios priorizaron la información epidemiológica e información de contexto en el 100 % y 93 % de las notas analizadas, se evidencian aspectos por mejorar frente a la comprensión de la enfermedad y sus implicaciones, presente sólo en el 65 % de las notas, 36 % de las notas retomaron mensajes claves; los aspectos más críticos fueron el 15% en orientación de la respuesta comunitaria y 13 % en respuesta sanitaria.

Posicionamiento como fuente chagas agudo importado, 2017: Aunque en el 93 % de las notas se evidencia comprensión del periodista de la información canalizada por la

autoridad sanitaria y el 70 % retoma declaraciones de vocero o comunicado, se debe involucrar expertos que refuercen los mensajes sanitarios y desmientan versiones de otras fuentes que tiendan a la especulación, en ninguna nota se incluyen expertos alineados. 110

Discurso (miedo/alarma) chagas agudo importado, 2017: Los textos periodísticos y la infografía apoyan los mensajes sanitarios en el 100 % de las notas, sin embargo, la redacción de los titulares y de los textos pueden incitar a alarma o temor, sólo se logró desestimularlo en el 73 % y 88 % de las notas, respectivamente.

Seguimiento informativo chagas agudo importado, 2017: El primer anuncio (fallecimiento de los tres menores procedentes de Táriba, Venezuela) generó el 60 % de las notas asociadas al brote de chagas, retomando información emitida por el IDS e incluyendo información adicional sobre la enfermedad consultada por el periodista. Todas las notas publicadas garantizan seguimiento informativo. La información fue transmitida principalmente a través de noticias, apoyadas por fotografías (20 %).

## 7.6 Información en medios sarampión, 2018

La redacción de las notas periodísticas y sus titulares promovieron alarma durante el reingreso de sarampión, los medios dieron cabida a sus propios expertos (directivos sindicales) que presentaron sus cifras, desestimando el reporte oficial. En el 100 % de las notas se busca desmentir estas versiones, llevando a la reducción de la calidad de la información que se centra en el registro de casos y desestimando el conocimiento de la enfermedad (11 %) y la respuesta sanitaria (28 %). (Ver la tabla 19).

**Tabla 19. Consolidado información en medios sarampión, 2018.**

Cód.	Dimensión		Pregunta	Prom	Texto	Fotografía	Infografía/Gráfica	Multimedia			
C2V1	Calidad información	47	P1. Registro epidemiológico	97	94	56,3	28,8	0,0	100	33,3	
			P2. Enfermedad, signos, síntomas y recomendaciones	11	22				0		
			P3. Mensajes claves	49	44				53		50
			P4. Contexto	69,5	89						50
			P5. Orienta respuesta com.	28,7	33				53		0
			P6. Respuesta sanitaria	28	56				67		0
C2V2.	Posicionamiento como fuente	69	P7. Declaraciones oficiales	71	100	77,8	3,3	0,0	100	50,0	
			P8. Expertos que refuerzan	5,5	11				0		
			P9. Precisión técnica	100	100				100		
			P10. Desmiente a expertos que controvierten	100	100						
C2V3.	Discurso (miedo/alarma)	91	P11 Desestimula miedo o alarma	60,7	89	90,7	31,0	0,0	0	33,3	
			P12. Alinea con mensajes sanitarios	97	94				100		
			P13. Titular desestimula miedo o alarma	44,5	89						
C2V4.	Seguimiento informativo	91	P14. Tema de coyuntura	100	100	100,0	23,5	0,0	100	100,0	
			P15. Seguimiento	100	100				100		

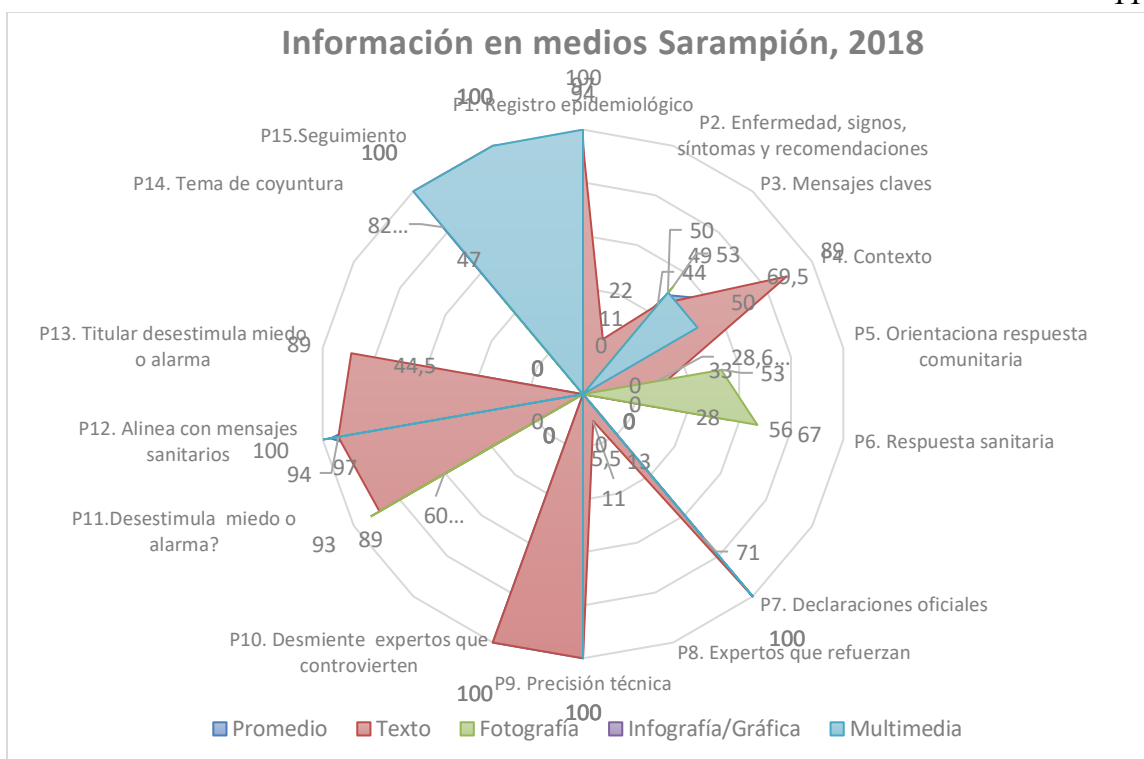
Fuente: Elaboración propia.

El 56 % de las notas tuvo alcance nacional frente a un 17 % de alcance internacional 22 % regional y 6 % en otras regiones. De las 18 notas publicadas, 15 (83 %) incluían fotografías – 8 promueven la vacunación, 5 mostraron el brote de sarampión en niños menores de 10 años, 1 incluyeron el ala pediátrica de hospital y 1 población migrante cruzando el puente, lo que asocia la enfermedad a la migración. No se producen infografía pero si se publican 2 videos que retoman notas emitidas por noticieros regionales (11 %).

La información difundida a través de noticias escritas y en video garantizaron seguimiento informativo en el total de las notas, se incluyó información priorizada por la autoridad sanitaria en el 57% de los textos periodísticos y el 100 % de los videos.

Durante la gestión de la información en medios ante sarampión sobresalen aspectos relacionados con la precisión técnica (100 % de las notas), la alineación de los mensajes sanitarios en el 97 % de las notas que evidencia comprensión de la información sanitaria por parte del periodista y el marcado interés por desmentir los expertos canalizados por los medios que tienden a la especulación. El contexto cobra relevancia en el 70 % de los diferentes recursos periodísticos utilizados en cubrimiento periodístico.

Las fotografías que acompañan las notas periodísticas durante el reingreso de la enfermedad se centran en la respuesta sanitaria y comunitaria. La información multimedia se limita a videos que retoman las notas periodísticas sin elementos adicionales de contexto (Ver ilustración 37).



**Ilustración 37. Información en medios sarampión, 2018**

Fuente: Elaboración propia

Calidad información sarampión, 2018: La calidad de información generada a partir del cubrimiento periodístico de sarampión es la variable que registró con menor comportamiento de las analizadas con un promedio de 47 %, retomó principalmente el registro de casos con 94 %, sólo en el 70 % de las notas se hace alusión al contexto de la enfermedad. Los mensajes sanitarios se enfocaron en destacar las altas coberturas de vacunación en niños menores de 5 años en Colombia alcanzadas con el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el esquema de triple viral previene la enfermedad, lo que permite controlar la aparición de brotes en la región, la respuesta sanitaria se enfoca en la vacunación de niños migrantes menores de 10 años. Llama la atención el poco interés de los medios en incluir los signos, síntomas y recomendaciones lo que lleva a que la

información difundida sobre la enfermedad sea abordada principalmente desde 114

fotografías que presentan el brote en manos y brazos y muestran la vacunación como mecanismo de control.

Posicionamiento como fuente sarampión, 2018: La gestión de la información en medios frente a sarampión estableció retos relacionados con el posicionamiento de los mensajes emitidos a través de vocero y comunicado frente a las declaraciones de expertos abordados por los medios que presentan versiones opuestas; en el 100 % de las notas se desmienten las versiones que controvierten pero su difusión genera incertidumbre en las comunidades en riesgo; esto permite reflexionar frente la importancia de acercar expertos a los medios expertos con versiones alineadas con los mensajes sanitarios que permitan desvirtuar a los otros. La revisión de la precisión técnica permitió corroborar la comprensión de la información oficial por parte del periodista en el 100 % de las notas tanto en texto como en video.

Discurso (miedo/alarma) sarampión, 2018: Aunque el 97 % de las notas se alinean con los mensajes sanitarios, el lenguaje utilizado por los medios durante el cubrimiento del brote de sarampión promovió la especulación, sólo el 45% de los titulares y el 61% de los textos desestimularon alarma o miedo.

Seguimiento informativo sarampión, 2018: La confirmación del reingreso de la enfermedad motivó el 100 % de las notas periodísticas (texto y multimedia) analizadas, en todas, el periodista garantiza seguimiento a la evolución de la enfermedad en la región.

## 7.7 Información en medios IRA, 2019

La especulación ante el pico epidemiológico de IRA en 2019 fue promovida por los titulares y textos periodísticos difundidos por medios con tono alarmista en el 31 % de los casos analizados. Aunque se trató de una enfermedad con brote reciente (2018) el uso del nombre Influenza A(H1N1) generó incertidumbre. El tema perdió interés mediático en 8 días. La tabla 20 evidencia que ésta fue la emergencia sanitaria con menor alineación entre mensajes sanitarios e información en medios.

**Tabla 20. Consolidado información en medios IRA, 2019.**

Dimensión		Pregunta	Prom	Texto	Fotografía	Infografía/Gráfica	Multimedia			
Calidad información	47	P1. Registro epidemiológico	32	63	32,3	28,2	0	33	44,5	
		P2. Enfermedad, signos, síntomas y recomendaciones	64	25			100	67		
		P3. Mensajes claves	57,5	25			38	100		67
		P4. Contexto	2	6				0		0
		P5. Orienta respuesta comunitaria	65	31			62	100		67
		P6. Respuesta sanitaria	61,5	44			69	100		33
Posicionamiento como fuente	40	P7. Declaraciones oficiales	44,5	88	53,3	5,8	0	67	33,3	
		P8. Expertos que refuerzan	29,7	6			50	33		
		P9. Precisión técnica	67,3	69			100	33		
		P10. Desmiente a expertos que controvierten	16,7	50						
Discurso (miedo/alarma)	31	P11. Desestimula miedo o alarma	56,8	25	31,3	23,0	69	100	33	
		P12. Alinea con mensajes sanitarios	54,7	31			100	33		
		P13. Titular desestimula miedo o alarma	12,7	38						
Seguimiento informativo	77	P14. Tema de coyuntura	55,7	100	97,0	27,0	54	50,0	67	
		P15. Seguimiento	98	94			100	100	83,5	

Fuente: Elaboración propia.

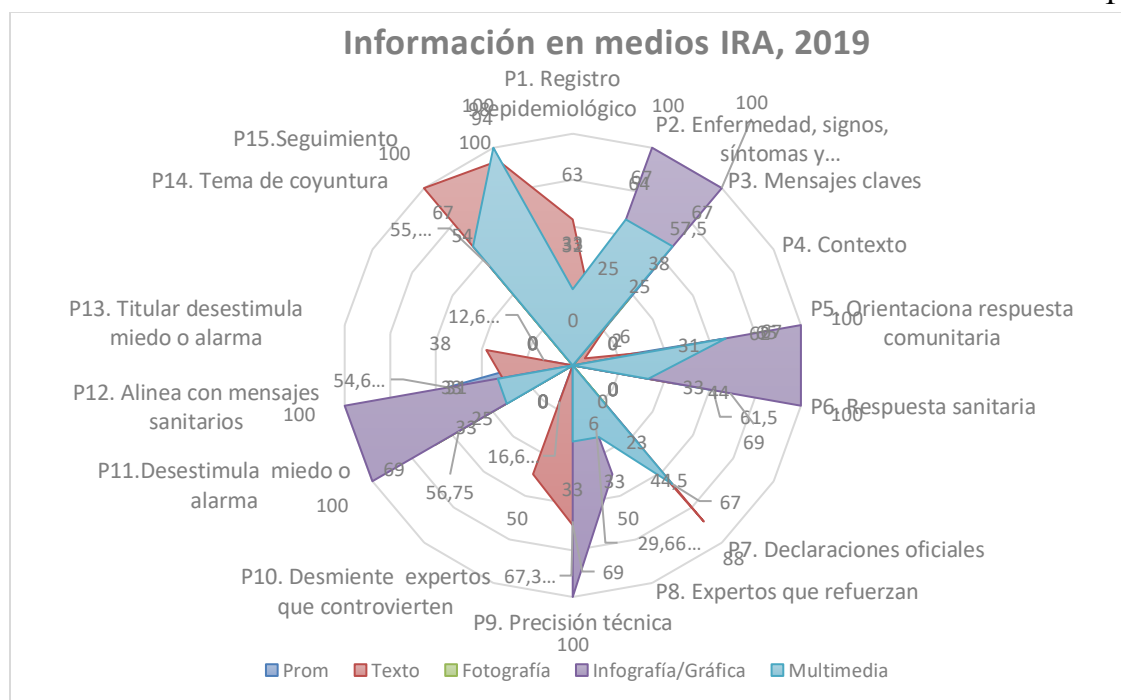
El 12 % de las notas fueron difundidas por medios internacionales y el 3 % 116 por medios nacionales, frente al 50 % de notas regionales. En el 25 % de los casos la información fue suministrada por agencias de noticias. Ésta fue la emergencia sanitaria que motivó la producción de piezas periodísticas de respaldo a las notas. De las 16 notas publicadas en medios digitales, 13 incluyen fotografías (81 %) con mensajes dispersos: 5 corresponden a vacunación, 4 al uso de tapabocas – una práctica no sugerida por las autoridades sanitarias que genera incertidumbre – y 3 incluyen instalaciones hospitalarias o procedimientos especializados. Los medios generaron contenidos adicionales: 2 infografías (12 %) y 3 videos que retoman comentarios de expertos (18 %).

La información difundida por medios alcanza un 77 % de seguimiento, 47 % de calidad, 40 % de posicionamiento como fuente y 31 % de desestimulo al discurso del miedo/alarma, lo que la convierte en la emergencia sanitaria con mayor incertidumbre.

Aspectos entre los que se destacan la limitada información de contexto (2 %), titulares que generan alarma (13 % en desestimulo) y declaraciones de expertos que controvierten sin soporte técnico las cifras epidemiológicas (sólo el 17 % de las notas los desmiente) incidieron en la incertidumbre generada en la población en riesgo durante el 2º pico epidemiológico de Infección Respiratoria Aguda IRA en 2019.

Aunque se trata de una enfermedad presente en la región desde 2013, el antecedente del brote en 2018 predispuso a la población frente a la enfermedad, el tema se controló rápidamente, pero la incertidumbre se mantiene, la síntesis se observa en la ilustración 38.





**Ilustración 38. Información en medios IRA, 2019.**

Fuente: Elaboración propia

Calidad información IRA, 2019: La calidad de la información se afectó con una comprensión limitada de la enfermedad y su contexto que desencadenó en temor, sólo el 65 % de las notas incluyeron orientaciones para respuesta comunitaria y tan sólo el 62 % retomaron acciones de respuesta sanitaria que apoyaran la confianza en la atención y control de la emergencia por parte de las autoridades sanitarias.

Posicionamiento como fuente IRA, 2019. Durante esta enfermedad se registró el menor posicionamiento como fuente de la autoridad sanitaria, los medios dieron paso a expertos que generaron alertas con especulación en datos epidemiológicos e información inexacta frente a la respuesta sanitaria. El 45 % de las notas retomaron información oficial, pero sólo el 17 % desmienten expertos abordados por iniciativa de los medios, lo que evidencia vacíos de información.

Discurso (miedo/alarma) IRA, 2019: La redacción del titular y el cuerpo de la <sup>118</sup> nota periodística incita a la alarma, sólo 13% de los titulares y 57% de los textos desestimulan el miedo. Esto obedece principalmente a orientación del periodista, teniendo en cuenta que en el 55% de notas el contenido retoma los mensajes sanitarios.

Seguimiento informativo IRA, 2019: El 56% de las notas se publicaron a partir del primer anuncio y el 98% garantizan seguimiento a la información transmitida por autoridades sanitarias.

## Percepción del Riesgo

### 8.1 Diagnóstico de la percepción del riesgo reflejado en medios.

El análisis de la percepción del riesgo retoma la información publicada durante cada emergencia sanitaria a la luz del impacto en la generación de opinión frente al nivel de afectación, así como de las posibilidades de control y superación a partir de 11 variables retomadas de recomendaciones de la OPS/OMS.

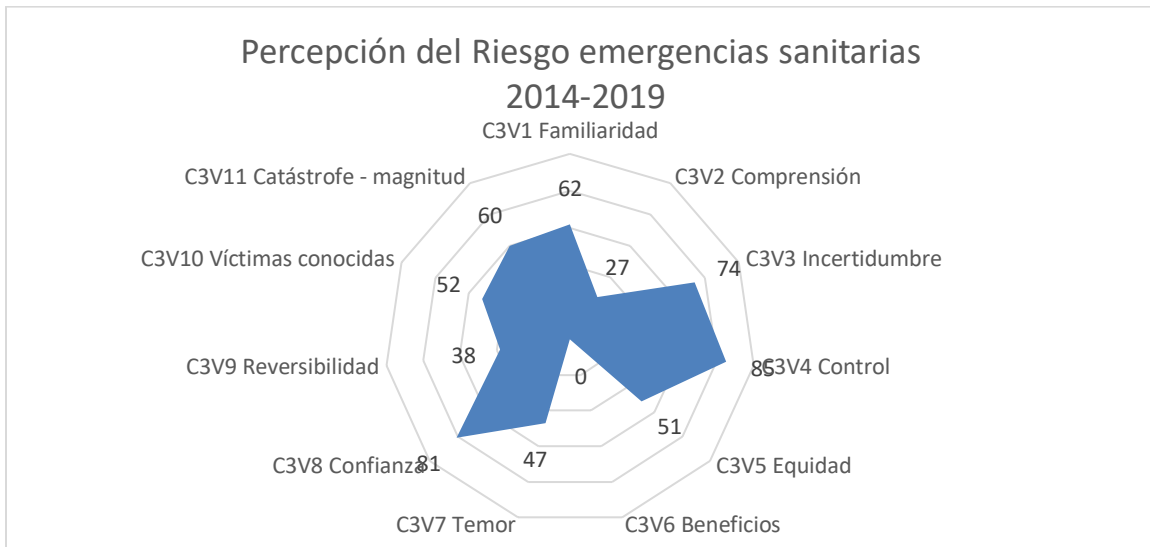
Los resultados están disponibles en los anexos 21. Resultados de la percepción del riesgo y 22. Gráficas de la percepción del riesgo.

La variable que registró mayor percepción fue control con el 85 %, lo que se explica ante el posicionamiento de la autoridad sanitaria al momento de generar los primeros anuncios e informar sobre la respuesta sanitaria; esto refuerza la confianza de las comunidades en riesgo frente a las acciones de prevención de la enfermedad que alcanzó un 81 % en la revisión.

Familiaridad (62 %), víctimas conocidas (52 %), equidad (51 %), reversibilidad (38 % y comprensión (27 %) son las variables que apoyan una percepción real del riesgo a partir de la información difundida por medios. A pesar de la gestión sanitaria, se evidencian aspectos negativos relacionados con incertidumbre y la impresión de riesgo de “epidemia”, presentes en el 60 % de las notas analizadas; también se percibe temor de contraer la enfermedad en los próximos 12 meses en el 47 % de las notas.

La gestión de la información en medios permitió establecer que en ninguna de 120 las emergencias sanitarias se percibieron beneficios asociados a contraer la enfermedad.

La ilustración 39 muestra el promedio general de la Percepción del Riesgo atendiendo a la información difundida por medios digitales.



**Ilustración 39. Percepción del riesgo emergencias sanitarias 2014-2019**

Fuente: Elaboración propia

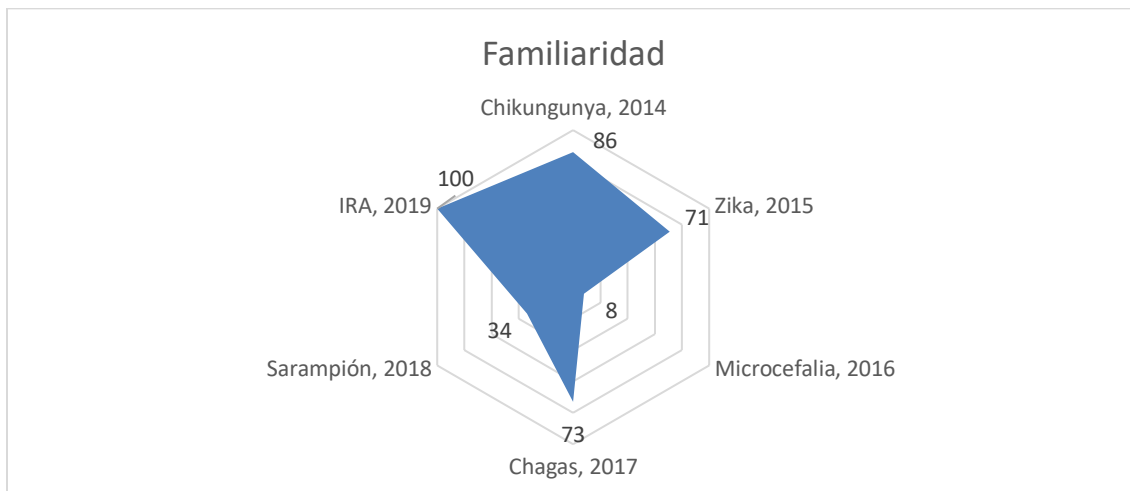
8.1.1 Familiaridad. El análisis comparativo permite identificar que IRA (100%) fue la enfermedad con mayor familiaridad, esto se explica porque la región enfrentó brotes en 2013 y 2018 durante los cuales se difundieron ampliamente los signos, síntomas y recomendaciones; sin embargo, la muerte de personas destacadas generó alerta predisponiendo a la población. Los medios continuaron manejando el nombre Influenza A(H1N1).

Aunque chikungunya (86 %) y zika (71 %) ingresaron a la región en 2014 y 2015 respectivamente, y se disponía de información limitada, los antecedentes como zona endémica para enfermedades transmitidas por vectores, como dengue y dengue grave,

permitieron que las recomendaciones para eliminación de criaderos y lavado de tanques fueran comprendidas por las comunidades.

Las picaduras de “pito” no son extrañas en el departamento, aunque se limitan a viviendas construidas en adobe en zonas rurales y dispersas, esto permitió que la enfermedad contara con una familiaridad de 73 % pero no se identificara un riesgo potencial para la población urbana.

Altas coberturas de vacunación contra sarampión- rubeola, permitieron que el 95 % de los niños menores de 5 años contaran con inmunidad para el virus, sin embargo, la enfermedad no es ajena para adultos jóvenes y adultos mayores, se evidenció una familiaridad de 34 %. La enfermedad con menor familiaridad atendiendo a su novedad y los avances en investigación fue microcefalia asociada a zika, registró sólo 8% en esta variable. Así lo evidencia la ilustración 40.



**Ilustración 40. Familiaridad**

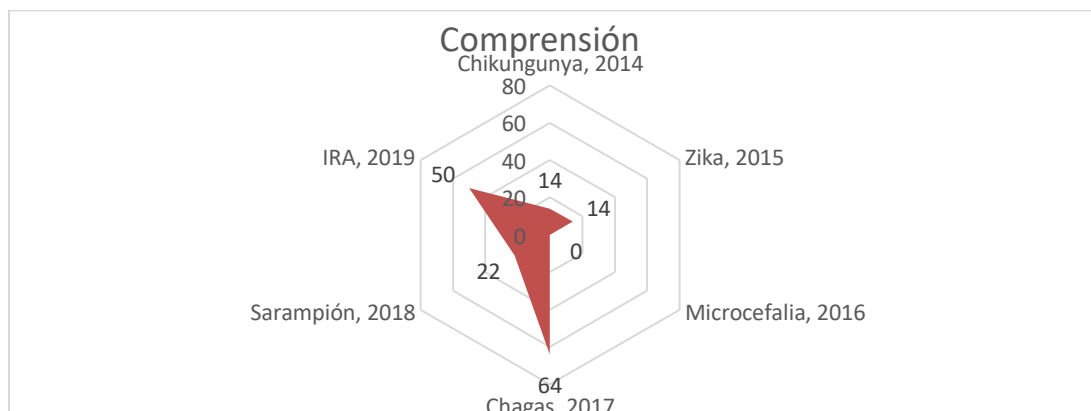
Fuente: Elaboración propia

8.1.2 Comprensión. Las enfermedades que evidenciaron mayor comprensión de las causas de complicaciones fueron los casos de chagas agudo importado (64 %) e IRA (50

%), el reingreso de sarampión no representaba complicaciones graves para los pacientes más allá de las marcas y el brote esto explica el 22 %.

Chikungunya y zika como enfermedades transmitidas por el mismo vector (*aedes aegypti*) fueron abordadas con mensajes preventivos similares, orientados a la eliminación de medios para la proliferación del vector, la información difundida durante 2015 comparaba los signos y síntomas y orientaba frente a atención médica, la comprensión de sus complicaciones no fue priorizada en los mensajes sanitarios, por tanto, se evidencia sólo 14 % en esta variable

Atendiendo a la naturaleza de la información técnica el cubrimiento de microcefalia no permitió que las comunidades en riesgo identificaran las causas de complicaciones neurológicas del zika, lo que se evidenció con 0 % en comprensión. La ilustración 41 muestra el comportamiento de esta variable.



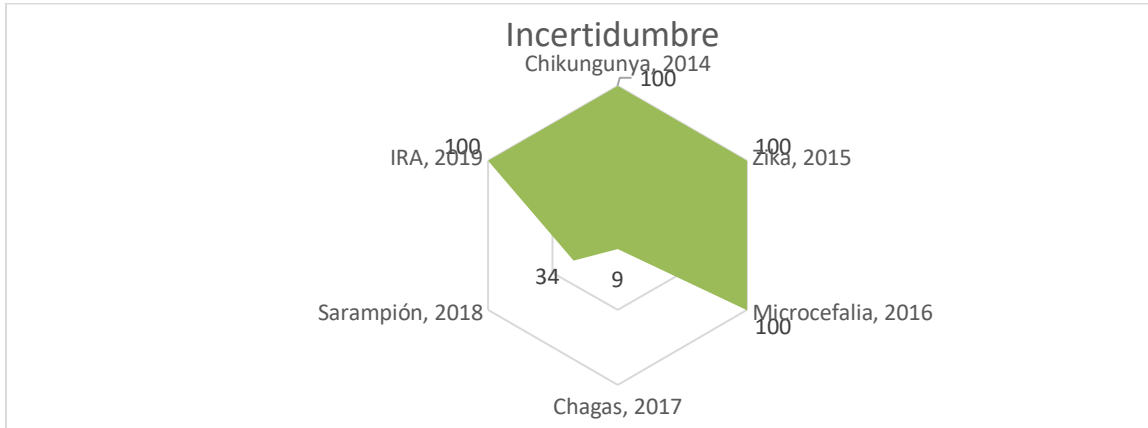
**Ilustración 41. Comprensión.**

Fuente: Elaboración propia

8.1.3 Incertidumbre. Cuatro de las seis emergencias sanitarias -chikungunya, zika, microcefalia e IRA representaban la mayor incertidumbre frente a un riesgo de contagio en los próximos 12 meses (100 %). Se apropió el mensaje de altas coberturas de vacunación, lo que limitó la incertidumbre a un 34 %.

La emergencia por chagas agudo importado fue interpretada adecuadamente 123

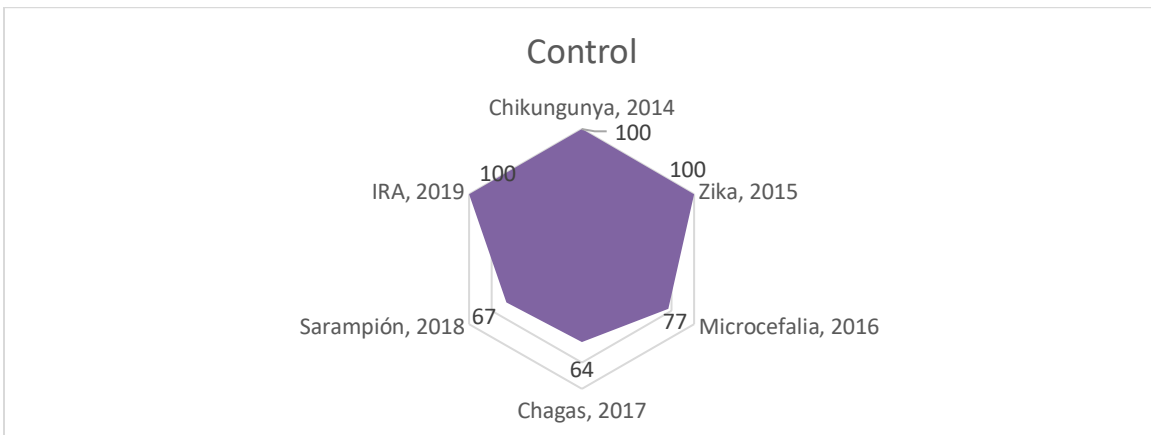
por los medios y se percibió lejana, asociando incertidumbre de 9% (Ver ilustración 42).



**Ilustración 42. Incertidumbre**

Fuente: Elaboración propia

8.1.4 Control. Las medidas de control se asocian principalmente a acciones de promoción y prevención que corten el ciclo de contagio, atención en salud a los casos confirmados y gestión integral de la emergencia. En chikungunya, zika e IRA se generaron amplias expectativas frente a implementación de medidas de control (100 %), seguida por microcefalia (77 %), sarampión (67 %) y chagas agudo importado (64 %). La ilustración 43 confirma que la información en medios genera expectativas favorables.



**Ilustración 43. Control**

Fuente: Elaboración propia

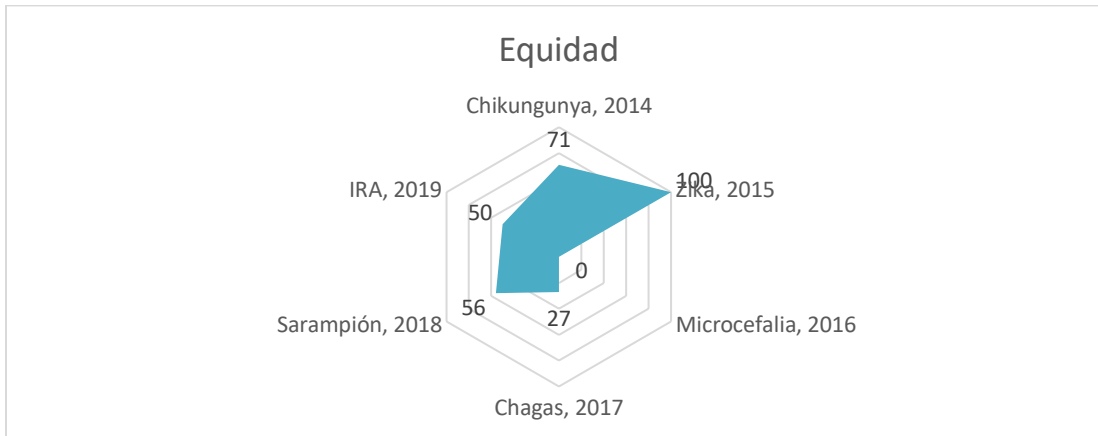
8.1.5 Equidad. Esta variable reconoce el riesgo al que se enfrenta la población por sus 124 condiciones de vida, que la hacen susceptible a enfermedades, depende de las condiciones específicas de cada emergencia sanitaria y las características de la población en riesgo, ya sea por ubicación, grupo étnico, comorbilidades o entornos de riesgo.

La variable se muestra dispersa; la enfermedad que representó mayor equidad en su afectación fue zika (100 %), que llegó a las regiones con mayor población del departamento con un alto índice de casos. Aunque los casos de chikungunya fueron más y el sistema sanitario colapsó por la alta demanda en la atención, al tratarse de una enfermedad nueva no se tenía conocimiento previo ante las medidas de prevención y reducción del riesgo, arrojando un 71 % de equidad. Esto evidencia un aprendizaje frente al manejo de emergencias, frente a zika las comunidades estaban preparadas para afianzar conductas que redujeran su exposición al riesgo aumentando la posibilidad de control.

Sarampión con 56 % y chagas agudo importado con 27 % en equidad, invitan a reflexionar frente al abordaje de las enfermedades procedentes de Venezuela, las acciones de prevención se orientan principalmente a la población migrante, sin embargo, declaraciones asociadas al alto riesgo para ingreso de enfermedades controladas deja en evidencia una posible estigmatización del extranjero procedente de Venezuela, lo que puede desembocar en xenofobia, el tema no fue abordado por el sector salud en su respuesta y se garantizó acceso a vacunas a tanto a niños colombianos y como venezolanos. Microcefalia (0 %) representó retos para el reconocimiento de las condiciones específicas de riesgo, las cuales se asociaron al vector, enfocando los esfuerzos a prevenir nuevos casos de zika y monitorear gestantes que hayan padecido la



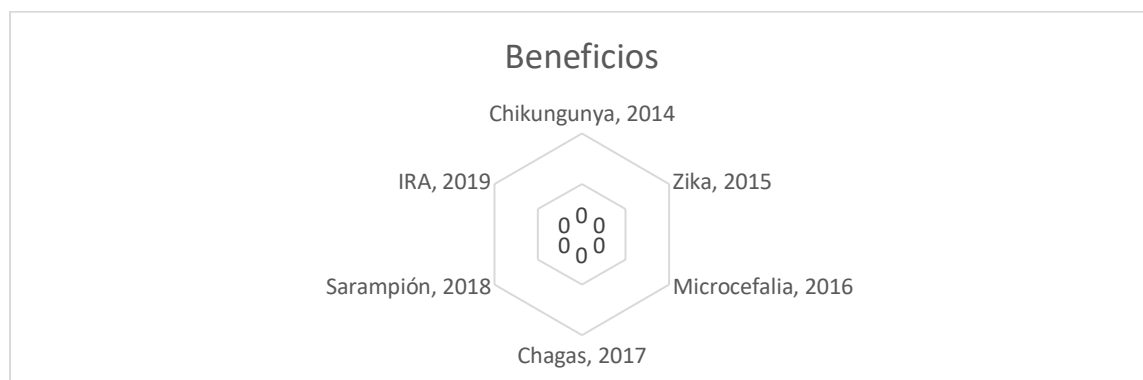
enfermedad. La ilustración 44 destaca el nivel de reconocimiento del riesgo de la población ante las condiciones de su entorno. 125



**Ilustración 44. Equidad**

Fuente: Elaboración propia

8.1.6 Beneficios. No se percibieron beneficios asociados al padecimiento de ninguna de las emergencias sanitarias analizadas; las comunidades buscaban no contraerlas ante situaciones incapacitantes o sus secuelas, entre las que se cuentan afectaciones a las articulaciones (chikungunya), efectos neurológicos asociados como *Guillain Barré* o microcefalia en hijos de gestantes que contrajeron la enfermedad (zika), el crecimiento del corazón (chagas), las marcas de sarampión o dificultades respiratorias derivadas de enfermedades respiratorias inusitadas (Ver ilustración 45).



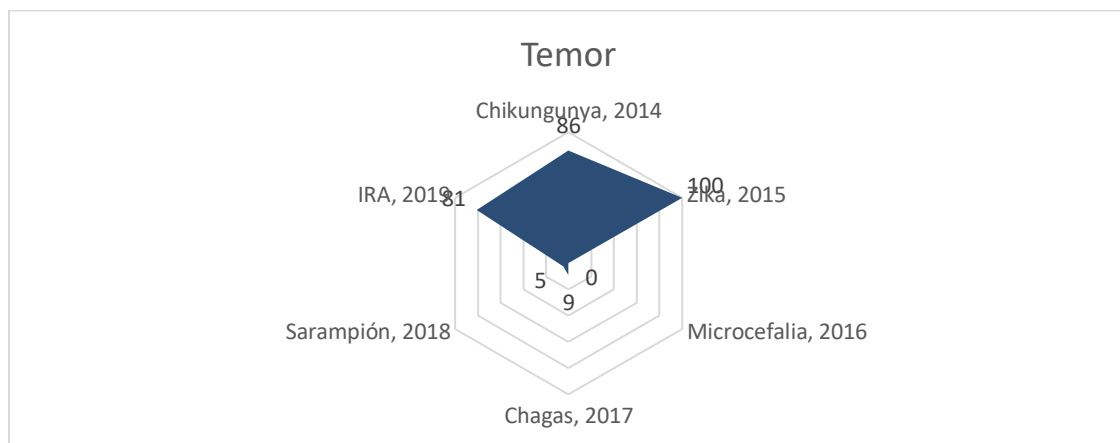
**Ilustración 45. Beneficios**

Fuente: Elaboración propia

8.1.7 Temor. La enfermedad que mayor temor representó a la luz de la información 126

en medios fue zika (100 %), sin embargo, llama la atención que en ninguna nota frente a microcefalia asociada a zika se mencionaron riesgos asociados a contraer la enfermedad, limitándose a la exposición de casos, el temor de mujeres gestantes se percibió en las comunidades, pero no en los medios.

Chagas agudo importado (9 %) y sarampión (5 %) se ubican como las enfermedades que representaron menor temor de contagio inmediato (Ver ilustración 46).



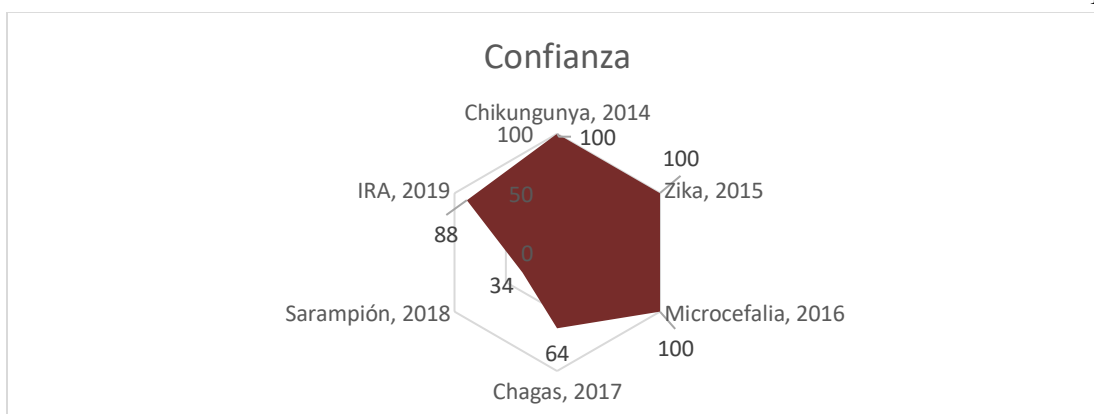
**Ilustración 46. Temor**

Fuente: Elaboración propia

8.1.8 Confianza. Las emergencias sanitarias que registraron la mayor confianza en las acciones de prevención realizadas fueron chikungunya, zika y microcefalia (100 %).

La respuesta sanitaria frente a IRA obtuvo un 88 % de confianza en medio del temor generado por la especulación ciudadana.

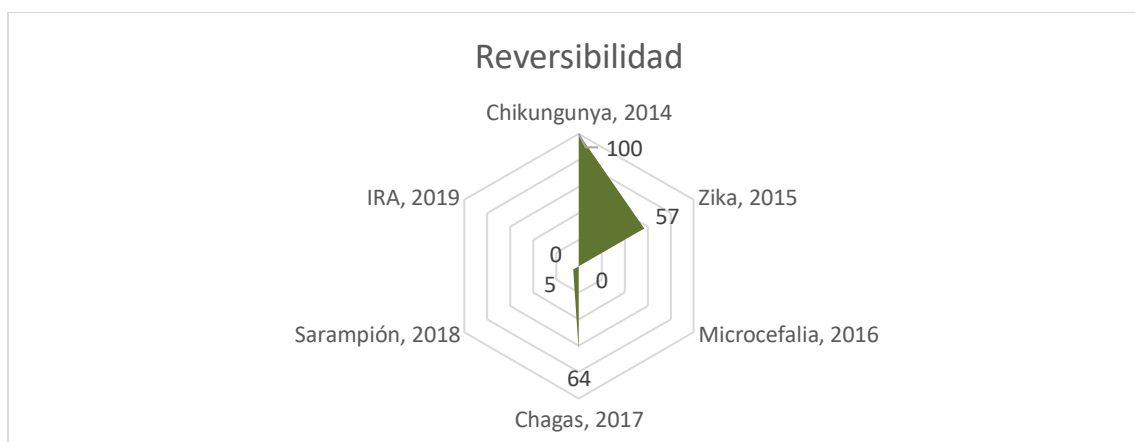
Los menores niveles de confianza se presentaron durante la gestión de Chagas (34 %) y sarampión (34 %). Así lo evidencia la ilustración 47.



**Ilustración 47. Confianza**

Fuente: Elaboración propia

8.1.9 Reversibilidad. Esta variable tiene en cuenta la percepción sobre la capacidad de recuperarse de la población que ha padecido la enfermedad. Chikungunya obtuvo 100 % a partir de la experiencia de confirmación comunitaria de casos, lo que se contrapone con la percepción de 57 % en zika, por tratarse de una enfermedad con efectos neurológicos a largo plazo. Microcefalia y zika registraron reversibilidad 0 %. (Ver ilustración 48)

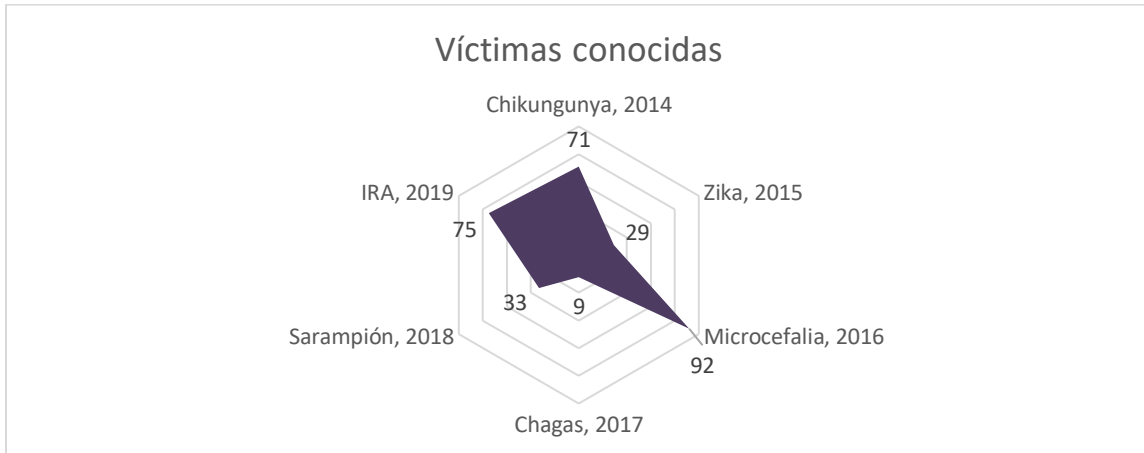


**Ilustración 48. Reversibilidad**

Fuente: Elaboración propia

8.1.10 Víctimas conocidas. Microcefalia fue la enfermedad que registró mayor proximidad (92 %) atendiendo a las características de la población afectada (bebés recién nacidos), el hecho de presentar el segundo caso en el país y el antecedente de casos de

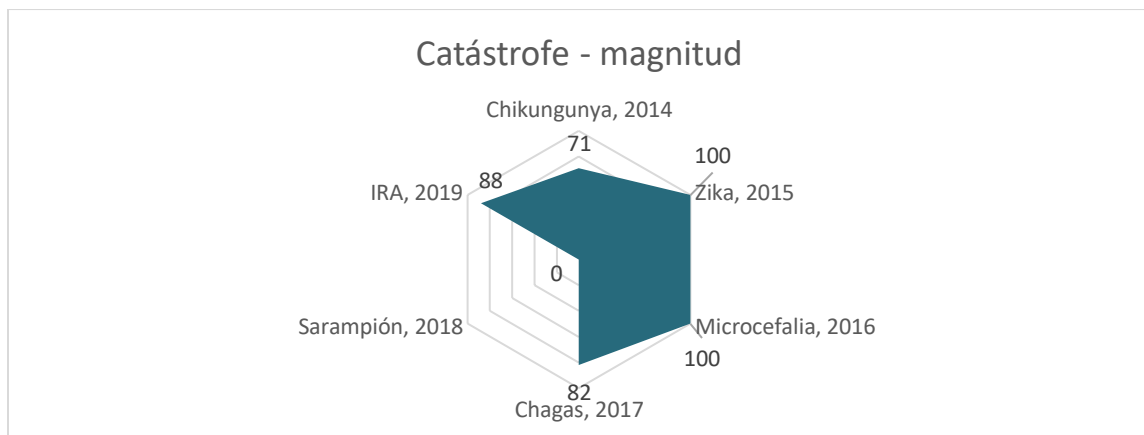
zika. Los casos de IRA registrados en las comunas 3,4, 6,7 y 8 de Cúcuta (con mayor 128 densidad poblacional) representaron proximidad para las comunidades. Representó sólo 9 % de proximidad, determinada principalmente al vincular a tres menores de una misma familia. Así se evidencia en la ilustración 49.



**Ilustración 49. Víctimas conocidas**

Fuente: Elaboración propia

8.1.11 Catástrofe - magnitud. Finalmente, la información en medios permitía percibir riesgo de epidemia de zika y microcefalia (100 %). La alarma generada por titulares ante IRA refleja un 88 % de riesgo. Llama la atención que no se percibe alerta frente a epidemia en sarampión, pero frente a chagas se desestima brote (Ver ilustración 50).



**Ilustración 50. Catástrofe - magnitud**

Fuente: Elaboración propia

## 8.2 Percepción del Riesgo ante chikungunya, 2014.

129

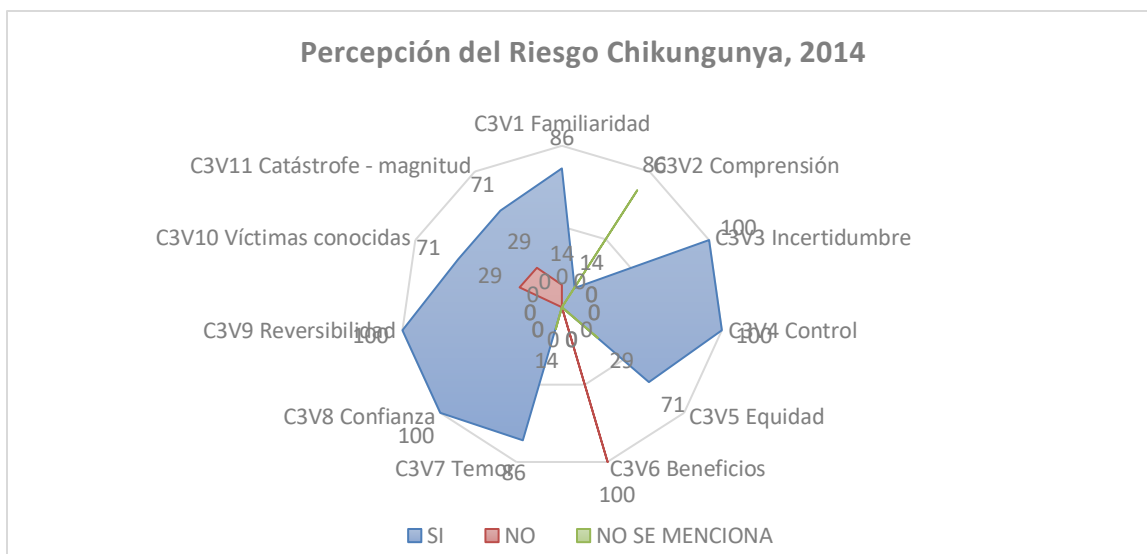
Durante la confirmación de casos de chikungunya, 2014 se presentó una alta percepción del riesgo que correspondía al riesgo real ante el elevado registro de casos y la capacidad desbordada del sector salud, hechos que representaron una amplia incertidumbre -100 %- que lleva a especular frente la proximidad de enfermar en los próximos meses.

El principal aspecto por controlar es el temor asociado al contagio al tratarse de una enfermedad de transmisión vectorial en una región endémica para *aedes aegypti*, la medición arroja que en el 86 % de las notas analizadas el temor está presente, frente a un 14 % de notas que no retoman el tema. La proximidad de casos 71 % estuvo determinada por la priorización de 130 barrios ubicados en las comunas 3, 4 ,6 7 y 8 en Cúcuta (capital), sectores con mayor densidad de población.

Se generaron mensajes orientados a enseñar como convivir con la enfermedad intensificando las medidas de prevención como la eliminación de criaderos, el uso de toldillos y repelentes. Entre los aspectos que contribuyeron a que se controlara la alarma se encuentran las actividades de control sanitario implementadas, el mantenimiento de la confianza y reversibilidad de la enfermedad una vez superada (todas con 100 %) y familiaridad (86 %).

Llama la atención que las comunidades solicitaron fumigaciones y organizaron listados de posibles casos que fueron remitidos a los centros de salud, mientras la autoridad sanitaria insistía en que no se trataba de una prioridad.

comprensión de las causas de complicaciones de la enfermedad (86 %) ni equidad (29 %). La ilustración 51 retoma la percepción de riesgo frente a chikungunya.



**Ilustración 51. Percepción del Riesgo chikungunya, 2014.**

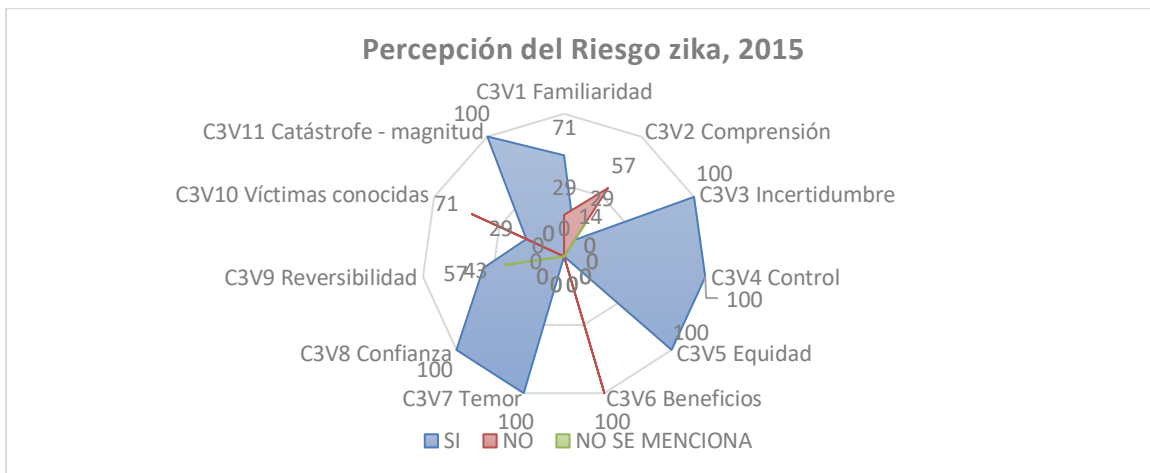
Fuente: Elaboración propia

### 8.3 Percepción del Riesgo ante zika, 2015.

La confianza en la respuesta sanitaria, la identificación de riesgos en la población a partir de sus condiciones de vida y una adecuada gestión de la incertidumbre y el temor permitieron que durante la confirmación de primeros 19 casos de zika se mantuviera la calma y se transmitiera confianza.

Aunque se trató de una enfermedad nueva que ubicó al departamento entre los 5 con mayor registro de casos a nivel nacional (en el momento de inicio), la información sanitaria incluida en las notas periodísticas sólo incluyó las causas de posibles complicaciones en el 14 % de las notas y sólo se menciona información relacionada con reversibilidad de la enfermedad en el 54 %.

Las medidas de control sanitario relacionadas con planes preventivos y de contingencia, protocolos de atención, preparación del personal médico y control del vector en los barrios con mayor registro de casos de dengue, fueron incluidas en el 100 % de las notas, los anuncios realizados por la autoridad sanitaria permiten mantener la confianza (100 %). La ilustración 52 evidencia la interacción de las variables analizadas.



**Ilustración 52. Percepción del Riesgo zika, 2015**

Fuente: Elaboración propia

#### 8.4 Percepción del Riesgo ante microcefalia asociada a zika, 2016.

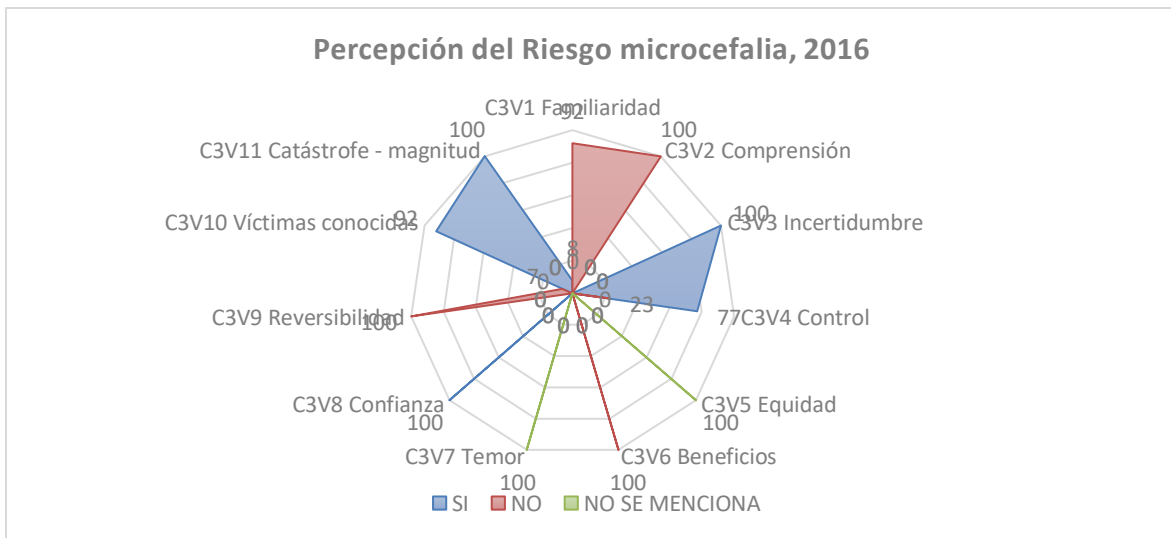
El primer anuncio se produce un día después de la confirmación del Centro de Prevención y Control de Enfermedades CDC (por sus siglas en inglés) de la existencia de microcefalia asociada al virus zika, generando incertidumbre ante el alto registro de casos de zika en la región que pueden afectar a bebés en gestación, esto se percibe en el 100 % de las notas periodísticas, la valoración se mantiene para la percepción de “epidemia” de la enfermedad una vez se cumpla el periodo de gestación.

La limitada información disponible sobre las complicaciones neurológicas se incluye en las notas, sin embargo, no existe información sobre el desarrollo del niño durante los primeros años, obstaculizando la comprensión de las complicaciones de la

enfermedad (100 %), la cual no es reversible (0 %), este hecho preocupa a las mujeres<sup>132</sup> gestantes y en edad fértil. Por las características de la enfermedad no se menciona temor de enfermar inmediatamente.

La proximidad del caso se convierte en un factor clave para la percepción del riesgo alcanzando un 92 % de inclusión en las notas.

La ilustración 53 permite identificar el comportamiento e interacción de las variables, especialmente aquellas ocasiones en las que las notas no mencionan aspectos que permitan evaluarla (como equidad y temor)



**Ilustración 53. Percepción del Riesgo microcefalia asociada a zika, 2016**

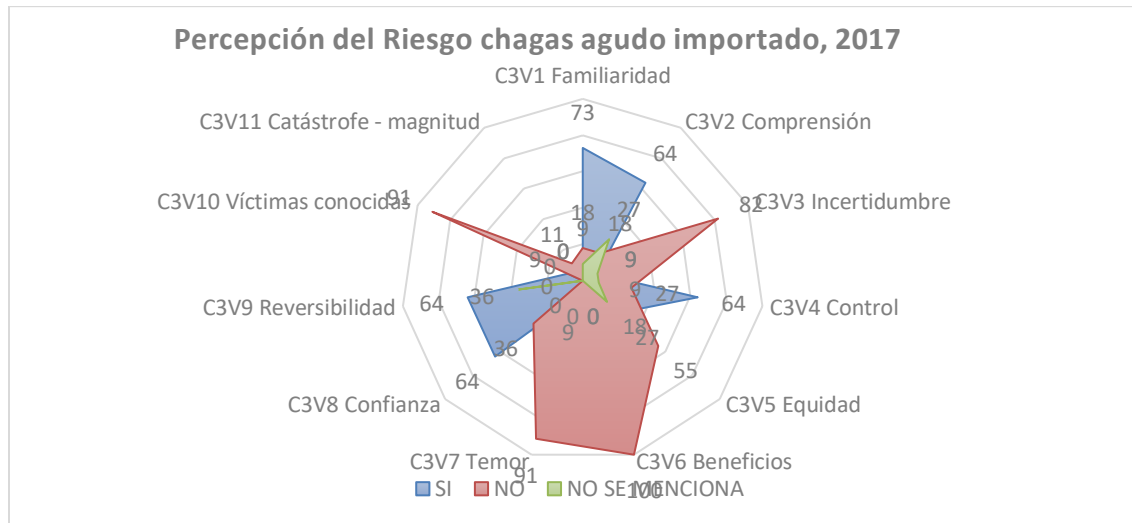
Fuente: Elaboración propia

### 8.5 Percepción del Riesgo ante chagas agudo importado, 2017.

Durante la gestión de chagas agudo importado el aspecto más destacado fue la familiaridad de la enfermedad, evidenciada en el 73 % de las notas. Aspectos como comprensión de las complicaciones de la enfermedad, control, confianza y reversibilidad, con 64 % cada una, permitieron mantener baja la percepción del riesgo entre las comunidades de Norte de Santander, las cuales comprendieron que no se trató de un brote



de la enfermedad en la región, sino de la atención de casos procedentes de Venezuela. 133 Esto se refuerza con 9 % en incertidumbre, temor y víctimas conocidas. Las notas incluyen declaraciones frente a la relación entre migración y el ingreso de enfermedades controladas o eliminadas en la región. La ilustración 54 muestra el comportamiento de la percepción del riesgo frente a chagas agudo importado.



**Ilustración 54. Percepción del Riesgo chagas agudo importado, 2017**

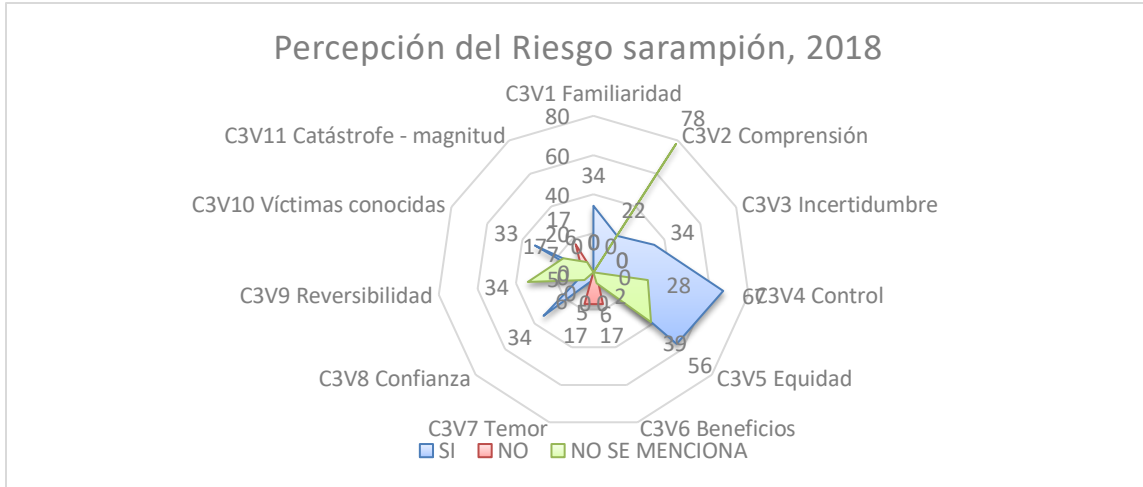
Fuente: Elaboración propia

### 8.6 Percepción del Riesgo ante sarampión, 2018.

El anuncio de medidas de control (mencionadas en el 100 % de las notas periodísticas, entre las que se destacan la vacunación a población migrante menor de 10 años (350 mil dosis disponibles), controles en puntos de ingreso al país y el cerco epidemiológico para seguimiento a casos, permitió que la confirmación del reingreso de sarampión mantuviera una baja percepción del riesgo que responde al riesgo real.

Las variables más destacadas fueron equidad (56 %), familiaridad, incertidumbre y confianza (34% cada una) y víctimas conocidas o próximas (33 %). Las notas no incluyeron información que permita comprender complicaciones de la enfermedad (78%)

ni reversibilidad (34 %). La ilustración 84 permite evidenciar la necesidad de incluir 134 información relacionada con comprensión, reversibilidad, equidad y víctimas conocidas (Ver ilustración 55).

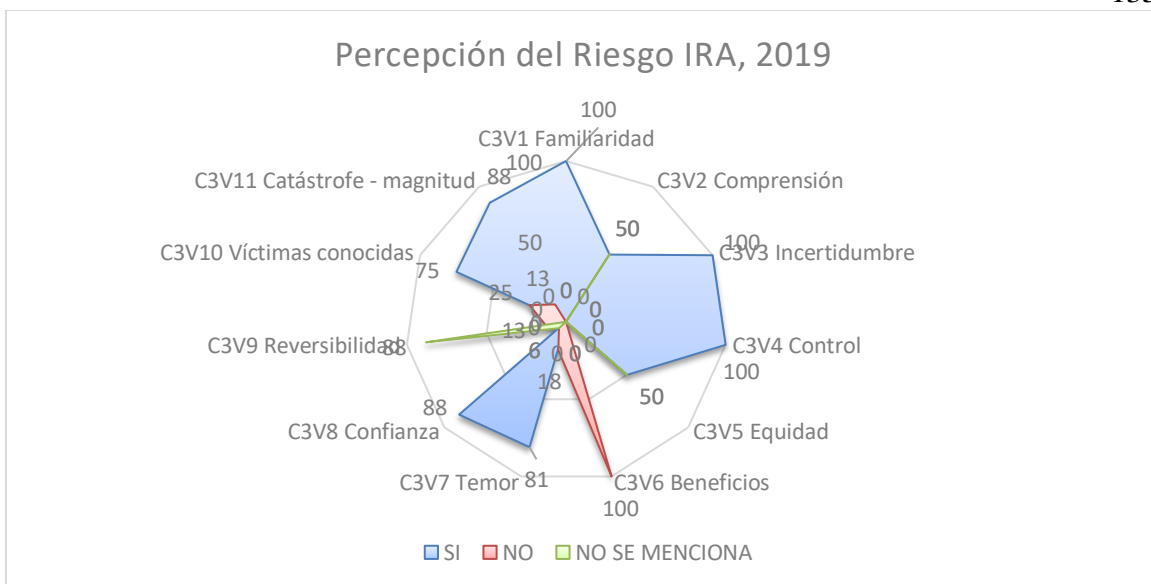


**Ilustración 55. Percepción del Riesgo sarampión, 2018**

Fuente: Elaboración propia

### 8.7 Percepción del Riesgo ante IRA, 2019.

La percepción del riesgo registrada durante IRA superó al riesgo real, el 100 % de las notas evidencian incertidumbre frente de contagio en los próximos meses y el 81 % temor. La expectativa frente a una epidemia (88 %) y la proximidad de casos 75 % (víctimas conocidas) contribuye a que se genere alarma. (Ver ilustración 56).



**Ilustración 56. Percepción del Riesgo IRA, 2019**

Fuente: Elaboración propia

## **Aprendizajes regionales para gestión e investigación de Comunicación del Riesgo**

### **9.1 Lecciones aprendidas 2014-2019**

La Comunicación del Riesgo le permitió al Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander articular la respuesta en comunicaciones con actores sectoriales, orientar a la respuesta social promoviendo la adopción de conductas de prevención, generar opinión pública favorable y apoyar una percepción del riesgo real.

La implementación de la Estrategia regional de Comunicación del Riesgo alineó mensajes sanitarios y fortaleció capacidades, identificando los siguientes aprendizajes:

- Fiebre chikungunya, 2014: La articulación institucional y sectorial permitió a la región prepararse para abordar brotes, epidemias y emergencias bajo el enfoque de “todos los riesgos”.

Las comunidades en riesgo son aliadas de la respuesta sanitaria en la medida en que se identifican y se articulan acciones a partir de sus expectativas para complementar las intervenciones del personal sanitario.

Al incluir contexto en la información dirigida a medios se apoya la comprensión de la emergencia por parte de los periodistas y las comunidades, ayudándoles a reconocer el impacto de la respuesta comunitaria para el control de la emergencia.

- Virus del zika, 2015: El acompañamiento a medios mejora la comprensión de la emergencia, la precisión técnica y la inclusión de orientaciones para respuesta comunitaria.

La comunicación digital potencializa la interacción con las comunidades en riesgo y el seguimiento a rumores que afectan la percepción del riesgo. 137

- Microcefalia asociada a zika, 2016: La transparencia permite gestionar la incertidumbre, especialmente ante enfermedades de aparición reciente, generando confianza y reduciendo el temor.
- Chagas agudo importado, 2017: Al garantizar oportunidad en la información sanitaria se reduce la especulación y el temor, posicionando los mensajes clave priorizados para cada emergencia.

Los intereses políticos y sociales pueden llevar a enfrentar versiones de las autoridades sanitarias; la precisión técnica soporta la credibilidad.

- Sarampión, 2018: La información sanitaria debe reconocer el impacto de factores asociados al contexto como la migración y cuidar sus discursos en función del impacto de mensajes que puedan generar estigma o xenofobia.
- Infección Respiratoria Aguda, 2019: La versión oficial transmitida a través de vocero, comunicado de prensa y/o redes sociales debe reforzarse, en la medida de lo posible por expertos que entreguen una mirada técnica y/o académica a los medios. Si no se garantizan, los medios buscarán sus expertos que controviertan la versión oficial generando alarma.

## **9.2 Sugerencias para investigaciones próximas: Aproximación al covid 19**

Esta investigación puede continuarse desde una mirada académica o sanitaria para comprender y fortalecer la Comunicación del Riesgo ante covid 19 a nivel regional, retomando las lecciones aprendidas y teniendo en cuenta la respuesta sanitaria.

Norte de Santander se acogió a la Emergencia Sanitaria Nacional (Resolución 138 385 de 2020) y el Estado de Emergencia (Decreto 417 de 2020) definiendo medidas para contener, controlar y mitigar la propagación del virus, especialmente en mayores de 65 años, menores de 14 años y personas inmunosuprimidas, entre las que se destacan clases virtuales, prohibición de eventos públicos y aglomeraciones de más de 50 personas, restricciones al transporte aéreo, fluvial y terrestre (intermunicipal), pico y placa.

Se decretó aislamiento preventivo obligatorio previo al nacional (21 de marzo), con prohibición de actividades comerciales, restaurantes y recreación, limitaciones al tránsito de vehículos (pico/placa) y de personas (pico/cédula un día por semana). La reactivación gradual de los sectores transporte, comercio, construcción y servicios inició en octubre, en diciembre el incremento sostenido de casos llevó a que se dispusieran medidas como toque de queda nocturno y pico/cédula (par o impar) para actividades bancarias y compra de alimentos. Durante las festividades se intensificó el toque de queda las 24 horas.

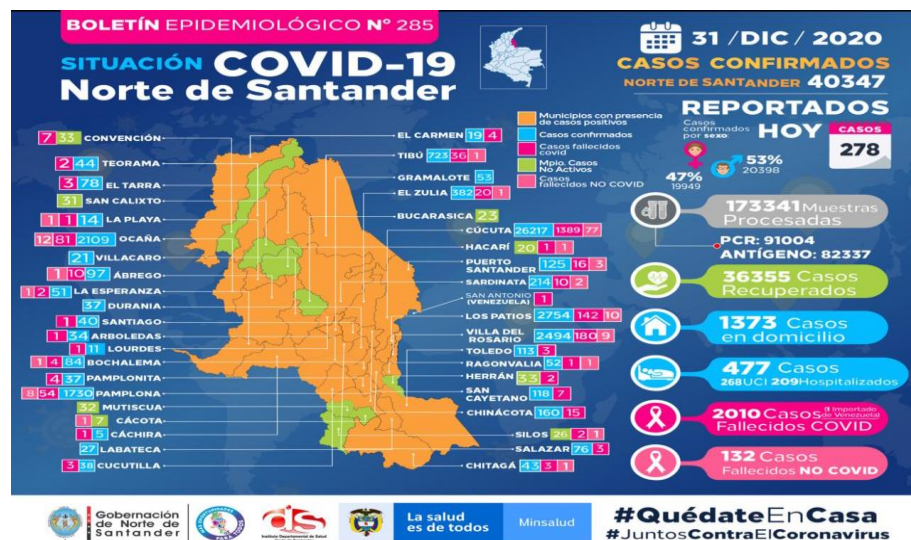


Ilustración 57. Boletín epidemiológico 285 del 31 de diciembre de 2020

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Sivigila IDS, 2020

La enfermedad llegó a los 40 municipios. El departamento cerró 2020 con 139 477 casos activos (268 en Unidades de Cuidados Intensivos UCI y 209 hospitalización), 36.355 recuperados y 1.373 en domicilio. El consolidado regional reporta 40.347 positivos desde la confirmación el 15 de marzo, con 173.341 muestras procesadas y 2.010 fallecidos (Ver ilustración 57).

La ocupación de Unidades de Cuidados Intensivos UCI alcanzó un 97 % (381 camas instaladas) llevando a la declaratoria de alerta roja hospitalaria el 11 de diciembre, el Colegio Médico solicitó a la Gobernación volver a cuarentena estricta. 28 profesionales de la salud fallecieron por covid-19 hasta el 17 de diciembre. 340.651 vacunas fueron anunciadas para la región en la primera fase del Plan Nacional de Vacunación contra Covid 19, 20.653 con destino a trabajadores de la salud y adultos mayores de 80 años en el área metropolitana de Cúcuta, sin embargo, la región no fue priorizada para entrega de los equipos de ultracongelación.

#### Gestión de la Comunicación del Riesgo:

Por disposición del Gobernador las comunicaciones frente a la pandemia se centralizaron, asumiendo la vocería manejada por IDS; el primer anuncio se realizó a través de comunicado de prensa y rueda de prensa sobre alerta amarilla hospitalaria (no incluyó capacitación a medios). Se activó el Puesto de Mando Unificado Frontera PMU como sala de crisis para la toma de decisiones, anunciadas en alocuciones *Facebook live*.

Los comunicados de prensa incluyeron anuncios de medidas restrictivas, avances en habilitación del laboratorio departamental para pruebas y apoyo de entidades de

cooperación internacional, con 24 comunicados en el periodo marzo a diciembre: 11 140 en marzo, 4 en abril, 1 en mayo, 1 en julio, 1 en julio, 4 en agosto y 2 en septiembre.

La información en redes fue asumida por la Oficina de prensa de la Gobernación (cesando las publicaciones en redes IDS). Las publicaciones *web* incluyeron boletines epidemiológicos con geo-referenciación municipal y redacción de breves emitidos diariamente a través de página web del IDS, Gobernación y grupos de *WhatsApp*. El taller virtual de Comunicación del Riesgo realizado el 6 de mayo, realizado con apoyo de OPS y Minsalud incluyó a coordinadores municipales y medios.

Las autoridades sanitarias se sumaron a la “nueva normalidad” y migraron a la virtualidad sus reuniones de articulación no asociadas a la respuesta sanitaria.

Entre marzo y julio las comunidades acataron las medidas restrictivas a la movilidad atendiendo al temor de contraer el virus y a los controles, sin embargo, tras la apertura gradual (agosto) crecieron rumores que desvirtuaron el virus, principalmente argumentando que no existían víctimas conocidas y por el desgaste generado por el aislamiento preventivo obligatorio. Con el incremento de casos estos rumores cesaron.

La población de municipios de regiones apartadas y dispersas (como El Catatumbo) no acataron medidas preventivas como uso de tapabocas aumentando el riesgo. La tabla 21 resume las acciones implementadas en el marco de la contingencia como insumo para futuras revisiones, atendiendo a la metodología planteada.

**Tabla 21. Acciones de Comunicación del Riesgo covid 19, 2020.**

<b>Etapas</b>	<b>Criterio</b>	<b>Acción</b>
	Conformación del equipo Comunicación del Riesgo	Una profesional en Comunicación social contratada por IDS. El equipo de prensa y comunicaciones de la Gobernación asumió administración de redes y con ella alocuciones vía <i>Facebook live</i> .



Preparación	Coordinación Interna	El equipo de comunicaciones acompaña espacios de articulación establecidos por autoridades sanitarias.
	Coordinación interinstitucional. Vínculos con socios y aliados	Aliados: Equipo de comunicaciones Minsalud Medios de comunicación regionales.
	Plan de Comunicación de Crisis	Ajuste a acciones de la Estrategia regional de Comunicación del Riesgos atendiendo a iniciativa de centralizar comunicaciones de las entidades descentralizadas del nivel departamental.
	Capacitación interna y externa a diversos públicos.	Socialización lineamientos para el manejo de la emergencia sanitaria.
	Elaboración de mensajes, canales y formatos de difusión para la preparación, respuesta y recuperación.	Mensajes claves definidos por OPS/OMS y remitidos por Minsalud fueron retomados para generación de piezas regionales.
	Vigilancia de la comunicación	Monitoreo de medios.
	Plan de medios	El Plan de Medios de salud pública destina recursos para pautas en radio y televisión regional.
	Gestión de recursos	Recursos dispuestos por el Sistema General de Participaciones.
Inicio	Primer anuncio	Rueda de prensa (confirmación de casos y anuncio alerta amarilla hospitalaria) presidida por el Gobernador en compañía del Director IDS, transmitida por <i>Facebook live</i> Gobernación y Comunicado de prensa No se realizó capacitación a periodistas sobre la enfermedad.
Control	Coordinación interna	La Estrategia de Comunicación del Riesgo mantiene la participación de comunicaciones en mesas de trabajo de seguimiento a emergencias.
	Coordinación interinstitucional, vínculos con socios y aliados	PMU Frontera se activa dando prioridad a la respuesta sanitaria ante covid 19, lo que desplaza la atención inicialmente dada a migración.  Articulación con Minsalud, INS y OPS/OMS.
	Capacitación	Taller de Comunicación del Riesgo realizado el día 6 de mayo, con participación de Coordinadores de Salud Pública Municipales y medios de comunicación..
	Públicos	Interno: 500 personas (funcionarios y contratistas) Externo: Minsalud, INS, SuperSalud Medios de comunicación
	Mensajes	Cuarentena estricta. Distanciamiento físico, uso de tapabocas, antibacterial, alcohol y lavado de manos.
	Recursos	Comunicados de prensa (24), campañas informativas (1), Boletines epidemiológicos adaptados para medios digitales (1 diario desde la confirmación el 15 de marzo).
	Canales	Correos masivos, publicación en página web y en redes sociales – alocuciones vía <i>Facebook live</i> .
	Productos de comunicación:	Boletines epidemiológicos y piezas para redes sociales.

Recuperación	Vigilancia de la comunicación	Monitoreo de medios.
Evaluación	Evaluación del plan de Comunicación del Riesgo.	No se realizó un proceso de evaluación

Fuente: Elaboración propia

La diana de la Comunicación del Riesgo, ilustración 58, retoma la evaluación realizada a partir de información disponible en la página *web* del IDS a la luz de las variables definidas para la categoría Coordinación Institucional.



**Ilustración 58. Gestión de la Comunicación del Riesgo covid 19, 2020**

Fuente: Elaboración propia.

### 9.3 Hoja de ruta para el fortalecimiento de la Comunicación del Riesgo.

La Comunicación del Riesgo es estratégica en la región, entre los aspectos a fortalecer se destacan:

- **Sistemas de Comunicación del Riesgo:** Acercar la información relacionada con investigación y análisis de contexto al equipo de comunicaciones, planificación de la respuesta y evaluación de recursos y capacidades
- **Comunicación e integración con socios:** Generar mecanismos de interacción con comunidades en riesgo.

- Escucha dinámica y manejo de rumores: Fortalecimiento del monitoreo de medios y redes sociales, incluyendo la interacción para seguimiento a rumores.
- Comunicación Estratégica Efectiva: Afianzar la accionabilidad en los mensajes (Promover el llamado a la acción).

La tabla 22 incluye las acciones a realizar para fortalecer la Estrategia de Comunicación del Riesgo en lo estratégico, técnico y operativo a partir de la revisión de experiencias 2014-2019 y los retos regionales que establece la pandemia covid 19.

**Tabla 22. Priorización de acciones.**

Nivel	Criterio	Acción
Estratégico	Puntos para reforzar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visibilizar el aporte de la Comunicación del Riesgo para la gestión de emergencias ante administraciones departamental y municipales.</li> <li>2. Fortalecer capacidades de los equipos territoriales (departamento y municipio)</li> <li>3. Articular con otros sectores aprovechando participación en Puesto de Mando Unificado PMU, reuniones del Grupo Interagencial Migratorios Mixtos GIFMM, comités y mesas técnicas.</li> </ol>
Técnico	Puntos a mejorar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medición periódica de resultados</li> <li>2. Medir los costos directos e indirectos de producción y difusión para mejorar el diseño del Plan de Medios anual de la entidad.</li> <li>3. Establecer un proceso “Escuchar y conocer a la audiencia” a partir de monitoreo de medios y redes</li> <li>4. Identificar la efectividad y apropiación de los canales</li> <li>5. Ofrecer información de valor en la web y redes sociales para acercar nuevos seguidores.</li> <li>6. Apalancar la presencia digital del IDS como apoyo a la gestión sanitaria.</li> </ol>
Operativo	Puntos de Oportunidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir baterías de mensajes y preparar productos antes de la confirmación de la emergencia atendiendo a mayores probabilidades de ocurrencia.</li> <li>2. Realizar <i>webinars</i> mensuales en momentos en donde no haya emergencia para afianza la confianza en la capacidad técnica del director y el equipo IDS.</li> <li>3. Desarrollar productos digitales asociados a la emergencia</li> <li>4. Motivar a las comunidades para que asuman un rol activo en la gestión de la emergencia sanitaria</li> <li>5. Generar contenidos que retomen historias del equipo regional que gestiona la emergencia.</li> </ol>

Fuente: Elaboración propia

Esta investigación permitió conocer las intervenciones realizadas para gestionar las comunicaciones ante emergencias sanitarias en el periodo 2014-2019, la efectividad de la información remitida a medios de comunicación y su impacto en la percepción del riesgo, definiendo lecciones aprendidas y proponiendo acciones en los niveles estratégico, técnico y operativo para afianzar el posicionamiento regional, optimizar las intervenciones y orientar el seguimiento y evaluación.

Se confirmó que *la comprensión y apropiación de la Comunicación del Riesgo promovió la articulación sectorial para la gestión integral de las emergencias sanitarias* preparando a la región ante brotes, epidemias y emergencias.

Las comunicaciones cobraron un carácter estratégico permitiendo la articulación con actores de salud a partir del abordaje del Modelo Integral para la Comunicación del Riesgo en situaciones de emergencia y afianzando la marca IDS ante sus grupos de interés al demostrar capacidad para la atención, control y recuperación.

El Puesto de Mando Unificado Frontera PMU, inicialmente establecido como sala de crisis ante el fenómeno migratorio, apoyó el seguimiento de la respuesta sanitaria y orientó la toma de decisiones, convirtiéndose en espacio para la generación de sinergias.

El relacionamiento con medios de comunicación afianzó relaciones de confianza, fortaleciendo la transparencia y garantizando oportunidad en el manejo de información pública, las alianzas con medios comunitarios aumentan el impacto de los mensajes especialmente en zonas rurales y dispersas.

En segunda medida, se confirmó que *la información en medios de comunicación durante emergencias guardó concordancia con la información remitida por el IDS, retomando mensajes priorizados a partir de los principios de transparencia, confianza y oportunidad.*

El interés de los medios se centró en el registro epidemiológico de casos y la respuesta sanitaria, desestimando elementos del contexto y orientaciones a comunidades.

Una adecuada gestión de la información sanitaria dirigida a medios de comunicación apoya el posicionamiento de la autoridad sanitaria y el reconocimiento de su capacidad para hacer frente a las emergencias.

El acompañamiento al cubrimiento periodístico ha fortalecido la comprensión de los periodistas frente a las emergencias, pero no garantiza que el discurso de la nota desestime el miedo; expresiones como “alerta”, “crisis” y “alarma” están presentes en los titulares y el cuerpo de notas sobre chikungunya, zika e IRA transformando el sentido del mensaje y generando temor a pesar de que se incluya la versión oficial.

Finalmente, se confirma que *una adecuada gestión de la Comunicación del Riesgo permitió la percepción del riesgo real* (alto, durante chikungunya, zika y microcefalia y bajo, ante chagas agudo importado y reingreso de sarampión), se exceptúa la especulación ante el incremento de casos de IRA (2019) producto del uso del nombre A(H1N1), dudas frente al manejo de brotes previos de la enfermedad que involucraron personalidades públicas y cifras extraoficiales de sindicatos.

Para afianzar y fortalecer la coordinación institucional de la Comunicación del Riesgo en Norte de Santander es fundamental incorporar activamente a tomadores de decisión y dependencias que atienden la emergencia al equipo de Comunicación del Riesgo como organismo interdisciplinario y definir acciones para vincular asociaciones médicas, EPS, personal asistencial, veedores y comunidades en la estrategia regional.

Se recomienda establecer un sistema de monitoreo que evidencie la trazabilidad de la información, garantizar vigilancia de la comunicación, realizar seguimiento a rumores en medios digitales y evaluar sistemáticamente el impacto de las intervenciones.

Las campañas de comunicación deben incluir mensajes con enfoque diferencial, especialmente orientados a población con discapacidad visual y auditiva y comunidades étnicas que hasta el momento no han sido priorizadas; explorar recursos narrativos para la presentación de información sanitaria a través de historias que acerquen al personal de salud a las comunidades y capitalizar alianzas con medios comunitarios.

Las autoridades sanitarias están llamadas a capacitar a los medios de comunicación frente a las enfermedades de especial interés en la región, buscando precisión en la información emitida y sensibilizarlos frente a la importancia de incluir mensajes claves. También es importante acercar a expertos que refuercen la versión oficial y aclaren declaraciones de otras fuentes gestionadas por el medio.

Al abordar la relación entre migración y emergencias sanitarias, es importante tener en cuenta el impacto de los anuncios frente a enfermedades controladas o eliminadas en la estigmatización de la población migrante y retornada.

- Álvarez-Peralta, M. (2012). Integraciones metodológicas y epistemológicas en Teoría de la Comunicación: propuesta ejemplificada para articulación de paradigmas distantes. *III Congrés Internacional Associació Espanyola d'Investigació de la Comunicació*, (pág. 164). Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5253050>
- Bauman, Z. (2001). *La sociedad individualizada*. (J. Luca de Tena, Ed.) Madrid: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya, S.A.).
- BBC Mundo. (2018). *Las 8 enfermedades que son un riesgo global para la salud según la OMS y por qué una de ellas aún no existe*. Obtenido de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43395202>
- Beck, U. (1986). *La sociedad del riesgo global*. Madrid, España: Madrid: Siglo XXI.
- Böholm, A., & Corvellec, H. (2010). A relational theory of risk. *Journal of Risk Research*, 14, 175-190.
- Brennan, B., & Gutiérrez, V. (2011). *Guía para la elaboración de la Estrategia de Comunicación de Riesgo. De la teoría a la acción*. Recuperado el 20 de agosto de 2019
- Burnett, J. (1998). A strategic approach to managing a crisis. *Public Relations Review*, 475-488.
- CDC. (2009). *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC*. Obtenido de <https://espanol.cdc.gov/flu/pandemic-resources/2009-pandemic-timeline.html>
- Cuba. (2018). *Comunicación Estratégica en Salud*. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de <https://files.sld.cu/bmn/files/2018/10/bibliodir-octubre-2018.pdf>
- Dirección de Desarrollo Estratégico Institucional República Dominicana. (2011). *Experiencias de la epidemia del Cólera en Haití y su impacto en la República Dominicana*. Sistematización, Santo Domingo. Recuperado el 20 de agosto de 2020, de <https://es.scribd.com/document/182368438/INFO-DocSistemaExperienciaDelColera-20110801>
- Farré, J. (enero-junio de 2005). Comunicación de riesgo y espirales del miedo. (U. d. Departamento de Estudios de la Comunicación Social, Ed.) *Comunicación y Sociedad*(3), 95-119. Recuperado el 20 de agosto de 2020
- Feo Acevedo, C., & Feo Isturiz, O. (2013). Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde debate*, 37(96), 84-95. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100010>.
- Fernández, M., & Martínez, M. (20 de octubre de 2020). La Coordinación como recurso básico contra la pandemia: Los casos de Brasil y España. *Agenda Pública*. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de Agenda Pública: [http://agendapublica.elpais.com/la-coordinacion-como-recurso-basico-contr-la-pandemia-los-casos-de-brasil-y-espana/?fbclid=IwAR2fWc3Cfgo9Xc4w9eyhagbuPhqwhJr5dS737kc7r-CgFxe\\_5CsJw8KLIfQ](http://agendapublica.elpais.com/la-coordinacion-como-recurso-basico-contr-la-pandemia-los-casos-de-brasil-y-espana/?fbclid=IwAR2fWc3Cfgo9Xc4w9eyhagbuPhqwhJr5dS737kc7r-CgFxe_5CsJw8KLIfQ)



- Garrido, F. (2017). *Comunicación Estratégica: un puente significativo para la creación de valor empresarial*.
- Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid: Taurus.
- Gómez Castro, L. (2017). La Comunicación del Riesgo en salud: Aspectos teóricos y metodológicos para control de emergencias públicas sanitarias. *Medisan*, 21(12). Recuperado el 20 de agosto de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017001200013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001200013)
- González Herrero, A. (1998). *Marketing Preventivo: La comunicación de crisis en la empresa*. Barcelona: Bosch.
- Gonzalo, J., & Farré, J. (2011). *Teoría de la Comunicación del Riesgo*. UOC.
- Gutiérrez, V. (2011). El papel de la comunicación de riesgo ante emergencias de salud pública. *Revista Española de Comunicación y Salud*, 97-104. Obtenido de <http://www.aecs.es>. Revista Española de Comunicación en Salud
- Hernández Nanclares, N. (2003). Una aproximación a la Encefalopatía Espongiforme bovina y a sus consecuencias. (U. d. Oviedo, Ed.) *Revista española de estudios agrosociales y pesqueros*.(198), 20. Recuperado el 20 de agosto de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=826674>
- Idovaga, N., Valencia, J., Gil, L., & Ortiz, G. (septiembre-diciembre de 2012). Efectos del framing y representaciones sociales de epidemias sanitarias. El caso de la Gripe A. *Escritos de psicología*, 5(3), 31-42.
- IDS. (2018). *Informe Eventos de Interés en Salud Pública*. Cúcuta.
- IDS. (2019). *Análisis de Situación de Salud ASIS Norte de Santander*. Cúcuta.
- Kasperson, R. E., Renn, O., Slovic, P., Brown, H. S., Emel, J., Goble, R., . . . Ratick, S. (8 de January de 1988). The social amplification of risk: a conceptual framework. *Risk Analysis*, 8(2).
- La Rosa, A. (2012). Reflexiones sobre psicología de la comunicación como área especializada. (U. F. Corazón, Ed.) *Avances en psicología: Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades*, 20(2). doi:<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2012v20n2.317>
- Larson, H., & Heymann, D. (20 de enero de 2010). Public health response to influenza A(H1N1) as an opportunity to build public trust. *JAMA*(303), 271-272. doi:10.1001/jama.2009.2023.
- Luhmann, N. (1998). *Sistemas sociales: Lineamientos para una teoría general*. (Anthropos, J. Torres Nafarrete, Edits., S. Pappe, & B. Erker, Trans.) México: Universidad Iberoamericana.
- March Cerdá, J. (2011). El riesgo de una mala comunicación de riesgos. (I. I. INICyS, Ed.) *Revista de Comunicación y Salud.*, 1(1), 61-66. Recuperado el 20 de agosto de 2020
- Marra, F. J. (1992). *Crisis Public Relations: A Theoretical Model*. Maryland, Estados Unidos: Universidad de Maryland Collage Park .
- Massoni, S. (2007). *Estrategias. Los desafíos de la comunicación en un mundo fluido*. Buenos Aires: Homo Sapiens Ediciones.



- Micaletto, J., & Gallardo, L. (20 de mayo de 2015). La comunicación institucional en 149 la crisis del ébola en Europa: el caso de la crisis española de 2014 en sus inicios. *Revista Internacional de Relaciones Públicas*, V(9), 89-110. doi:<http://dx.doi.org/10.5783/RIRP-9-2015-06-89-110>
- Moreno , A., & Péres, F. (2011). El estado del arte de la comunicación de riesgos en la región de América Latina. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(1), 52-68.
- Mosquera, M. (2003). *Comunicación en salud: Conceptos, Teorías y Expectativas*. Obtenido de [http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/mosquera\\_2003.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/mosquera_2003.pdf)
- O'Malley, P. (2009). Poniendo la planificación en práctica: Respuesta de comunicación a H1N1. *Conferencia Global SPONSORED por la Organización Panamericana de la Salud y el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos*. (pág. 8). Canadá: Centre for the Study of Democracy, Queen's University.
- OCDE. (2020). *Building resilience to the Covid-19 pandemic: the role of centres of government*. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/building-resilience-to-the-covid-19-pandemic-the-role-of-centres-of-government-883d2961/>
- OMS. (2017). *WHO Strategic Communication. Framework for effective communications*. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de <https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>
- OPS/OMS. (2005). *Reglamento Sanitario Internacional RSI*. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/es/>
- OPS/OMS. (2016). *Comunicación del Riesgo en los tiempos del zika. Comunicación de riesgos y participación social y comunitaria ante el virus del zika, síndrome congénito y otros trastornos neurológicos*. Recuperado el 20 de agosto de 2020, de <https://www.paho.org/es/documentos/comunicacion-riesgos-tiempos-zika-comunicacion-riesgos-participacion-social-comunitaria>
- OPS/OMS. (2020). Orientaciones para comunicar sobre la enfermedad por el coronavirus 2019. Guía para líderes.
- Peña-Oscuvilca, A., & Peña-Ayudante, W. (2007). Brote de carbundo y problemas en la comunicación masiva: sus repercusiones económicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. doi:10.17843/RPMESP.2007.244.1147
- San Martín, J., & Prado, M. (2004). Percepción del riesgo y estrategias de comunicación social sobre el dengue en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3. Recuperado el 20 de agosto de 2020, de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2004.v15n2/135-139/>
- San, Sandman, P., & Lanard, J. (2005). La gripe aviar: cómo comunicar el riesgo. (O. P. Salud, Ed.) *Perspectivas de salud*, 10(2).
- Sandman, P. (2003). Four Kinds of Risk Communication. *The Synergist (American Industrial Hygiene Association)*, 26-27. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de <http://www.psandman.com/col/4kind-1.htm>
- Sandman, P. (abril de 2004). *Crisis Communication: a very quick introduction*. (OPS/OMS, Trad.) *The Synergist (American Industrial Hygiene Association)*. Recuperado el 10 de octubre de 2020, de <http://psandman.com/col/crisis.htm>

- Semetko, H. (2000). Framing European Politics: a content analysis of press and television news. *Journal of Communication* 50, 93-109.
- Stanojlovic, M. (24 de Noviembre de 2015). Percepción social de riesgo: una mirada general y aplicación a la comunicación de salud. (C. d. Salud, Ed.) *Revista de Comunicación y Salud*, 5, 96-107. Recuperado el 20 de agosto de 2020
- Stellato, F. (2016). Los mapas de comunicación. Obtenido de <https://es.linkedin.com/pulse/los-mapas-de-comunicaci%C3%B3n-federico-stellato>
- Taylor, B. (20 de agosto de 2018). *The conversation*. Obtenido de Los medios de comunicación fallan a la hora de informar sobre epidemias: <https://theconversation.com/los-medios-de-comunicacion-fallan-a-la-hora-de-informar-sobre-epidemias-101845>
- Toledano, S., & Ardévol-Abreu, A. (2013). Role of the media in disasters and humanitarian crisis: proposal for a social function of journalism. . *Communication & Society* 26, 190-213.
- U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration. Center for Drug Evaluation and Research (CDER) Center for Biologics Evaluation and Research (CBER). (2006). *Q9 Quality Risk Management. Guidance for Industry*. Washington. Recuperado el 20 de agosto de 2020
- UNGRD. (2013). *Guía comunitaria para la gestión de riesgo de desastre*.
- Usandizaga, J. I. (1997). La comunicación institucional y sus paradigmas: entre la racionalidad comunicativa y la lógica instrumental. *BIBLID*, 57-104. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/378146813/Usandisabal-Tf-Mediacion>
- Van Loon, J. (2002). *Risk and technological culture. Towards a sociology of virulence*. Londres. Recuperado el 20 de agosto de 2020
- Van Riel, C. (2012). *Comunicación Corporativa*.
- Xifra, J. (2005). *El nuevo modelo estratégico de relaciones públicas*. (UOC, Ed.) Obtenido de [https://www.academia.edu/11405878/El\\_nuevo\\_modelo\\_estrat%C3%A9gico\\_de\\_relaciones\\_p%C3%ABlicas](https://www.academia.edu/11405878/El_nuevo_modelo_estrat%C3%A9gico_de_relaciones_p%C3%ABlicas)

El formato de autorización para el uso de información empresarial evidencia la autorización de la autoridad sanitaria a nivel territorial para retomar la Estrategias Regional de Comunicación del Riesgo y los productos de comunicación asociados a campañas, informes y demás material de apoyo necesario para la revisión documental.

 <p><b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD</b> NORTE DE SANTANDER</p>	<p><b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b></p>	 <p><b>Gobernación de Norte de Santander</b> Instituto Departamental de Salud</p>
<p>Código: F-DE-PE05-04 Versión: 04</p>	<p><b>COMUNICACION EXTERNA</b></p>	<p><b>Página 1 de 2</b></p>

Cúcuta, diciembre 20 de 2018

Señores:

**UNIVERSIDAD LA SABANA**  
Facultad de Comunicación  
Maestría en Comunicación Estratégica  
Chia

Asunto: Autorización de uso información institucional con fines académicos



Cordial saludo:

Yo, **Juan Alberto Bitar Mejía**, identificado con CC 13.489.449 de Cúcuta, en calidad de Director del Instituto Departamental de Salud, establecimiento público adscrito al departamento Norte de Santander creado bajo ordenanza 018 del 18 de julio de 2003, NIT 890.500.890-3, autorizo a la señora **Jeimy Tatiana Olejua Lozada**, identificada con Cédula de Ciudadanía 1.090.37.379 de Cúcuta, estudiante del programa Maestría en Comunicación Estratégica de la Universidad La Sabana, a utilizar información confidencial de la empresa para el proyecto denominado "La Comunicación del Riesgo como componente estratégico para la gestión de emergencias en Salud Pública en Norte de Santander, Colombia. 2013-2017" bajo los siguientes criterios

1. La información será suministrada a la estudiante previa presentación de solicitud formal en donde se especifiquen los tiempos incluidos dentro de la investigación y se relacione las características técnicas del documento base.
2. La estudiante no utilizará para fines personales los documentos, expedientes, escritos, artículos, contratos, estados de cuenta y demás materiales) que, con objeto de la relación de la investigación, le fue suministrados
3. No proporcionar a terceras personas, verbalmente o por escrito, directa o indirectamente, información alguna de las actividades y/o procesos de cualquier clase que fuesen observadas en la empresa durante la duración del proyecto
4. Respetar los derechos de autor a los que haya lugar, enunciando como fuente específica al documento de consulta.




Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Cúcuta - Norte de Santander.  
Teléfonos: 5715905- 5711319 - Fax 5717401. Email - director@ids.gov.co  
[www.ids.gov.co](http://www.ids.gov.co)

 <b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD</b> <small>NORTE DE SANTANDER</small>	<b>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	 <b>Gobernación de Norte de Santander</b> <small>Instituto Departamental de Salud</small>
<b>Código: F-DE-PE05-04</b> <b>Versión: 04</b>	<b>COMUNICACION EXTERNA</b>	<b>Página 2 de 2</b>

Los documentos suministrados por el Instituto, en sus diferentes formatos, serán la base para la construcción de una investigación. La información y resultado que se obtenga del mismo podrían llegar a convertirse en una herramienta didáctica y a orientar el accionar estratégico de las comunicaciones frente a emergencias sanitarias.

En caso de que alguna(s) de las condiciones anteriores sea(n) infringida(s), la estudiante queda sujeto a la responsabilidad civil por daños y perjuicios que cause al Instituto así como a las sanciones de carácter penal o legal a que se hiciere acreedor.

Atentamente

  
**JUAN ALBERTO BITAR MEJIA**  
 Director

Proyecto: Tatiana Ojeda Lozada, P.E. apoyo Información en Salud y Educomunicación



Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Cúcuta - Norte de Santander.  
 Teléfonos: 5715005- 5711319 - Fax 5717401. Email - [director@ids.gov.co](mailto:director@ids.gov.co)  
[www.ids.gov.co](http://www.ids.gov.co)

**Encuentros con actores sector salud: Los documentos oficiales de convocatoria evidencian el respaldo institucional a la investigación.** 153

**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD**  
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO  
Código: F-DE-PE05-02  
Versión: 04  
CIRCULAR INFORMATIVA  
Página 1 de 1

**Gobernación de Norte de Santander**  
Instituto Departamental de Salud

CIRCULAR No. **172**

De: DIRECTOR INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD  
Para: COORDINADORES DE SALUD PÚBLICA Y COMUNICADORES SOCIALES VINCULADOS A LAS ALCALDÍAS.  
Fecha: 12 DE ABRIL DE 2018  
Asunto: SOCIALIZACIÓN LINEAMIENTOS DE INFORMACIÓN EN SALUD Y EDUCOMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN DEL RIESGO.

Con el objetivo de socializar los lineamientos de información en salud y Educomunicación de la vigencia y las orientaciones técnicas para el abordaje de la Comunicación del Riesgo en cumplimiento del Plan Regional de Comunicación, se tiene prevista una jornada de fortalecimiento de capacidades del recurso humano dirigida a Coordinadores de Salud Pública por subregiones.

De acuerdo al siguiente cronograma:

FECHA	jornada de la mañana	jornada de la tarde	lugar
16/04/2018	Regional: Quiché, Atlixpa, Güija, La Piedad, Comandante, Zapirón, La Esperanza, El Centro, San Carlos.	Regional: Cúcuta, Aragón, Ochoa, La Piedad, Comandante, Zapirón, La Esperanza, El Centro, San Carlos.	Auditorio Saldaña Vicente de la Alcaldía Municipal de Ochoa
20/04/2018	Regional: Cúcuta, Santiago, San Carlos, San José, Comandante, Zapirón, Atlixpa, Güija, La Piedad, Comandante, Zapirón, San Carlos, Buzacosta, Puerto San José.	Regional: Cúcuta, Santiago, San Carlos, Leónides, Comandante, Zapirón, Atlixpa, Güija, La Piedad, Comandante, Zapirón, San Carlos, Buzacosta, Puerto San José.	Salón parroquial de la iglesia del municipio de Santiago
20/05/2018	Regional: Área Metropolitana: Cúcuta, Villa del Rosario, Los Patos, El Zócalo, San Carlos, Comandante, Zapirón, Buzacosta, Duzep, Haguán.	Regional: Área Metropolitana: Cúcuta, Villa del Rosario, Los Patos, El Zócalo, San Carlos, Comandante, Zapirón, Buzacosta, Duzep, Haguán.	INSTITUTO Departamental de Salud Sala Situación
16/05/2018	Regional: Comandante, Zapirón, Buzacosta, Duzep, Haguán.	Regional: Comandante, Zapirón, Buzacosta, Duzep, Haguán.	Colegio de la Cultura del Municipio de Comandante
23/05/2018	Regional: Comandante, Zapirón, Buzacosta, Duzep, Haguán.	Regional: Comandante, Zapirón, Buzacosta, Duzep, Haguán.	Auditorio de la Alcaldía del municipio de Parícuta

Para la jornada de trabajo deben llevar equipos portátiles con el fin de avanzar en la definición de acciones y el diligenciamiento del Plan Estratégico de Comunicaciones.

**JUAN ALBERTO BITAR MEJIA**

Elaboró: Alicia Peñaranda Rolón, profesional de apoyo información en salud y Educomunicación  
Proyectó y revisó: Tatiana Olejua Lozada, P.E. apoyo información en Salud y Educomunicación  
Revisó: Sandra Helena Comolín Blanco P.U. Coordinadora (C) de Salud Pública

Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Cúcuta - Norte de Santander.  
Teléfono: 5715905- 5711319 - Fax 5717401. Email: director@ids.gov.co  
www.ids.gov.co

**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD**  
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO  
Código: F-DE-PE05-02  
Versión: 04  
CIRCULAR INFORMATIVA  
Página 1 de 1

**Gobernación de Norte de Santander**  
Instituto Departamental de Salud

CIRCULAR No. **202**

Para: GERENTES DE LAS ESES, COORDINADORES DE LAS ESES Y COMUNICADORES SOCIALES QUE PRESTAN SERVICIOS A LAS ESES  
Fecha: 10 DE MAYO DE 2018  
Asunto: SOCIALIZACIÓN LINEAMIENTOS DE INFORMACIÓN EN SALUD Y EDUCOMUNICACIÓN: COMUNICACIÓN DEL RIESGO.

Con el objetivo de socializar los lineamientos de Información en salud y Educomunicación de la vigencia y las orientaciones técnicas para el abordaje de la Comunicación del Riesgo, en cumplimiento del plan Regional de Comunicación, se tiene prevista una jornada de fortalecimiento de capacidades del recurso humano dirigida a Gerentes de las ESES, Coordinadores de las ESES, y comunicadores sociales vinculados a las ESES, previsto para el 17 de mayo del 2018, a partir de las 8:00am en la sala situacional del Instituto Departamental de Salud.

Para la jornada de trabajo deben llevar equipos portátiles con el fin de avanzar en la definición de acciones y el diligenciamiento del Plan Estratégico de Comunicaciones.

**JUAN ALBERTO BITAR MEJIA**

Elaboró: Alicia Peñaranda Rolón, profesional de apoyo información en salud y Educomunicación  
Proyectó y revisó: Tatiana Olejua Lozada, P.E. apoyo información en Salud y Educomunicación  
Revisó: Sandra Helena Comolín Blanco P.E. Coordinadora de Salud Pública

Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Cúcuta - Norte de Santander.  
Teléfono: 5715905- 5711319 - Fax 5717401. Email: director@ids.gov.co  
www.ids.gov.co

Circular convocatoria encuentros regionales

Circular convocatoria E.S.E.S.

**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD**  
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO  
Código: F-DE-PE05-06  
Versión: 01  
ACTA DE REUNION

CIUDAD	LUGAR	FECHA REUNION	PROCESO Salud Publica
Cúcuta	IDS	03/05/2018	

**TEMA DE LA REUNION**  
Taller Comunicación del Riesgo con dimensiones del Instituto Departamental de Salud.

**OBJETIVO DE LA REUNION**

- Desarrollar un taller a través del cual se logre evaluar la percepción y el impacto de la estrategia actual de Comunicación del Riesgo manejada en el Instituto Departamental de Salud.

**TEMAS DE LA REUNION**

- Presentación del taller llevado a cabo con los representantes de las diferentes dimensiones.
- Desarrollo del taller presentado por la responsable del Área de Información en Salud y Educomunicación.
- Sistematización de la información presentada por los participantes.
- Evaluación de la percepción y el impacto de la estrategia actual de Comunicación del Riesgo. Sugerencias.

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Tatiana Olejua	Profesional de apoyo	<i>Tatiana Olejua</i>
Camilo Sánchez	Técnico de apoyo	<i>Camilo Sánchez</i>
Andrea Rodríguez Arias	Profesional de apoyo	<i>Andrea Rodríguez Arias</i>
Alicia Peñaranda Rolón	Profesional de apoyo	<i>Alicia Peñaranda Rolón</i>
Diana Torres Estupiñán	P.A Lepra	<i>Diana Torres Estupiñán</i>
Yohana Martínez	P.A Atención en Salud	<i>Yohana Martínez</i>
María Stela Ramírez	P.A SAMEN	<i>María Stela Ramírez</i>
Luis Hernando Parra	P.A IEC	<i>Luis Hernando Parra</i>

Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Teléfonos: 5715905- 5711319 - Fax 5717401.  
www.ids.gov.co San José de Cúcuta - Norte de Santander.

**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD**  
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO  
Código: F-DE-PE05-06  
Versión: 01  
ACTA DE REUNION

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Adriana Gamboa	P.A TB	<i>Adriana Gamboa</i>
Ingrid Macilla Vega	P.A SASER	<i>Ingrid Macilla Vega</i>
Nayra Gisela Basto	P.A Medicamentos	<i>Nayra Gisela Basto</i>
Yurley Valencia	P.A Part. Social	<i>Yurley Valencia</i>
Paula Charry	P.A Infancia y Etnias	<i>Paula Charry</i>
Sandra Ferreira	P.E Salud sexual	<i>Sandra Ferreira</i>
Boris Alsina	T. A. Sistemas	<i>Boris Alsina</i>
Genny Galvis	P. A Crónicas	<i>Genny Galvis</i>
Alex Bermúdez	P.p.A	<i>Alex Bermúdez</i>
Mauricio Sepúlveda	P.A Vectores	<i>Mauricio Sepúlveda</i>

**DESARROLLO DEL TEMA**  
Comunicación del Riesgo

Se llevó a cabo la presentación del taller de Evaluación de sinergias institucionales a los asistentes que representaron las dimensiones del Instituto Departamental de Salud. Se dio a conocer cuáles son los retos que se pueden identificar para el desarrollo de la comunicación del Riesgo en la institución.

Se entregó a los participantes un formato a través del cual se permiten identificar los aspectos positivos o negativos frente a comunicación del riesgo.

Los participantes realizan el taller y posteriormente se establece la evaluación y sistematización de la información recolectada. Posteriormente se establecen las propuestas o sugerencias para la mejora de la estrategia de Comunicación del Riesgo en el Instituto Departamental de Salud.

Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Teléfonos: 5715905- 5711319 - Fax 5717401.  
www.ids.gov.co San José de Cúcuta - Norte de Santander.

Acta encuentro con funcionarios/ contratistas IDS



**DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO** Código: F-DE-PE03-06  
**ACTA DE REUNION** Versión: 01

<b>CIUDAD</b>	<b>LUGAR</b>	<b>FECHA REUNION</b>	<b>PROCESO</b>
Cúcuta	IDS	17/05/2018	Salud Pública

**TEMA DE LA REUNION** Taller Comunicación del Riesgo con dimensiones del Instituto Departamental de Salud  
**Nº ACTA**

**OBJETIVO DE LA REUNION**

- Desarrollar un taller a través del cual se logre evaluar la percepción y el impacto de la estrategia actual de Comunicación del Riesgo manejada en el Instituto Departamental de Salud.

**TEMAS DE LA REUNION**

- Presentación del taller llevado a cabo con los representantes de las diferentes dimensiones.
- Desarrollo del taller presentado por la responsable del Área de Información en Salud y Educomunicación.
- Sistematización de la información presentada por los participantes.
- Evaluación de la percepción y el impacto de la estrategia actual de Comunicación del Riesgo. Sugerecias.

NOMBRE	PARTICIPANTES CARGO	FIRMA
Tatiana Olejua	Profesional de apoyo	<i>Tatiana Olejua</i>
Camilo Sánchez	Técnico de apoyo	<i>Camilo Sánchez</i>
Andrea Rodríguez Arias	Profesional de apoyo	<i>Andrea Rodríguez Arias</i>
Alcira Peñaranda Rolón	Profesional de apoyo	<i>Alcira Peñaranda Rolón</i>
Esperanza Ocando	ESE IMSALUD	<i>Esperanza Ocando</i>
Alfonso Sanjuan	ESE Hospital Los Patios	<i>Alfonso Sanjuan</i>
Sandra Giraldo	ESE Hospital Los Patios	<i>Sandra Giraldo</i>

Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Teléfonos: 5715905- 5711319 - Fax 5717401.  
 www.ids.gov.co San José de Cúcuta - Norte de Santander.

**DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO** Código: F-DE-PE03-06  
**ACTA DE REUNION** Versión: 01

Oscar Mario Palacios	ESE IMSALUD	<i>[Firma]</i>
Gonzalo Alberto Serrano	ESE Hospital Los Patios	
Paola Depablos	ESE Hospital Los Patios	

**DESARROLLO DEL TEMA**

**Comunicación del Riesgo**

Se llevó a cabo la presentación del taller de Evaluación de sinergias institucionales a los asistentes que representaron las dimensiones del Instituto Departamental de Salud. Se dio a conocer cuáles son los retos que se pueden identificar para el desarrollo de la comunicación del Riesgo en la institución

Se entregó a los participantes un formato a través del cual se permiten identificar los aspectos positivos o negativos frente a comunicación del riesgo.

Los participantes realizan el taller y posteriormente se establece la evaluación y sistematización de la información recolectada. Posteriormente se establecen las propuestas o sugerencias para la mejora de la estrategia de Comunicación del Riesgo en el Instituto Departamental de Salud.

**COMPROMISOS**

Realizará la sistematización de la información obtenida en el ejercicio y una vez esté finalizado el documento, a partir de las actividades con actores sectoriales, se socializará el resultado de la investigación.

Av. 0 Calle 10 Edificio Rosetal Oficina 311. Teléfonos: 5715905- 5711319 - Fax 5717401.  
 www.ids.gov.co San José de Cúcuta - Norte de Santander.

Acta encuentro con Empresas Sociales del Estado E.S.E.S.



Áreas y dimensiones IDS



Empresas Sociales del Estado ESES



Regionales Metropolitana y Norte



Regional occidental (Ocaña)



Regionales suroccidental (Pamplona)



Regional centro (Santiago)

**JEIMY TATIANA OLEJUA LOZADA.**

Comunicadora Social de la Universidad de Pamplona, Especialista en Gerencia Estratégica de la Universidad de La Sabana y Máster Ejecutivo en Políticas y Prácticas del Desarrollo del Instituto de Altos Estudios Internacionales y del Desarrollo (IHEID) de Suiza.

Durante su ejercicio profesional ha liderado procesos de comunicación institucional, para la salud y para el desarrollo, e investigaciones en entidades públicas y de cooperación internacional. Fue la responsable de Información en Salud y Educación del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander en el periodo 2012 y 2019.