



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

**Grado en Relaciones
Internacionales**

Trabajo Fin de Grado

**La eficiencia de la comunicación sanitaria
pública de la Unión Europea durante la primera
ola de la crisis del COVID-19**

Ejemplificación con el caso de España

Estudiante: Claudia Estrella Gutiérrez

Director: Prof. Ariel James Trapero

Madrid, abril 2021

Resumen

La crisis sanitaria del COVID-19 ha sido una crisis sin precedentes, provocando una situación de incertidumbre que ha supuesto desafíos para todos los países, y en todos los ámbitos: económico, político, sanitario, sociocultural.

El sector de la comunicación también se ha visto afectado por la crisis, siendo además el sector del que más dependen el resto de los ámbitos de la sociedad. Durante la crisis del COVID-19, la comunicación sanitaria pública se ha convertido en uno de los pilares más importantes de la realidad a la que se ha visto enfrentada la Unión Europea.

Este trabajo busca evaluar si la gestión de la información sanitaria proporcionada por las autoridades europeas, así como la estrategia comunicativa seguida para luchar contra la infodemia, han sido lo suficientemente eficientes como para guiar la comunicación de los Estados miembros. Para ello se hace un seguimiento de las comunicaciones realizadas por la Unión Europea durante la primera ola de la crisis del coronavirus (entre enero y junio del 2020) y se ejemplifica a través de una comparativa con las comunicaciones de España.

Palabras clave: COVID-19, estrategia de comunicación, infodemia, Unión Europea

Abstract

The COVID-19 health crisis has been an unprecedented crisis, causing an uncertain situation that has entailed challenges in all countries and all spheres: economic, political, sanitary, and socio-cultural.

The communication sphere has also been affected by the crisis, in addition to being the scope of activity that all other aspects of society depend on. During the COVID-19 crisis, public health communication has become one of the most important pillars in the European Union's reality.

This dissertation aims to evaluate whether the management of health information provided by the European authorities, as well as the public health communication strategy followed to fight the infodemic, have been sufficiently efficient to guide the communication strategy of the member States.

In order to achieve this, the main informative communications carried out by the European Union during the first wave of the health crisis (between January and June 2020) are followed-up. The communications carried out by Spain are used as a comparative with the UE's communications.

Key words: COVID-19, communication strategy, infodemic, European Union

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVO PRINCIPAL	4
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
3. METODOLOGÍA	6
4. MARCO TEÓRICO	7
4.1 LA ESTRATEGIA COMUNICATIVA COMPORTAMIENTO-CAMBIO	8
4.2 MODELOS DE COMUNICACIÓN	10
4.2.1 <i>Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour</i>	10
4.2.2 <i>Health Belief Model</i>	11
4.2.3 <i>Modelo comunicación-persuasión</i>	11
4.3 EFECTIVIDAD COMUNICATIVA.....	12
5. LA CRISIS DEL COVID-19: CONTEXTO	14
5.1 QUÉ ES EL COVID-19 Y EN QUÉ SE DIFERENCIA DE OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS	14
5.2 CONTEXTUALIZACIÓN Y CRONOLOGÍA DE LA CRISIS.....	15
5.3 PREVENCIÓN Y GESTIÓN DEL COVID-19 EN EL MUNDO	18
5.4 EVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN DURANTE LA CRISIS.....	20
6. LA INFORMACIÓN SANITARIA EN LA ACTUALIDAD	23
7. LA UNIÓN EUROPEA DURANTE LA PANDEMIA	26
7.1 LA POLÍTICA DE COMUNICACIÓN DE LA UE.....	26
7.2 LAS COMPETENCIAS DE LA UE ANTE CRISIS SANITARIAS.....	27
7.3 LA UNIÓN EUROPEA ANTE LA CRISIS DEL COVID-19	29
7.4 EFECTIVIDAD DE LA COMUNICACIÓN: EL CASO DE ESPAÑA.....	32
8. CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

1. Introducción

La crisis sanitaria del COVID-19 ha sido una crisis sin precedentes, en todos los sentidos. Esta situación de incertidumbre ha supuesto desafíos para todos los países, y en todos los ámbitos de la sociedad: económico, político, sanitario, y sociocultural, entre otros.

Como no podía ser de otra manera, el sector de la comunicación también ha sido afectado por la pandemia, y se ha visto inmerso en complejos retos que se han ido resolviendo a medida que avanzaba el tiempo, pero también la crisis. La debilidad (o fortaleza, según se mire) de la información es que de ella dependen el resto de los ámbitos de la sociedad.

En este sentido, la información sanitaria debe ser cuidadosamente gestionada, porque de ella depende la sociedad en su conjunto, ya que tiene un impacto directo en los hábitos de las personas.

Precisamente, uno de los principales inconvenientes de la pandemia del COVID-19 es que, en un primer momento, se sabía muy poco sobre el tema. Pero la velocidad de propagación del virus azotó también a la comunicación, generándose una cantidad ingente de información que provenía de muchas fuentes distintas, tanto oficiales como extraoficiales. Entre estas fuentes encontramos las organizaciones internacionales, con especial foco en la Unión Europea (en adelante, también referida como UE), ya que esta región fue una de las primeras y más fuertemente afectadas por la pandemia.

2. Objetivo principal

El objetivo principal de este trabajo es evaluar la efectividad de la comunicación pública sanitaria que la Unión Europea ha llevado a cabo durante la crisis del COVID-19. Para ello, y como no es posible abarcar los 27 países que conforman la UE para este trabajo, me apoyaré en ejemplos de comunicaciones realizadas por la UE, y si estas han sido aplicadas por España. En otras palabras, este trabajo busca evaluar si la gestión de la información sanitaria proporcionada por las autoridades europeas, así como la estrategia comunicativa seguida, han sido lo suficientemente eficientes como para garantizar una buena comunicación a nivel nacional.

2.1 Pregunta de investigación

Para darle forma a este objetivo, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: a partir de las fuentes informativas estudiadas, ¿se puede inferir que la estrategia de comunicación de la UE durante la crisis del COVID-19 ha sido efectiva, contribuyendo así a la información de los ciudadanos de los países miembros?

Antes de adentrarnos a responder a esta pregunta, procedemos a desglosarla para tener una visión más específica de la misma.

- *A partir de las fuentes informativas estudiadas*: hacemos aquí referencia a las herramientas comunicativas que la UE ha desarrollado durante la primera ola de la pandemia.
- *Estrategia de comunicación de la UE*: entendemos como estrategia de comunicación el conjunto de decisiones tomadas por las instituciones de la UE a este respecto (haciendo referencia a las fuentes informativas anteriormente mencionadas). La razón por la que se ha puesto el foco de estudio en la UE y no en cualquier otra organización internacional, es debido a la controversia que dio lugar en relación con las competencias de la UE.
- *Efectiva*: los términos efectividad, eficiencia y eficacia suelen llevar a confusión. Para la finalidad de este trabajo, estos términos serán utilizados de manera intercambiable, puesto que no existe un consenso para definirlos. La eficiencia puede entenderse como la maximización de resultados en función de los recursos empleados (Mihaiu, Opreana, & Cristescu, 2010). Según afirmó Peter Drucker, “la eficiencia es hacer las cosas correctamente; la efectividad es hacer las cosas correctas” (Günel, 2018). Generalmente, en los artículos académicos sobre *health communication* suele emplearse el término “*effective*” para referirse a los objetivos de esta rama de la comunicación (Rimal & Lapinski, 2009, pp.247) (Abrams & Greenhawt, 2020, pp. 1791). A la hora de traducir esta palabra al español, nos encontramos con “eficaz” pero también “efectivo” (Word Reference, 2020), de ahí que puedan considerarse sinónimos, y se emplearán con esa concepción a lo largo de este trabajo.

3. Metodología

Para poder lograr la finalidad de este trabajo, se han explicado algunas de las teorías básicas y de los modelos de comunicación sanitaria más utilizados en este campo de estudio. Estos se explican de manera resumida en el marco teórico, para más tarde usarlos como referencia a la hora de estudiar las principales fuentes informativas publicadas por la UE durante la primera ola de la crisis del coronavirus. En cuanto a la temporalidad que concierne a este trabajo, entendemos como primera ola los meses que van desde enero hasta junio del 2020 (para la elaboración de gráficos se han empleado datos de las primeras 27 semanas del año).

Atendiendo a estos modelos y teorías, se pretende evaluar la efectividad de la comunicación sanitaria pública de la Unión Europea durante la crisis del COVID-19. Esta comunicación englobará las fuentes oficiales de la UE (incluyendo informes, ruedas de prensa, conferencias, reuniones de líderes estatales, etc.). Se tendrá en cuenta cómo los mensajes oficiales dirigidos a la población europea han calado en esta, y si realmente se han implementado las recomendaciones y normativas establecidas. Para ello, se hace referencia al caso de España, y se hace una breve comparativa entre las comunicaciones de la UE, y las del gobierno español a nivel estatal.

Las principales fuentes utilizadas para la revisión de literatura del marco teórico se han buscado en catálogos y bases de datos bibliográficas. Se han empleado fundamentalmente artículos académicos y libros relacionados con las estrategias comunicativas y la eficacia de la comunicación. Se han explicado las principales teorías de estrategia comunicativa en materia sanitaria.

En las secciones sobre la contextualización de la pandemia, y posteriormente las estrategias comunicativas de las autoridades y organizaciones internacionales, se han citado fundamentalmente artículos académicos relacionados con dichos temas. Se han consultado estos artículos a través de palabras claves tales como COVID-19, comunicación sanitaria, pandemia, o Unión Europea, entre otras.

Una de las fortalezas de esta revisión de literatura es que la gran mayoría de los artículos académicos y libros consultados son muy recientes (dado que el tema que concierne a este trabajo lo es). En relación con la pandemia del COVID-19, todos los

artículos son del último año, y eso le da a este trabajo una perspectiva muy actual, hasta el punto de poder decir que es un tema todavía candente. Precisamente por esto último fue necesaria la acotación temporal que comentábamos anteriormente.

Sin embargo, este punto también podría considerarse una debilidad en algunos aspectos, puesto que la incertidumbre que rodea a la pandemia también se ha reflejado en la evolución de los hallazgos y descubrimientos sobre la misma en las fuentes consultadas. Aún así, a lo largo de este trabajo se han tenido en cuenta fuentes variadas, y lo más actuales posibles, para poder tener una visión más acertada tanto de la emergencia sanitaria, como de las estrategias comunicativas que se analizan en este trabajo.

En cuanto a los apartados acerca de dichas estrategias, además de artículos académicos, se han consultado principalmente las páginas web y publicaciones oficiales de la Unión Europea, puesto que eran la mejor fuente para analizar, precisamente, las comunicaciones realizadas por esta entidad durante la primera ola de la pandemia. En concreto, la Unión Europea cuenta con una página llamada “Cronología de la acción de la UE” en la que se enumeran todas las medidas llevadas a cabo por esta entidad, y que he empleado como fuente principal en lo que a la estrategia comunicativa de la UE respecta.

4. Marco teórico

La comunicación sanitaria tiene un componente de investigación epidemiológica cuyo objetivo último es el de mantener a la población saludable y con la mejor calidad de vida posible. Para ello, la comunicación sanitaria se encarga de encontrar patrones en las distintas enfermedades y factores de riesgo para la población (Kreuter & McClure, 2004).

La comunicación sanitaria es especialmente compleja no sólo porque cualquier tipo de comunicación eficiente y fiable lo es, sino porque la comunicación sanitaria se enfrenta a un entorno especialmente cambiante, y aborda temas muy delicados que tienen un impacto directo en la población. Según el *White Paper* sobre Salud Pública publicado por Reino Unido en 2004, el problema principal de la comunicación sanitaria no reside en la falta de información, sino en cómo la población reacciona a esa información y la

incluye en su estilo de vida. Resulta muy importante, para que la información sanitaria sea realmente efectiva, que dicha información, y los mensajes que llegan a la población sea lo más clara y concisa posible (Department of Health, 2004).

4.1 La estrategia comunicativa comportamiento-cambio

En 2005, el *Population Reference Bureau* de Estados Unidos afirmó que el comportamiento humano juega un papel clave a la hora de poder evitar las principales causas de mortalidad y morbilidad (Corcoran, 2007, pp.9). El comportamiento humano, entendido como su estilo de vida y las decisiones que se toman a diario, tiene un impacto prácticamente inmediato en la salud general de la sociedad. Pero para que las personas puedan modificar su comportamiento, o implementar iniciativas y hábitos nuevos a su vida, y que estos sean eficientes en el objetivo de lograr un mayor nivel de salud, deben entender por qué lo hacen (Laverack, 2017, pp.1).

La manera más efectiva de lograr cambios en la población que tengan un efecto positivo en el nivel de salud de la sociedad es a través de la persuasión (Laverack, 2017, pp.1). Esta persuasión se entiende como una estrategia que busca “cambiar actitudes o comportamientos o ambos (sin usar coerción o engaño)”¹ (Fogg, 2003, pp.15). De acuerdo a esta definición propuesta por Fogg, para que la persuasión pueda considerarse como tal, debe haber una clara intención detrás (2003, pp. 16).

Para conseguir este objetivo, las entidades sanitarias hacen referencia a la estrategia de comunicación comportamiento-cambio [SBCC de las siglas en inglés, *social and behaviour change communication*]. Esta estrategia abarca todo tipo de mensajes y canales de comunicación que se emplean para crear un impacto en el comportamiento de los ciudadanos (Health Communication Capacity Collaborative, s.f.).

Scutchfield and Keck (citado en Ngigi & Nekesa Busolo, 2018, pp.84) establecen una serie de factores que se deben tener en cuenta a la hora de implantar una estrategia de tipo SBCC para que esta sea efectiva. Entre estos factores se incluyen la accesibilidad de la población a información clara y veraz, la aceptación e implementación de ese conocimiento adquirido, y las habilidades necesarias para llevar ese conocimiento a la práctica, entre otros.

¹ Traducido del inglés: *an attempt to change attitudes or behaviours or both (without using coercion or deception)*.

En condiciones normales, una estrategia de este estilo debe seguir unos pasos establecidos que se llevan a cabo en un eje temporal marcado. De hecho, existen distintos modelos que se adaptan a las circunstancias determinadas de la población y del asunto a comunicar, de manera que, aplicando distintos modelos, se puede sacar más partido a la SBCC en cuestión (Ngigi & Nekesa Busolo, 2018, pp.86).

No obstante, el principal inconveniente de esta pandemia es que no ha habido tiempo suficiente para que las organizaciones internacionales, los gobiernos, y las entidades sanitarias creasen un plan pormenorizado y premonitorio. Más bien, ha sido todo lo contrario. Dichas entidades han tenido que ir adaptándose a la información que la comunidad científica facilitaba a medida que esta se hacía pública, teniendo que recular y filtrar información en muchas ocasiones.

Al impedimento del tiempo se le unen los obstáculos que per se presenta una sociedad cualquiera a la hora de que surta efecto la estrategia SBCC. Estos obstáculos toman forma como si de una cadena se tratase: de todas las personas que se convierten en receptoras de un mensaje concreto, sólo un porcentaje determinado entenderá plenamente todas las implicaciones de esa información recibida. Y de aquellas que entiendan estas implicaciones en su totalidad, no todas estarán de acuerdo con el diagnóstico, y aunque lo estuviesen, sólo un pequeño porcentaje llegará realmente a implementar cambios de comportamiento en su estilo de vida (Sullivan, 2011, citado en Ngigi & Nekesa Busolo, 2018, pp.91).

Precisamente a este conocimiento individual hace referencia el modelo de creencia de salud [traducido del inglés, *Health Belief Model*, en adelante HBM]. Este modelo trata de explicar la efectividad de un programa comunicativo en temas de salud en torno a dos factores: la percepción de amenazas, y la evaluación conductual (Sheeran & Abraham, 2015, pp.31). De manera resumida, este modelo concluye que una persona estará dispuesta a cambiar su conducta hacia una mejora de salud si siente que esa enfermedad o condición específica puede ser una amenaza individual, o bien si sale beneficiado de dicho cambio en su comportamiento (Ngigi & Nekesa Busolo, 2018, pp.87).

Además de esta estrategia comunicativa, existen otros modelos de comunicación complementarios al de comportamiento-cambio, que también tratan de explicar la efectividad de las estrategias de comunicación en el ámbito de la sanidad.

4.2 Modelos de comunicación

El auge del campo de estudio de la comunicación sanitaria en las últimas décadas ha llevado al desarrollo de su base teórica con la finalidad de hacer frente a los problemas médicos del siglo XXI (Schiavo, 2014, pp. 33). Las teorías comunicativas ayudan a la planificación y seguimiento de las estrategias de comunicación, y están influenciadas por diferentes disciplinas, desde la antropología y sociología, pasando por el marketing y modelos sanitarios (Schiavo, 2014, pp. 35). A continuación, se presentan algunas de las más relevantes, con la finalidad de utilizarlas como base teórica.

4.2.1 *Theories of Reasoned Action and Planned Behaviour*

La teoría de la Acción Razonable [del inglés, *Theory of Reasoned Action*, en adelante TRA], establece que los cambios de comportamiento se determinan en función de la intención del individuo de llevar a cabo dicho cambio (Schiavo, 2014, pp. 44). Se identifican dos factores que alimentan esta intención:

- creencias conductuales, la actitud de la persona, en forma de emociones positivas o negativas hacia el comportamiento, que dependerá de las consecuencias que una persona cree que tiene ese comportamiento;
- y creencias normativas, entendidas como las normas subjetivas del individuo, en referencia a opiniones o juicios positivos o negativos que otros tienen sobre nosotros.

Por tanto, la TRA fundamenta que los cambios conductuales en las personas dependen de las creencias. Más adelante, esta teoría evolucionó hacia la teoría del comportamiento planeado [del inglés, *Theory of Planned Behaviour*, en adelante TPB], que incorporaba el concepto de percepción del control del comportamiento (Corcoran, 2007, pp. 13). Esta variable hace referencia a la percepción que tiene el individuo sobre si realmente es capaz de llevar a cabo este cambio conductual (Corcoran, 2007, pp. 13). La defensa principal de esta teoría es, según Lavin y Groarke (2005, citado en Corcoran, 2007, pp. 14) que una actitud más positiva, una mayor percepción de control conductual y una intención más clara, hacen que un sujeto esté más por la labor de llevar a cabo un comportamiento determinado.

4.2.2 Health Belief Model

El modelo *Health Belief* (HBM), que ya hemos mencionado brevemente, propone que las personas deciden adoptar hábitos saludables sólo cuando son conscientes del riesgo personal que supone no hacerlo (Schiavo, 2014, pp. 40). Según el grado de vulnerabilidad que los individuos tengan en relación a una enfermedad, o a una amenaza sanitaria, estarán más o menos dispuestos a reeducar sus hábitos sanitarios. Esta vulnerabilidad se mide en función al nivel de riesgo que presenta el sujeto (percepción de la susceptibilidad) y cómo de graves puedan ser las consecuencias (severidad) (Corcoran, 2007, pp. 15). Corcoran (2007, pp. 16) identifica cuatro elementos que deben darse en una persona para que esta presente disposición a cambiar su comportamiento:

1. Suficiente incentivo para modificar sus hábitos.
2. Sensación de riesgo si continúa con su comportamiento actual.
3. Conocer los beneficios de modificar su comportamiento.
4. Suficiente confianza y motivación para realizar dicho cambio.

La teoría de HBM ha sido respaldada en casos prácticos, demostrando así que sus pautas explican los cambios conductuales sanitarios en la población, como en el caso de los hábitos de adolescentes para prevenir el SARS (Wong & Tang, 2005, pp.199).

4.2.3 Modelo Comunicación-Persuasión

El modelo conocido como la matriz Comunicación-Persuasión de McGuire es pertinente para este trabajo porque está especialmente diseñado tomando como referencia la comunicación en masa, que ha sido uno de los medios más necesarios para expandir los conocimientos y avances de la pandemia durante la misma (Liu et. al., 2020, pp. 2).

Esta matriz identifica dos tipos de variable: cinco factores de input comunicativo, y trece pasos de output persuasivo (McGuire, 2013, pp. 134). Para que la comunicación sea persuasiva, se deben dar los cinco inputs: fuente, mensaje, canal, receptor y destino del mensaje. Asimismo, las trece etapas deben darse de forma ordenada (Corcoran, 2007, pp.23):

1. Primera exposición al mensaje.
2. Prestar atención al mensaje.
3. Mostrar interés por el mensaje.
4. Comprenderlo.
5. Generar conocimientos relacionados con el mensaje.
6. Adquirir nuevas habilidades relevantes para poder actuar.
7. Estar de acuerdo con o a favor del mensaje.
8. Memorizar el mensaje.
9. Poder acudir al mensaje en mi memoria cuando sea necesario.
10. Tomar la decisión de actuar.
11. Desarrollar dicha acción.
12. Integrar la acción en el comportamiento.
13. Aconsejar a otros de que también cambien su comportamiento.

Es importante destacar que estas fases específicas deben desarrollarse de manera ordenada para que el modelo pueda implantarse de manera efectiva. Esto puede ser una ventaja, puesto que los pasos a seguir son claros, pero también supone una limitación, puesto que puede llegar a ser un modelo restrictivo (Corcoran, 2007, pp.24).

4.3 Efectividad comunicativa

Una buena estrategia de comunicación sanitaria es indispensable para prevenir factores de riesgo, y para lograr que la población a la que va dirigida pueda llegar a cambiar sus hábitos (Byrne & Curtis, 2000, pp. 190).

Abroms y Maibach (2008, pp. 221) señalan que las campañas de sanidad públicas que son efectivas lo son porque cumplen con dos requisitos: sus mensajes son claros y están bien diseñados, y además se transmiten a la población de manera frecuente y persistente para garantizar su alcance. En estas campañas se ha demostrado que los medios de comunicación, en combinación con otros elementos estratégicos tales como un programa bien diseñado, tienen un papel imprescindible a la hora de contribuir a la educación y cambios conductuales de la población (Flora, Maibach, & Maccoby, 1989, pp. 184).

Es importante hacer hincapié en la idea de que una estrategia comunicativa sanitaria conlleva un gran esfuerzo, y es la combinación de factores la que la hace realmente efectiva (Flora, Maibach, & Maccoby, 1989, pp. 198). E incluso con una combinación de elementos estratégicos ideal, el contexto en el que se implementa la estrategia o el tema que se trate, puede dar lugar a resultados muy dispares (Abroms & Mailbach, 2008, pp. 221). Schlinger (1976) afirma que en los casos en los que los cambios conductuales son difíciles de controlar, las estrategias persuasivas no son suficientes, sino que es necesario usar medidas tales como las sanciones económicas.

4.4 El concepto de health communication

La comunicación es uno de los aspectos fundamentales de nuestra sociedad, y aunque el término de *“health communication”* [del inglés, comunicación sanitaria] es relativamente reciente, se ha convertido en uno de los ámbitos más importantes de la interacción público-privada.

Existen diferentes definiciones para distinguir las características de este tipo de comunicación, pero todas coinciden en que la comunicación sanitaria pretende *“informar e influenciar”* con la finalidad de cambiar los *“conocimientos, actitudes y creencias”* (Schiavo, 2014, pp.8) de los individuos en el ámbito de la salud.

La comunicación sanitaria tiene especial interés a nivel institucional porque tiene un impacto directo en la sociedad. Una comunicación honesta y efectiva en el ámbito de la salud implica mantener el bienestar general de la población a través de la prevención de enfermedades y la mejora de la calidad de vida, entre otros aspectos (Rimal & Lapinski, 2009, pp.247).

La esfera de la sanidad es una de las que más cambios ha experimentado a lo largo del siglo XX (Thomas, 2006, pp.10), de ahí que, durante las últimas décadas, las disciplinas de estudio de la salud y la comunicación hayan unido fuerzas para expandirse (Bernhardt, 2004, pp.2051). En un primer momento, la esfera de la comunicación sanitaria pública se encontraba en la periferia de las preocupaciones políticas, ya que se veía más como una habilidad que como una ciencia (Bernhardt, 2004, pp.2051).

Sin embargo, a medida que la evidencia hacía clara que la comunicación sanitaria pública tenía un notable impacto en los comportamientos de salud de los ciudadanos,

y podía llevar por ende a una mejora del bienestar y salud de las sociedades, se le empezó a dar la importancia que merece (Hornik, 2002, pp. xi).

Precisamente, el pilar más relevante de la comunicación institucional de la salud es, sencillamente, que funciona. La evidencia demuestra que la comunicación sanitaria tiene un impacto directo en los llamados determinantes sociales de salud [del inglés, *social determinants of health*] (Schiavo, 2014, pp.13). Estos factores, tales como las condiciones socioeconómicas, raza, etnia, cultura, acceso a servicios sanitarios y a una alimentación saludable, un entorno que promueva el deporte, o la educación ciudadana sobre temas de salud, aumentan las probabilidades de que los receptores de estos mensajes incorporen estos comportamientos a sus respectivos estilos de vida (Schiavo, 2014, pp.13).

5. La crisis del COVID-19: contexto

5.1 Qué es el COVID-19 y en qué se diferencia de otras enfermedades infecciosas

La enfermedad del COVID-19 (cuya nomenclatura significa “*Coronavirus Disease 2019*”) se identificó por primera vez en Wuhan, China, en diciembre del 2019. El COVID-19 pertenece a la familia de los coronavirus, causantes de infecciones respiratorias (Organización Mundial de la Salud, 2020d). Los principales síntomas que se han detectado en pacientes con coronavirus incluyen fiebre, tos, y disnea, aunque también se han dado síntomas como la pérdida temporal de olfato y gusto, malestar muscular y general (Secretaría General de Sanidad España, 2020).

El virus se transmite principalmente mediante el “contacto directo con las gotas respiratorias” de una persona contagiada (Secretaría General de Sanidad España, 2020). El período de incubación de la enfermedad tiene una media de cinco días, aunque el rango de tiempo es relativamente largo, ya que pueden tardar hasta 24 días en incubarse los primeros síntomas (Velavan & Meyer, 2020, pp.278).

A este hecho se unen los casos asintomáticos, especialmente frecuentes en niños (Velavan & Meyer, 2020, pp.278). Todavía no se han llegado a conclusiones factibles sobre la proporción de personas asintomáticas de entre todas las infectadas. Por ejemplo, en España esa cifra llegó a alcanzar el 33%, mientras que el Centro de Control

de Enfermedades de China la estableció en un 1,2% de los más de 70.000 casos identificados (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias España, 2020).

Los casos asintomáticos presentan también la capacidad de contagiar, al igual que aquellos que presentan síntomas, pero hasta ahora no se ha podido concluir “el papel que las personas sin síntomas han desempeñado en la pandemia” (Nania, 2020). Lo que sí se sabe es que la carga viral es igual a la de las personas con síntomas, por lo que el riesgo de contagio es prácticamente el mismo, pero con riesgo aún mayor puesto que la persona enferma no sabe que lo está. En otras infecciones respiratorias también pueden darse pacientes asintomáticos, pero lo destacable del COVID-19 es que incluso estos casos pueden presentar daños orgánicos (Kinneer, 2020).

5.2 Contextualización y cronología de la crisis

Como se ha introducido en el apartado anterior, en diciembre de 2019 se detectaron en Wuhan, China, varios casos de una neumonía con causa desconocida. El 7 de enero del 2020 se aisló el virus por primera vez, concluyendo de esta manera que se trataba de un nuevo coronavirus.

Los primeros casos fuera de China se dieron en Japón y Corea del Sur, el 15 y 20 de enero, respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2020a, pp.1). A partir de ese momento, el virus comienza a expandirse por todo el mundo, dándose el primer caso fuera de Asia en Estados Unidos el 24 de enero, y confirmándose los tres primeros casos en Europa en Francia, al día siguiente (Organización Mundial de la Salud, 2020g, pp.2). Varios días después se detectan también dos casos en el norte de Italia.

Un par de semanas más tarde, el 11 de febrero, la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) bautiza oficialmente al nuevo coronavirus como “Covid-19” (Aleixandre-Benavent, Castelló-Cogollos, & Valderrama-Zurián, 2020, pp.2).

A partir de que se diesen los primeros casos de COVID-19 en Europa (Gráfico 1), poco a poco las ciudades y regiones de los países más afectados (principalmente España e Italia), comenzarán a aislarse. El 22 de febrero, Italia declara el cierre de once localidades de la zona norte de Italia (Comité español de ACNUR, 2020). De manera

similar, el 14 de marzo, el Gobierno de España aprueba el Estado de Alarma en todo el territorio, cuyas implicaciones más directas serán la suspensión de actividades comerciales, culturales y educativas, así como la restricción de la circulación de los ciudadanos (Presidencia del Gobierno de España, 2020).

Evolución de casos confirmados de COVID-19 durante la primera ola

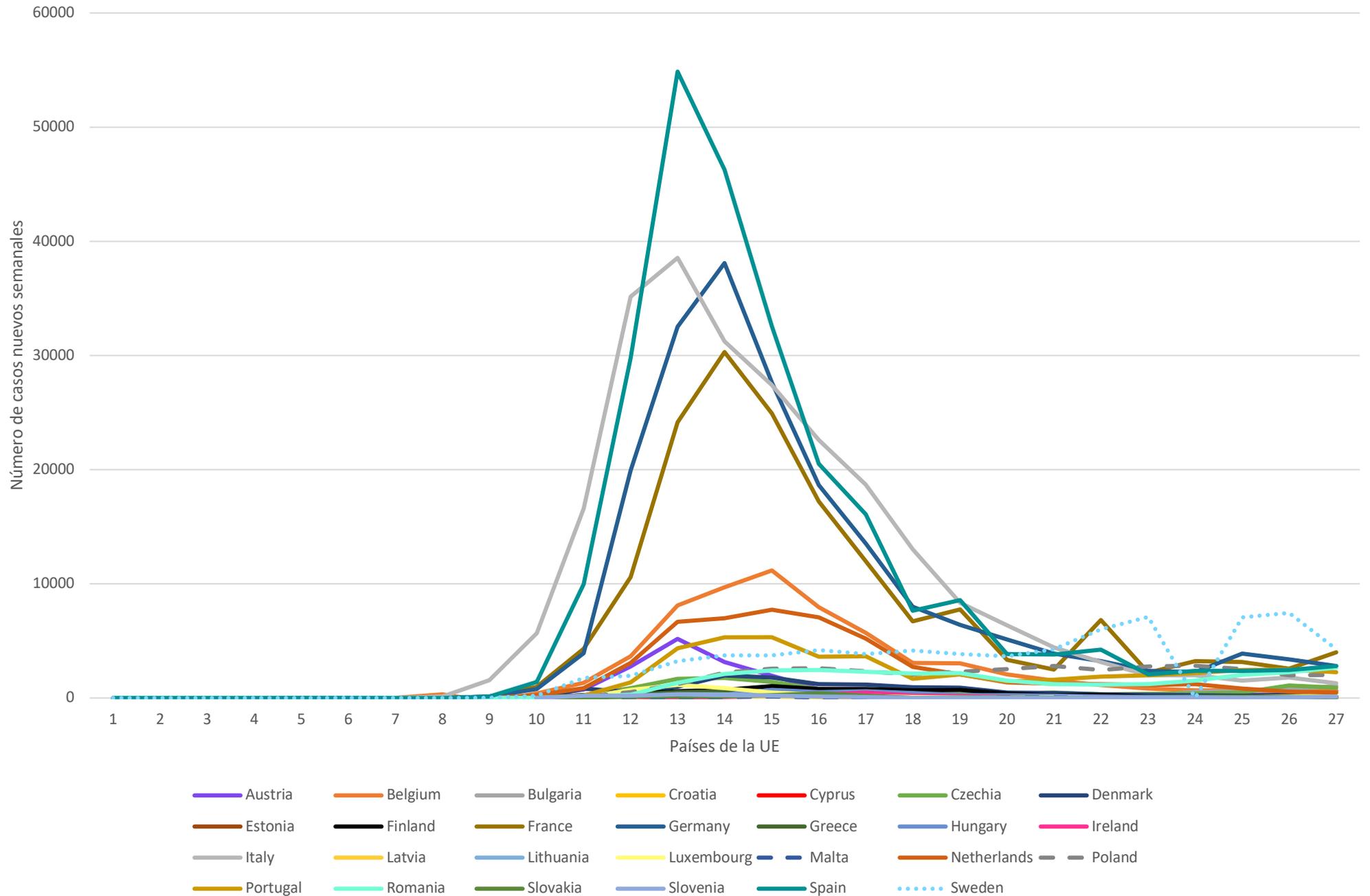


Gráfico 1. Evolución del número de casos confirmados de COVID-19 semanales en los países de la UE durante la primera ola de la pandemia. Elaboración propia. Fuente: ECDC

5.3 Prevención y gestión del COVID-19 en el mundo

La novedad que el COVID-19 supone para el mundo ha conllevado una línea de estrategias y gestión de la pandemia sin precedentes. La gran mayoría de los países afectados, y por ende sus respectivos líderes y gobiernos, se han visto inmersos en una posición de incertidumbre e improvisación.

Los países a los que el coronavirus ha llegado posteriormente de lo que ha llegado a otros han tenido la “oportunidad” de aprender de aquellos que habían sido afectados por la llegada del COVID-19 previamente, aunque esta oportunidad en ocasiones no se ha aprovechado enteramente.

China fue la nación donde se originó el virus, por lo que en ese momento carecía de todo conocimiento práctico de cómo afrontar adecuadamente la situación, sin poder comparar su plan de acción con países vecinos, y completamente dependiente de las decisiones que se iban tomando *in situ*. La inmediatez y sorpresa de la llegada del virus hizo imposible la articulación de una estrategia a priori. Aún así, la relativamente rápida respuesta del gobierno chino ante la pandemia puede tomarse como referencia para demostrar que las acciones gubernamentales conjuntas tienen un impacto positivo en el control de la propagación del virus (Hopman, Allegranzi, & Mehtar, 2020, pp. 2).

En este sentido, el gobierno chino fue tomando diferentes decisiones a medida que avanzaba la pandemia con el objetivo de frenarla y evitar daños colaterales.

La primera de estas medidas fue la limitación de la migración dentro del país, aislando por completo la ciudad de Wuhan en un primer momento, y más adelante restringiendo cualquier viaje dentro del territorio chino (Peng, et. al., 2020, pp.917).

No obstante, la tasa de contagios creció precipitadamente, y para evitar contagios dentro de los hospitales, se establecieron centros exclusivos para pacientes con coronavirus. A esto se le unieron las pruebas de coronavirus, que tenían como objetivo principal identificar a las personas con COVID-19 que pudiesen ser la causa de potenciales contagios. De hecho, en esta medida radica gran parte del éxito chino, puesto que el rastreo de los pacientes con coronavirus permitió que fuesen aislados (Peng, et.al., 2020, pp.917). A pesar del debate respecto a las mascarillas, el gobierno

chino estableció la obligación a los ciudadanos de llevar mascarillas en espacios públicos.

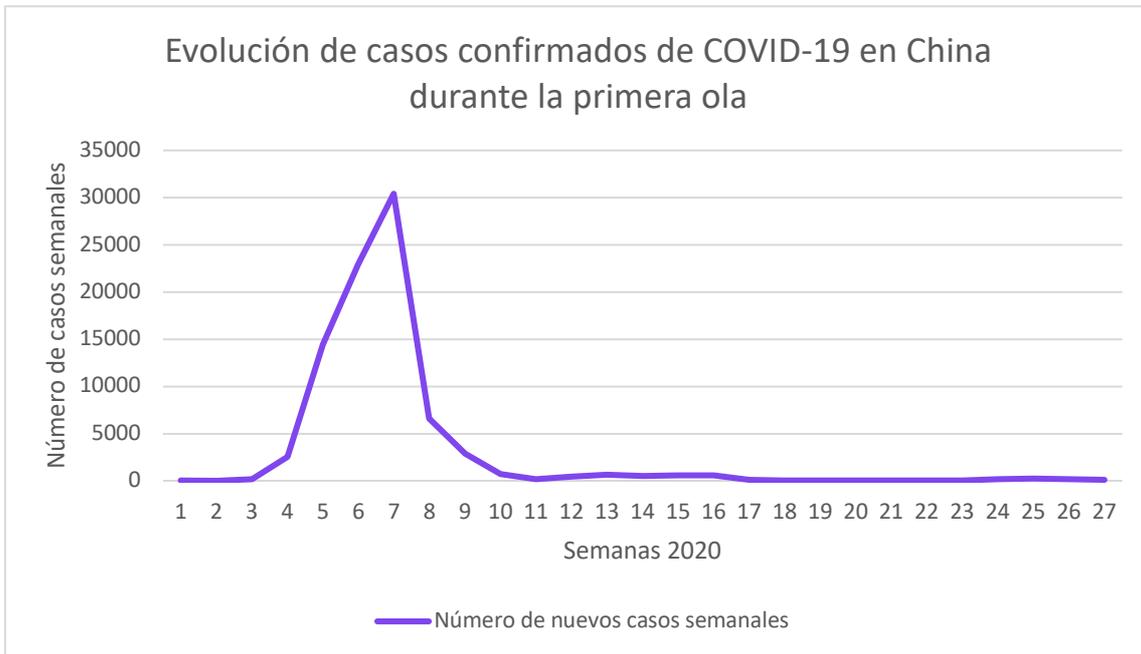


Gráfico 2. Evolución del número de casos confirmados de COVID-19 semanales en China durante la primera ola de la pandemia. Elaboración propia. Fuente: ECDC

A pesar del aislamiento doméstico en China, para mediados de marzo el virus ya había viajado a 146 países (Gössling, Scott, & Hall, 2020, pp.2). En Europa, Italia fue, en un primer momento, la nación con más casos de coronavirus, con unos 69.000 casos confirmados hasta la fecha el 25 de marzo del 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2021). Actualmente, no obstante, en Europa, Rusia, Reino Unido y Francia han adelantado a Italia en número de casos, con un total de casos de 4.086.090, 4.038.078, y 3.465.163, respectivamente (Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades , 2020).

Estas altas cifras supusieron que, en cuestión de semanas, los hospitales italianos – especialmente los de las regiones del norte – sufriesen aglomeraciones. La falta de recursos sanitarios para atender a todos los pacientes contagiados también supuso la infección de miles de profesionales sanitarios (Boccia, Ricciardi, & Ioannidis, 2020, pp. 1). Ante esta crisis sin precedentes y los contagios fuera de control, Italia sigue los pasos de China y decide aislar la región norte del país, prohibiendo todo tipo de actividades sociales y laborales, a fecha 11 de marzo del 2020. El 22 de marzo, el

Primer Ministro italiano Giuseppe Conte, declara oficialmente el país en cuarentena (La Regina, et. al., 2020, pp.1).

En términos generales, los países han actuado de forma relativamente unilateral a la hora de abordar la crisis sanitaria. Se han recurrido principalmente a tres medidas: cuarentena de ciudadanos, uso obligatorio de mascarillas, y test masivos a la población. No obstante, algunas regiones han tenido dificultades especiales para hacer frente al COVID-19. Por ejemplo, países cuyos sistemas sanitarios son débiles, se han visto más afectados a la hora de repartir recursos que son especialmente limitados. De igual manera, el impacto económico que ha supuesto el aislamiento de los ciudadanos podría tener un mayor impacto en aquellos núcleos familiares con ingresos menores a la media (Gupta, et.al., 2020, pp.3).

5.4 Evolución de la información durante la crisis

El manejo y la divulgación de la información relevante al coronavirus durante la primera ola de la enfermedad fue, cuanto menos, confusa. La primera vez que se hacía referencia a la enfermedad en la prensa occidental, se denominaba en relación con Wuhan o China, con términos tales como “neumonía de Wuhan” (Aleixandre-Benavent, Castelló-Cogollos, & Valderrama-Zurián, 2020, pp.2). Para evitar el estigma y la xenofobia, que ya empezaban a surgir en redes sociales, la Organización Mundial de la Salud declara el nombre oficial del coronavirus, abreviado 2019-nCov (Prior, 2020, pp. 7) y más comúnmente conocido como COVID-19.

La rápida propagación del virus, que en tan solo un par de meses ya se había expandido a nivel mundial, dio lugar a una propagación de información casi igual de veloz. “La información sobre la COVID-19 es de tal magnitud que la OMS ha manifestado que nos encontramos ante una infodemia debido a la sobreabundancia de información” (Aleixandre-Benavent, Castelló-Cogollos, & Valderrama-Zurián, 2020, pp.5).

En un primer momento, las redes sociales jugaron un papel muy importante en la expansión de información, en parte porque el gobierno de China – país en el que se originó la pandemia – era muy selectivo con los mensajes que compartía con el mundo. De hecho, Li Wenliang, uno de los primeros doctores chinos en alertar sobre

el peligro del virus, fue acusado por las autoridades chinas de propagar rumores falsos (Aleixandre-Benavent, Castelló-Cogollos, & Valderrama-Zurián, 2020, pp.7).

Por muy útiles y rápidas que puedan resultar las redes sociales como medio para ser conocedores de las noticias a tiempo real, también pueden llegar a ser peligrosas. En las plataformas sociales como Twitter o Whatsapp, no tardaron en surgir *fake news*, rumores inventados o noticias manipuladas. En el estudio realizado por Allington et. al (2020, pp.3), se encontró una correlación positiva entre la creencia en teorías conspirativas sobre el COVID-19, y el uso de redes sociales.

A raíz de la expansión de estas noticias engañosas, las autoridades y organizaciones internacionales, entre ella la OMS, comienzan a publicar informes y artículos en sus páginas oficiales desmintiendo estos rumores (Cuello-Garcia, Pérez-Gaxiola, & van Amelsvoort, 2020, pp.5). A finales de diciembre, la OMS sólo contaba con la información que le llegaba de China, pero a medida que avanzaba el tiempo (y el virus), la organización fue transmitiendo información veraz y constante. Podemos vincular esta estrategia comunicativa iniciada por la OMS con la estrategia SBCC que comentábamos en el marco teórico. Al fin y al cabo, la OMS buscaba garantizar una información fiable que permitiese un cambio de perspectiva, y a largo plazo, conductual, de la ciudadanía.

Siguiendo este enfoque, entre el 10 y el 12 de enero de 2020, la OMS publica un conjunto de guías para orientar a los países a gestionar el brote de esta nueva epidemia (Organización Mundial de la Salud, 2020e). Estas indicaciones eran de temática diversa, incluyendo pautas sobre cómo conservar materiales de laboratorio para investigar el virus, o sobre el rastreo de la enfermedad. Cabe destacar que uno de estos documentos iba enfocado a orientar las estrategias de comunicación sanitaria como parte de la respuesta nacional de los países ante la crisis. La OMS recomendaba comunicar de manera regular y proactiva para prevenir y evitar las infodemias y poder minimizar los riesgos de la enfermedad sobre la salud de los ciudadanos, pero también sobre la economía y la sociedad en términos generales. En este documento se pone de manifiesto que en casos como el de esta crisis, existe una brecha informativa entre los riesgos percibidos por la población, y los percibidos por los expertos y autoridades, y se hace hincapié en la necesidad de una comunicación efectiva, accesible y creíble para poder salvar esta distancia (Organización Mundial de la Salud, 2020, pp. 1).

En un primer momento, las indicaciones de la OMS eran imprecisas y un tanto ambiguas, principalmente porque no existía información, y esta iba surgiendo a medida que avanzaban tanto la enfermedad como las investigaciones y nuevos hallazgos. Un ejemplo de estas indicaciones equívocas es un tuit (Ilustración 1) que la cuenta oficial de la OMS publicó en su perfil de Twitter el 14 de enero de 2020, en la que comunicaban que no habían encontrado evidencia de transmisión humana del virus (Organización Mundial de la Salud, 2020b).



Ilustración 1. Tuit de la OMS con fecha 14 enero 2020. Fuente: Twitter

No obstante, ese mismo día la OMS declara en una rueda de prensa que “existe el riesgo de una posible transmisión entre seres humanos” (Organización Mundial de la Salud, 2020b). Esto demuestra la notable incertidumbre y la velocidad a la que la información cambiaba al comienzo de la pandemia.

Desde entonces, esta entidad ha ido publicando y actualizando información en forma de vídeos, infografías, artículos, e incluso tuits casi diariamente (Organización Mundial de la Salud, 2020b).

Además de organizaciones internacionales como la OMS, los medios de comunicación han jugado un papel crucial en la transmisión de información oficial a los ciudadanos. Ya desde comienzos de la primera hora, el gobierno de Italia – el primer país de Occidente en ser víctima del virus – alegó la crucial importancia de la prensa como

medio de transmisión de información buena y veraz. Tanto es así, que los quioscos de prensa se consideraron desde un principio como servicio esencial, permaneciendo abiertos cuando el país decretó el confinamiento (Gómez Fuentes , 2020).

La comunidad científica se ha volcado en la divulgación de estudios académicos durante la pandemia. Nos encontrábamos ante una situación inédita, luchando contra una enfermedad de la que apenas se sabía nada, de ahí que dicha comunidad se volcase en la investigación y publicación de artículos académicos. En el estudio de Torres-Salinas (2020, pp.6), se puede observar cómo, desde la aparición del coronavirus en Wuhan, la publicación de artículos académicos creció de manera exponencial hasta alcanzar las 500 publicaciones diarias a escala global (Ilustración 2). En esta crisis sin precedentes, la comunidad científica batió el récord de publicaciones académicas en abierto, sin ningún tipo de restricciones, para que las investigaciones estuviesen al alcance de la mayoría (Torres-Salinas, 2020, pp.6).

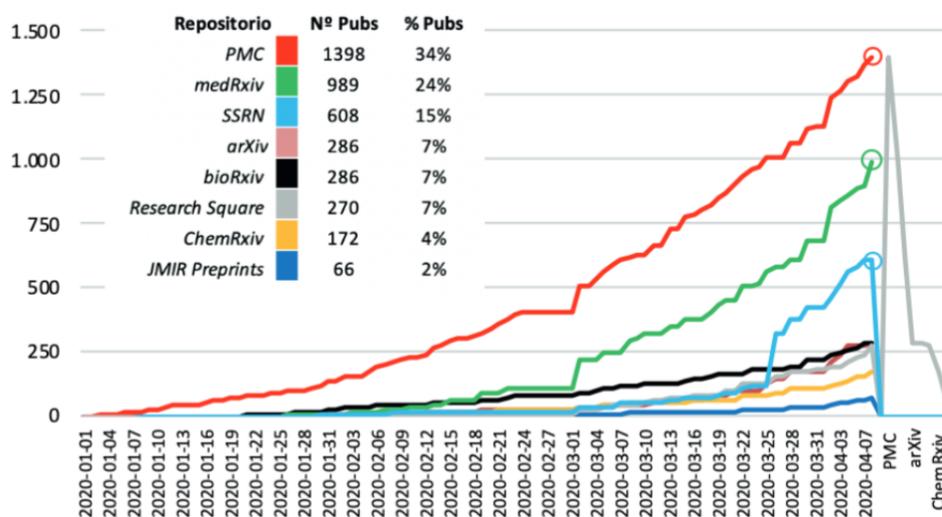


Ilustración 2. Evolución del número de publicaciones acumuladas sobre el Covid-19 en ocho repositorios. Fuente: Torres-Salinas (2020, pp.5)

6. La información sanitaria en la actualidad

Durante una emergencia sanitaria como la vivida con el COVID-19, las personas buscan información a la que aferrarse, que les permita estar al tanto de las últimas novedades, más de lo que lo hacen en condiciones normales (Cole y Watkins, 2015, citado en Cole, 2020, pp.5). Esto son buenas noticias, porque implica que los ciudadanos se preocupan

por conocer la actualidad sanitaria, en pos de mantenerse a salvo, y comprender mejor la situación que están viviendo (Cole, 2020, pp. 5).

A comienzos de este siglo, ya se era consciente del gran pilar que supone Internet como plataforma de difusión de información sanitaria, pero también se reconocía que su uso enfatizaba todavía más los problemas comunicativos (Rice & Katz, 2001, pp.7). Actualmente, este problema reside en el uso masivo y exagerado de la búsqueda en Internet, y fundamentalmente de las redes sociales, como comentábamos anteriormente. Los medios de comunicación en línea (tales como Facebook o Whatsapp) son actualmente los principales medios de propagación de información (Mora Rodríguez & Melero López, 2021, pp. 79).

La desinformación sanitaria está muy ligada al uso de las plataformas sociales como medio de comunicación. En particular en el caso de la pandemia del coronavirus, los usuarios que empleaban las redes sociales eran más partidarios a creer en las diferentes teorías conspirativas sobre el virus (Tabla 1), llegando algunas de ellas a ser peligrosas para su salud personal, y la del resto de integrantes de la comunidad (Allington, Duffy, Wessely, Dhavan, & Rubin, 2020, pp.6).

Teorías conspirativas	El coronavirus fue probablemente creado en un laboratorio
	Los síntomas del coronavirus parecen estar vinculados a la red 5G
	No hay evidencia suficiente que respalde la existencia del coronavirus
	El número de personas fallecidas por coronavirus está siendo deliberadamente exagerado por parte de las autoridades
	La pandemia actual es parte de un esfuerzo global para forzar a todo el mundo a vacunarse, quieran o no
	El coronavirus es un arma biológica creada en China
	Beber lejía puede curar el coronavirus

Tabla 1. Ejemplos de teorías conspirativas sobre el coronavirus. Elaboración propia. Fuente: Allington et. al. (2020, pp.4) y Fuchs (2020, pp. 392).

En el caso contrario, las personas que habían incorporado a su modo de vida comportamientos recomendados por las autoridades para evitar la propagación del virus – como pueden ser la distancia social, o lavarse las manos habitualmente – consultaban las redes sociales con menor frecuencia, y eran menos propensos a creerse las teorías de conspiración y *fake news* sobre la situación de la pandemia (Allington, et. al., pp.5-6). En un estudio realizado por Mora Rodríguez y Melero López (2021, pp. 79), los resultados demostraron que, a mayor exposición a contenidos informativos, mayor percepción del riesgo existía entre los participantes de la encuesta. Estos hallazgos corroboran teorías comunicativas como la HBM, que establecía que un primer paso para el cambio conductual de las personas es que estas fuesen conscientes del riesgo existente.

La desinformación generalizada que se ha experimentado durante la pandemia ha supuesto muchos inconvenientes en la seguridad de las comunidades. Tanto es así que la Organización Mundial de la Salud llamó a esta ola exagerada de información “infodemia”, definida esta como una “sobrereabundancia de información —que puede ser correcta o no— durante una epidemia” (Organización Mundial de la Salud, citado en Cole, 2020, pp.3). Esto hace que encontrar fuentes fiables con información veraz sea especialmente complicado. Esta organización, como tantas otras autoridades y gobiernos a nivel regional, vieron la necesidad de filtrar la enorme cantidad de información existente, e incluso organizaron informes y conferencias virtuales al alcance del público para enseñar cómo gestionar la infodemia y cómo acceder a información fiable (Organización Mundial de la Salud, 2020f). Un ejemplo de esto es la consulta online que tuvo lugar los días 7 y 8 de abril del 2020, sobre la que posteriormente la publicación ilustrada “*Managing the COVID-19 infodemic*” se puso a disposición del público en la página oficial de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020c). En estas conferencias se trataron temas como el papel de las redes sociales en la infodemia (Organización Mundial de la Salud, 2020c, pp.10), o las posibles estrategias a seguir por los legisladores y autoridades nacionales (Organización Mundial de la Salud, 2020c, pp.25).

No obstante, la institución que nos concierne para este trabajo es la Unión Europea, por lo que en el próximo apartado procedemos a comentar su estrategia comunicativa durante la pandemia.

7. La Unión Europea durante la pandemia

7.1 La política de comunicación de la UE

La comunicación está considerada por la Unión Europea como uno de los derechos fundamentales de todo ciudadano europeo, como es el de “estar informados sobre los asuntos europeos” (Iskra, 2020, pp.1). Una de sus principales responsabilidades es la de mantener informados a los ciudadanos en cuestiones relacionadas con tomas de decisiones y realización de actividades a nivel europeo.

Con este fin, la Unión Europea ha desarrollado distintas agencias y herramientas que permiten y garantizan una comunicación honesta. Entre ellas destacan el programa “Comunicar sobre Europa en asociación”, que trata temas de actualidad europea “a fin de que los ciudadanos puedan acceder más fácilmente a información sobre las políticas de la Unión y comprendan mejor su incidencia a escala europea, nacional y local” (Iskra, 2020, pp.4).

En el ámbito de comunicación de la UE, el Parlamento Europeo juega un papel fundamental, que pone a disposición de los ciudadanos europeos todo tipo de informes y documentos en los 24 idiomas oficiales de la región (Iskra, 2020, pp.5).

Como hemos mencionado anteriormente, la comunicación es uno de los pilares fundamentales del funcionamiento de la sociedad, y su importancia crece aún más en un contexto de crisis como la del COVID-19. La pandemia ha actuado en muchos casos como un detonante de ansiedad económica y sanitaria (Sabat, et al., 2020, pp. 913). Una buena comunicación puede ayudar a paliar esta ansiedad, y es por este motivo que la Unión Europea ha dedicado notables esfuerzos a desarrollar una política de comunicación para mantener informados a los ciudadanos europeos sobre los avances de la pandemia.

A mediados de la primera ola, la Unión Europea publicó un documento en el que reflejaba las respuestas de la UE a la pandemia. En esta publicación, se hace hincapié en que la toma de decisiones de la Unión “estará basada en los hechos y será transparente, y luchará contra cualquier intento de desinformación dentro y fuera de la UE” (Comisión Europea, 2020a, pp.3). Además, la UE asegura su compromiso para realizar campañas comunicativas que garanticen una información veraz en tiempos de

crisis. Algunas de las medidas de comunicación a las que se hacen referencia en este documento son:

- extensión del sistema de alerta rápida sobre enfermedades transmisibles a la región occidental de los Balcanes, con el objetivo de permitir una comunicación más rápida de las alertas y medidas sobre el COVID-19 (Comisión Europea, 2020a, pp.7).
- “apoy[o] [a] las iniciativas de comunicación y sensibilización pública de las administraciones sobre las medidas básicas de protección e higiene para evitar la propagación del coronavirus” (Comisión Europea, 2020a, pp.10).

7.2 Las competencias de la UE ante crisis sanitarias

Muchos epidemiólogos argumentan que uno de los mayores errores a la hora de contener la expansión del virus es la lentitud de respuestas de las autoridades de los países de la UE para hacerle frente (Rudan, 2020, pp.6). Las políticas de la UE no parecían suficientemente efectivas a comienzos de la primera ola (Brooks, de Ruijter, & Greer, 2021, pp. 33), y muchas de las decisiones tomadas por la UE durante la misma han sido especialmente criticadas (Vanhercke, Spasova, & Fronteddu, 2021, pp. 164). Precisamente por este motivo, es conveniente revisar qué poderes puede realmente ejercer la Unión Europea en materia de salud pública.

Las competencias de la Unión Europea, formada por 27 países, están definidas en el Tratado de Funcionamiento de la UE (Unión Europea, 2010). El ámbito de la salud pública se tiene presente a lo largo de todo el documento, pero se aborda especialmente en el Artículo 168 (Unión Europea, 2010, pp. 122-123). Entre otras aclaraciones, la UE establece que:

1. La acción de la Unión, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias, y la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas. (Unión Europea, 2010, pp. 122).

2. [...] Los Estados miembros, en colaboración con la Comisión, coordinarán entre sí sus políticas y programas respectivos en los ámbitos a que se refiere el apartado 1. La Comisión, en estrecho contacto con los Estados miembros, podrá adoptar cualquier iniciativa útil para fomentar dicha coordinación, en particular iniciativas tendentes a establecer orientaciones e indicadores, organizar el intercambio de mejores prácticas y preparar los elementos necesarios para el control y la evaluación periódicos. Se informará cumplidamente al Parlamento Europeo. (Unión Europea, 2010, pp. 122).

Cabe además destacar que, en el punto 5, se hace referencia concreta al caso de las pandemias transfronterizas:

5. El Parlamento Europeo y el Consejo, con arreglo al procedimiento legislativo ordinario y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, podrán adoptar también medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana y, en particular, a luchar contra las pandemias transfronterizas, medidas relativas a la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, a la alerta en caso de tales amenazas y a la lucha contra las mismas [...]. (Unión Europea, 2010, pp. 123).

De este artículo podemos inferir que la Unión Europea no se encarga de diseñar las políticas sanitarias, ni de fijar ni regular los servicios sanitarios. Su labor en salud pública se limita a brindar apoyo a los países europeos, completando las políticas nacionales definidas por cada Estado, y animando a la cooperación entre países en esta materia (EUR-Lex, s.f.). La Comisión Europea propuso en el año 2000 que la cohesión social europea debía ser un pilar más presente en el continente, y entre los objetivos marcados, uno de ellos se centraba en la garantía de que todos los ciudadanos europeos tuviesen acceso a una sanidad de calidad (McKee & Mossialos, 2006, pp. 17).

A pesar de que la Unión Europea no tiene potestad para definir o implantar políticas sanitarias en los Estados miembros, sí tiene la capacidad para invitar a estos a la cooperación y coordinación a la hora de tomar decisiones que garanticen la salud y seguridad de los ciudadanos europeos (Purnhagen, et al., 2020, pp. 298). Además, también puede administrar sus presupuestos para financiar la investigación, equipos médicos o posibles estudios que puedan ayudar a la contención y prevención de enfermedades (Purnhagen, et al., 2020, pp. 299). En otras palabras, aunque la UE no tiene competencias suficientes como para adoptar medidas sanitarias a nivel regional,

sí que puede tomar decisiones que, indirectamente, fomenten y contribuyan a la protección de salud de los ciudadanos europeos (Purnhagen, et. al., 2020, pp. 300)

Desde los inicios de la pandemia a comienzos del 2020, los líderes de la Unión Europea abordaron diversos temas en cuanto a la gestión de la pandemia, tales como el transporte, la salud pública, o la investigación científica, entre otros, durante las primeras teleconferencias de marzo de ese mismo año (Goniewicz, et al., 2020, pp. 3). Durante las siguientes reuniones con el Banco Central Europeo, se decidió controlar las fronteras europeas, y comprar material sanitario como EPIs, entre otras medidas para tratar de combatir la expansión de la enfermedad (Goniewicz, et al., 2020, pp. 3). De hecho, a lo largo de los meses de marzo y abril se llevaron a cabo acciones como la repatriación de ciudadanos europeos, la financiación de gastos sanitarios, o la reapertura de fronteras para dejar paso a material sanitario (Brooks, de Ruijter, & Greer, 2021, pp. 33).

7.3 La Unión Europea ante la crisis del COVID-19

La pandemia del COVID-19 (como cualquier pandemia de estas magnitudes) no entiende de fronteras. El virus se ha expandido indistintamente por todos los países de la Unión Europea. A pesar de ser esta una preocupación no sólo regional, sino mundial, la gestión de la pandemia durante la primera hora fue indudablemente nacional. Cada Estado miembro adoptó sus propias políticas de contención del virus, de manera descoordinada, y en ocasiones sin tener en cuenta las recomendaciones de la UE o de la comunidad científica (Alemanno, 2020, pp.1).

También es importante tener en cuenta de que, por mucha cohesión política y social que pueda existir en la Unión Europea, las diferencias culturales siguen presentes entre sus miembros, algo que sin duda se ha manifestado durante la pandemia. Por regla general, los países del Sur – casualmente aquellos a los que más afectó la crisis del coronavirus durante la primera ola – estaban más de acuerdo con las restricciones tomadas por los gobiernos nacionales. Por el contrario, los países nórdicos se mostraban más reacios a medidas de contención tales como el confinamiento domiciliario o el toque de queda (Sabat, et al., 2020, pp. 911).

Las medidas implementadas en cada país han sido tan dispares y cambiantes, variando su escala y su estrictez, (Sabat, et al., 2020, pp. 909) que la Comisión Europea, entre muchas otras medidas informativas, se ha visto obligada a diseñar herramientas interactivas que pudiesen transmitir información al momento al ciudadano en relación a restricciones nacionales, número de casos, etc. (Ilustración 3).

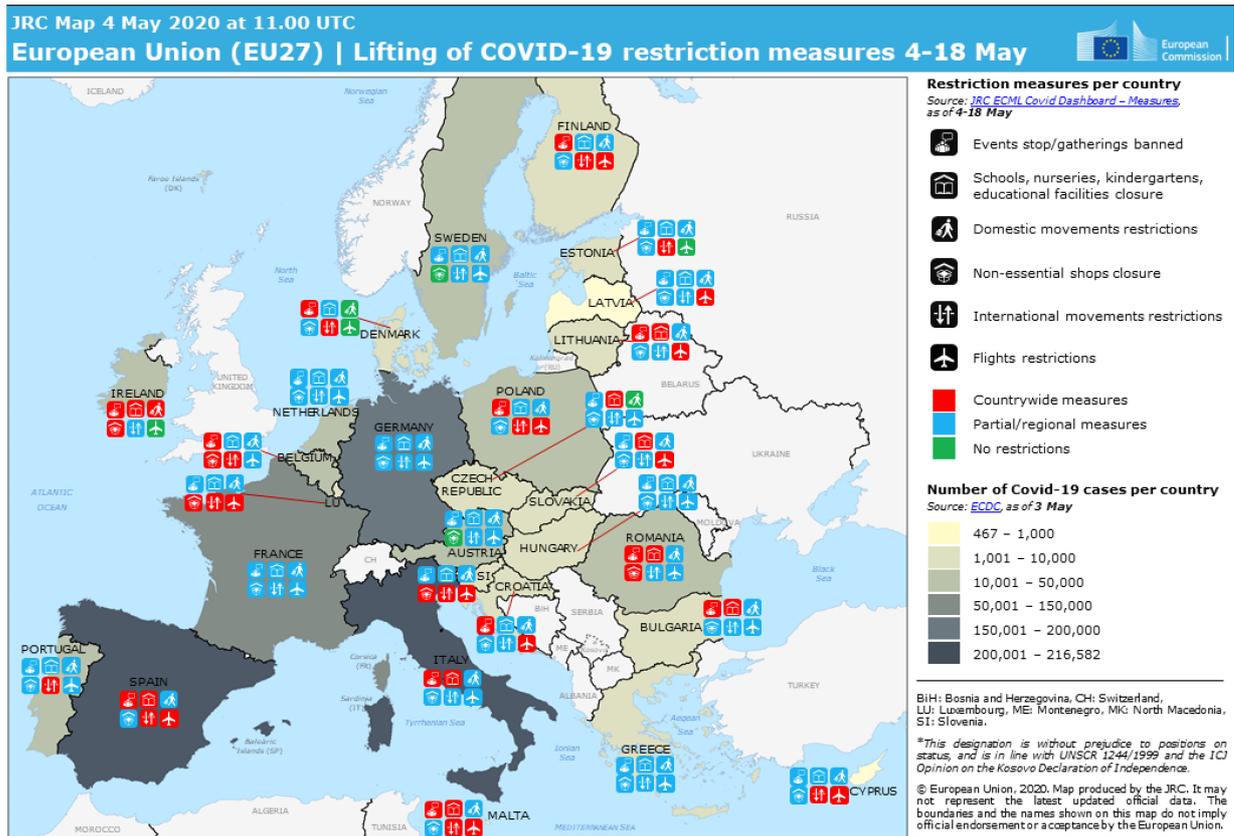


Ilustración 3. Mapa de restricciones de los Estados miembros con fecha 4 de mayo del 2020. Fuente: Comisión Europea.

No obstante, a pesar de los esfuerzos de la Unión Europea por manejar la pandemia, existe un descontento generalizado con respecto a esta respuesta. La percepción de los Estados miembros es que la actuación de la UE para frenar los contagios durante la primera ola ha sido demasiado lenta, y no lo suficientemente fuerte (Russack & Blockmans, 2020, pp.2).

Resulta interesante remarcar que existe una clara brecha entre la opinión pública de los países nórdicos y la del resto de Europa. Los primeros se muestran mucho más distantes a la respuesta de la UE, y por lo general no esperan un gran involucramiento por parte de las autoridades europeas, y si lo hacen, es más de cara a la recuperación

económica (Russack & Blockmans, 2020, pp. 2). Por el contrario, los países del sur del continente, como Italia y España, se sienten más abandonados por la UE, (Russack & Blockmans, 2020, pp. 3), en parte también porque durante la primera ola fueron los más afectados por la expansión del virus.

Las opiniones europeas llevadas al área de la comunicación pueden resumirse en que las autoridades de los Estados miembros, como reiteró el ministro de asuntos exteriores de Rumanía, esperaban de la Unión Europea la responsabilidad de luchar contra la infodemia (Mureşan & Sebe, 2020, pp.11). Brudzinska (2020, pp. 13), señala que la comunicación estratégica de la Unión Europea a la hora de desmentir la desinformación y manejar la infodemia ha sido un punto a favor de la institución de cara al manejo de la crisis sanitaria (Brudzinska, 2020, pp. 13).

Precisamente, en el siguiente apartado de este trabajo vamos a tratar la lucha contra la desinformación por parte de la Unión Europea durante la primera ola de la pandemia.

7.4 La estrategia de comunicación de la UE

Más allá de las decisiones económicas o políticas que se tomaron durante la primera ola de la pandemia, el tema que concierne para este trabajo es la política de comunicación de la Unión Europea. Como hemos visto en el marco teórico de este trabajo, existen diferentes teorías y estrategias de comunicación, por lo que resulta difícil marcar las pautas para definir cuáles son las correctas. Sobre todo porque la gran mayoría de estas teorías están enfocadas en materia sanitaria en su más amplio sentido, mientras que una pandemia es bastante más delicada y específica.

Jacobsen & Vraga (2020, pp.1) recomiendan tres estrategias para una comunicación efectiva en un contexto pandémico. La primera, honestidad. Las personas muestran una mayor confianza a los mensajes recibidos si estos son claros y se transmiten con total honestidad. La segunda recomendación consiste en mostrar cercanía sobre los datos e información de la enfermedad y sus implicaciones. Es más probable que las personas hagan un mejor uso de la información recibida si se sienten cercana a esta. Estas autoras hacen hincapié en vincular los datos sobre contagios con

recomendaciones concretas, para poder reducir el riesgo de manera más eficaz. La tercera y última estrategia se centra en disminuir la desinformación, puesto que tiene un impacto especialmente dañino en la salud pública.

En relación a la primera estrategia de honestidad y claridad, y a la segunda sobre la cercanía de la información, la UE ha desarrollado multitud de herramientas a través del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (en adelante, ECDC). En concreto una de ellas, *Response Measures Database (RMD)*, se trata de una base de datos en la que se registran y actualizan todas las restricciones nacionales de los Estados miembros. Esta información está ordenada cronológicamente y por países, y también se han diseñado mapas interactivos divididos en temáticas tales como la tasa de infección, el riesgo de contagio, o el número de casos totales (Comisión Europea, 2020b). Incluso existe un repositorio en el que se publican en abierto artículos académicos sobre la enfermedad y sus avances científicos.

Para afrontar el problema de la desinformación, el Consejo Europeo ha creado una página exclusivamente para el tratamiento de dicha desinformación. Esta plataforma, que se llama precisamente *"Fighting disinformation"* cuenta con una lista de fuentes oficiales que el usuario puede visitar para conseguir información veraz acerca de todos los temas relacionados con la enfermedad (Consejo Europeo , 2021). Esta información se actualiza a menudo con temas de interés para la población ciudadana. De esta manera, aunque posterior a la primera ola, a raíz del comienzo del programa de vacunación europeo podemos encontrar una sección que trata de desmentir los mitos y rumores acerca de las vacunas a través de herramientas informativas como vídeos, infografías y artículos (Consejo Europeo , 2021).

7.4 Efectividad de la comunicación: el caso de España

Durante la primera ola de la pandemia del COVID-19, los cuatro países que más casos confirmados de la enfermedad reportaron fueron España, Italia, Alemania y Francia (Gráfico 1). El auge de los casos reportados se dio entre las semanas 13 y 14 del año; es decir, a finales de marzo y principios de abril de 2020.

La opinión pública de la ciudadanía europea sobre los temas relacionados con la pandemia en esas fechas era bastante distinta en función del Estado miembro al que nos refiramos. “El tratamiento comunicativo de la UE es heterogéneo entre países”, (Fajardo-Trigueros & Rivas-de-Roca, 2020, pp. 22) y esto alimenta el euroescepticismo y disminuye la confianza de los ciudadanos europeos en esta institución democrática (Fajardo-Trigueros & Rivas-de-Roca, 2020). Precisamente, el Eurobarómetro ha publicado informes mensuales que reflejan esta opinión pública en tiempos de COVID-19.

En Bélgica, el 38% de los encuestados a fecha 20 de marzo del 2020 (es decir, en plena primera ola), decían estar poco informados, o desinformados, acerca del virus (Parlamento Europeo, 2020, pp. 6). Por su parte, el 63.2% de los italianos encuestados dice no aprobar las actuaciones desarrolladas por la Unión Europea hasta la fecha (Parlamento Europeo, 2020, pp.23), y el 88% afirma que la UE no está ayudando a Italia durante la emergencia sanitaria (Parlamento Europeo, 2020, pp. 24).

El informe del Eurobarómetro que data del 1 de julio de 2020 muestra que a finales de la primera ola, la opinión pública de los ciudadanos europeos en el contexto de la crisis del COVID-19 no era especialmente buena. A fecha 16 de junio de 2020, tan sólo menos de la mitad de los italianos (un 48.5%) consideraba una mejor idea el que Italia permaneciese en la Unión Europea y en la zona Euro (Parlamento Europeo, 2020, pp.36).

Partiendo de los datos de estas encuestas, no parece que la comunicación de la UE durante la primera ola de la pandemia pueda considerarse especialmente efectiva. Para analizar la efectividad de la estrategia comunicativa en tiempos de COVID de una manera más metódica, se va a proceder a ejemplificar con el caso de España. De esta forma, se podrán comparar las comunicaciones realizadas por las autoridades españolas, con las recomendaciones y mensajes de la Unión Europea. Para ello, se han seleccionado las siguientes comunicaciones oficiales de interés, con el objetivo de hacer una comparativa y extrapolar estas recomendaciones, advertencias y mensajes de la UE al caso de España:

- 4 y 10 de marzo: repercusión del COVID-19 en la economía
- 17 de marzo del 2020: gestión de las fronteras de la UE.
- 4 de abril del 2020: lucha contra el euroescepticismo.

- 17 de abril del 2020: levantamiento de restricciones.

Una de las primeras iniciativas de la Unión Europea para frenar la pandemia fue el 4 de marzo, cuando el Eurogrupo, al que España pertenece, se reunió en una teleconferencia para tratar el tema del impacto del COVID-19 en la economía de la región. Tras esta conferencia, Mario Centeno redactó una breve carta en la que hacía un llamamiento a los Estados partícipes para que coordinasen sus respuestas comunicativas y económicas, con la finalidad de salvaguardar la salud, pero también la protección de empresas y trabajadores (Centeno, 2020, pp.1-2).

De manera similar, el 10 de marzo tuvo lugar también una videoconferencia entre todos los jefes de Estado de la Unión Europea, en la que se trataron cuatro temas principales, uno de ellos en relación a las ayudas económicas para paliar las consecuencias socioeconómicas provocadas por la pandemia (Consejo Europeo, 2020).

La carta de Mario Centeno fue publicada el 12 de marzo, el mismo día en el que el gobierno español publica un Boletín Oficial del Estado (BOE) remarcando las medidas económicas tomadas para minimizar el impacto negativo del COVID-19 en el mercado (Jefatura del Estado, 2020a). Precisamente, en el preámbulo de este boletín se hace especial mención a la teleconferencia que había tenido lugar dos días antes. Se identifican las principales prioridades del Consejo Europeo en materia de salud y economía, y se mencionan algunas de las medidas que la UE va a llevar a cabo.

Otra de las medidas comunicativas de la UE tuvo lugar el 17 de marzo de 2020, cuando la presidenta Ursula Von der Leyen retransmitía un mensaje con pautas para la gestión de las fronteras de la UE (Comisión Europea, 2021a). Esta comunicación, presentada en formato de vídeo, enumeraba una serie de medidas a seguir por los Estados miembros. Entre ellas destacan los “carriles verdes”, que darían prioridad a rutas de transporte de sectores fundamentales, tales como el sanitario. Von der Leyen también hacía una llamada a las restricciones de viaje, en especial restringiendo viajes por motivos no esenciales (Comisión Europea, 2021a).

Siguiendo estas recomendaciones, el 21 de marzo el gobierno español decretó una serie de restricciones para viajes prescindibles en referencia a países de la Unión Europea y del espacio Schengen (Jefatura del Estado, 2020b, pp. 26605). En esta orden oficial, se cita el Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo, de manera que se

remiten las decisiones tomadas por estas entidades como justificación de las tomadas por España (Jefatura del Estado, 2020b, pp. 26605).

A partir de estas disposiciones, el gobierno de España ha ido actualizando sus diferentes plataformas informativas para mantener a la población informada con respecto al transporte y movilidad ciudadana. Así, por ejemplo, se abrió un portal en línea en forma de guía de “preguntas frecuentes sobre transporte, movilidad y vivienda” (Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, 2020).

El 4 de abril del 2020, el Parlamento Europeo hizo un comunicado oficial en el que urgía a los estados miembros a que conciencien a sus ciudadanos “sobre las acciones de la UE para mitigar el impacto en la salud y la economía” (Fajardo-Trigueros & Rivas-de-Roca, 2020, pp. 25) en parte como estrategia para evitar el euroscepticismo que, como hemos visto en los resultados de las encuestas del Eurobarómetro, ha ido en crecimiento a raíz de la pandemia.

En referencia a este mensaje, es interesante señalar que España ya llevaba haciendo llamamientos europeístas con anterioridad. Por ejemplo, en el Boletín Oficial del Estado del 17 de marzo, se hace mención a que “la pandemia del COVID-19 tiene una dimensión paneuropea”, y a que su resolución será factible en la medida en que exista “coordinación de las autoridades nacionales y comunitarias” (Jefatura del Estado, 2020c, pp.6). De esta manera, se pretende un llamamiento a una mayor cooperación europea, y se hace hincapié en que las decisiones del gobierno de España están basadas a su vez en las recomendaciones realizadas previamente por la UE.

Precisamente, estas recomendaciones se hacen especialmente visibles en el documento publicado por el Consejo Europeo el 17 de abril del 2020. A lo largo de esta publicación, presentada por Ursula von der Leyen y Charles Michel, se enumeran una serie de criterios, principios y recomendaciones que buscan guiar a los Estados miembros a la hora de ir levantando las restricciones impuestas. Algunas de estas recomendaciones son, por ejemplo, que los grupos vulnerables deben estar protegidos durante más tiempo que el resto de la población (von der Leyen & Michel, 2020, pp.11), o que las reuniones de personas tienen que ir ampliándose paulatinamente, y en función a diferentes sectores de la sociedad (educación, actividad comercial, hostelería, etc.) (von der Leyen & Michel, 2020, pp.13).

En la medida de lo posible, podemos afirmar que estas recomendaciones se han seguido en España. Atendiendo a los dos ejemplos mencionados, la estrategia de vacunación de España prioriza a los grupos vulnerables, como son el personal sanitario o las personas con más de 64 años de edad (Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud, 2020, pp.51). Asimismo, el plan de desescalada del gobierno español para el levantamiento regulado de las restricciones también tuvo lugar en diferentes fases, que otorgaban una mayor o menor flexibilización de las restricciones implementadas anteriormente (Gobierno de España, 2020).

A partir de esta breve comparativa entre algunas de las comunicaciones realizadas por la Unión Europea, y las ejecutadas por España, podemos inferir que, en términos generales, la comunicación de la UE ha sido efectiva. El gobierno español se ha respaldado en casi todo momento en las comunicaciones de la UE, y se ha dejado guiar por esta a la hora de proceder con sus políticas y medidas de contención del COVID-19.

8. Conclusiones

Resulta complejo catalogar como “efectiva” o “inefectiva” una política de comunicación que se ve afectada por tantas variables, como ha sido el caso de la política comunicativa de la Unión Europea durante la pandemia del COVID-19. Esta crisis sanitaria sin precedentes ha desbarajustado por completo la estrategia comunicativa tanto de la UE como de sus países miembros. Las autoridades políticas e institucionales se han visto, sin previo aviso, en un contexto de emergencia en el que cada paso en falso podía llegar a tener unas consecuencias catastróficas.

Precisamente, este contexto de incertidumbre es el que hacía esta estrategia comunicativa tan interesante. A finales del año 2019, la Unión Europea se vio sumida, en cuestión de semanas, en una tesitura en la que sus competencias, obligaciones y recursos se veían cuestionados en todo momento.

Aunque quizás con una mayor lentitud de la que requería la situación inicial, la Unión Europea fue poco a poco cogiendo las riendas de la comunicación para asegurar la seguridad, conformidad y alianza de los Estados miembros, y por ende de los ciudadanos europeos. De esta manera, y como hemos comentado a lo largo de este

trabajo, la UE desarrolló una estrategia comunicativa directa y concisa, creando para ello plataformas informativas a disposición del público.

Como hemos podido vislumbrar en este trabajo, parece ser que existe un descontento generalizado en relación a las decisiones tomadas por la Unión Europea, ya que además muchos países miembros sienten que han sido abandonados a su merced. Sin embargo, esta preocupación podría estar relacionada no a la comunicación de la UE per se, sino más bien a lo que comunicaban; es decir, a las medidas implantadas, y a la lentitud con la que la población europea cree que se han llevado a cabo dichas medidas.

Resulta todo un reto esclarecer si la estrategia comunicativa ha sido eficaz o no. Lo que sí sabemos es que España ha sido guiada por la UE en materia de comunicación y de toma de decisiones. La complejidad del contexto hacía especialmente difícil el seguimiento de un plan comunicativo, y lograr además que este fuese efectivo era todavía más desafiante. Aún así, la Unión Europea ha volcado todos sus esfuerzos en asegurar una información veraz para el ciudadano, y en velar por una cooperación entre Estados que se veía amenazada por la crisis sanitaria como nunca antes.

En conclusión, podemos inferir que, una vez analizada en general la política comunicativa de la UE, y lo aplicado en la ejemplificación con España, existe una coordinación entre las comunicaciones de dicha entidad regional, y el gobierno español. No obstante, en relación con el inconformismo que presenta la opinión pública europea, sí existe un desfase entre la comunicación de las medidas, y la implantación de las mismas.

Bibliografía

- Abrams, E. M., & Greenhawt, M. (Junio de 2020). Special Article: Risk Communication During COVID-19. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(6), 1791-1794.
- Abroms, L. C., & Mailbach, E. W. (3 de enero de 2008). The Effectiveness of Mass Communication to Change Public Behavior. *Annual Review of Public Health*, 29, 219-234.
- Aleixandre-Benavent, R., Castelló-Cogollos, L., & Valderrama-Zurián, J.-C. (28 de mayo de 2020). Información y comunicación durante los primeros meses de Covid-19. Infodemia, desinformación y papel de los profesionales de la información. *Profesional de la información*, 29(4), 1-17.
- Alemanno, A. (2020). The European Response to COVID-19: From Regulatory Emulation to Regulatory Coordination? *European Journal of Risk Regulation*, 11, 307-316.
- Allington, D., Duffy, B., Wessely, S., Dhavan, N., & Rubin, J. (junio de 2020). Health-protective behaviour, social media usage and conspiracy belief during the COVID-19 public health emergency. *Psychological Medicine*, 1(7).
- Bernhardt, J. (diciembre de 2004). Communication at the Core of Effective Public Health. *Am J Public Health*, 94(12), 2051–2053.
- Boccia, S., Ricciardi, W., & Ioannidis, J. P. (7 de abril de 2020). What Other Countries Can Learn From Italy During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Intern Med.*, 180(7), 927-928.
- Brooks, E., de Ruijter, A., & Greer, S. L. (2021). Chapter 2 Covid-19 and European Union health policy: from crisis to collective action. En B. Vanhercke, S. Spasova, & B. Fronteddu, *Social policy in the European Union: state of play 2020*. Brussels: European Trade Union Institute.
- Brudzinska, K. (2020). Mixed views in Slovakia on the EU's response to the pandemic. En S. (. Russack, *EU crisis response in tackling Covid-19. Views from the member states*. European Policy Institutes Network.
- Byrne, M., & Curtis, R. (2000). Designing health communication: Testing the explanations for the impact of communication medium on effectiveness. *British Journal of Health Psychology*, 5(3), 189-199.
- Centeno, M. (2020, 12 March). Teleconference of 4 March 2020. *Eurogroup Teleconference of 4 March 2020*. Brussels.
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. (3 de julio 2020). *Enfermedad por coronavirus, COVID-19*. Ministerio de Sanidad, Secretaría General de Sanidad y Consumo.

- Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades . (8 de agosto de 2020). *COVID-19 situation update worldwide*. Obtenido de ECDC: <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>
- Cole, J. (2020). The COVID19 ‘infodemic’ – the role and place of academics in science communication. *Global Journal of Medicine and Public Health*, 9(2), 17.
- Comisión Europea. (2020). *ECML Covid*. (E. C. Center, Productor) Recuperado el marzo de 2021, de European Crisis Management Laboratory: <https://covid-statistics.jrc.ec.europa.eu>
- Comisión Europea. (2020a). *Comunicación sobre la respuesta de la UE a escala mundial a la COVID-19*. Comisión Europea, Bruselas.
- Comisión Europea. (2021). *Comisión Europea*. (D. G. Comunicación, Productor) Recuperado el abril de 2021, de Cronología de la acción de la UE: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/timeline-eu-action_es
- Comité español de ACNUR. (marzo de 2020). *Cronología del coronavirus: evolución de la pandemia*. Recuperado el 8 de agosto de 2020, de UNHCR ACNUR: https://eacnur.org/blog/cronologia-del-coronavirus-evolucion-de-la-pandemia-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/
- Consejo Europeo. (10 de marzo de 2020). *Conclusiones del presidente del Consejo Europeo tras la videoconferencia sobre la COVID-19*. Recuperado el abril de 2021, de <https://www.consilium.europa.eu/es/press/press-releases/2020/03/10/statement-by-the-president-of-the-european-council-following-the-video-conference-on-covid-19/>
- Consejo Europeo. (18 de marzo de 2021). *Fighting disinformation*. Recuperado el marzo de 2021, de European Council. Council of the European Union: <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/coronavirus/fighting-disinformation/>
- Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. (2 de diciembre de 2020). Estrategia de vacunación frente a COVID- 19 en España. *Grupo de trabajo técnico de vacunación COVID-19*.
- Corcoran, N. (2007). Chapter 1: Theories and models in communicating health messages. En N. Corcoran, S. Corcoran, B. Goodfellow, C. Moorley, J. Garlick, A. Bone, & N. Corcoran (Ed.), *Communicating Health: Strategies for Health Promotion*. SAGE Publications.
- Cuello-Garcia, C., Pérez-Gaxiola, G., & van Amelsvoort, L. (junio de 2020). Social Media can have an impact on how we manage and investigate the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Epidemiology*.
- Department of Health. (16 de Noviembre de 2004). *Choosing Health: Making healthy choices easier*. . Public Health White Paper, Gobierno de Reino Unido , Department of Health.

- EUR-Lex. (s.f.). *Salud pública*. (O. d. Europea, Productor) Recuperado el marzo de 2021, de EUR-Lex: https://eur-lex.europa.eu/summary/chapter/public_health.html?root_default=SUM_1_CODED%3D29&locale=es
- Fajardo-Trigueros, C., & Rivas-de-Roca, R. (16 de septiembre de 2020). La acción de la UE en España ante la “infodemia” de desinformación por el COVID-19 . *Revista de Estilos de Aprendizaje*, 13(26), 19-32.
- Flora, J. A., Maibach, E. W., & Maccoby, N. (1989). The Role of Media Across Four Levels of Health Promotion Intervention. *Annual Review of Public Health*, 10(1), 181-201.
- Fogg, B. J. (2003). Overview of captology. *Persuasive Technology* . En B. J. Fogg, *Persuasive Technology*.
- Fuchs, C. (1 de abril de 2020). Everyday Life and Everyday Communication in Coronavirus Capitalism. *tripleC*, 18(1), 375-399.
- Gössling, S., Scott, D., & Hall, M. (27 de abril de 2020). Pandemics, tourism and global change: a rapid assessment of COVID-19. *Journal of Sustainable Tourism*. Recuperado el 9 de agosto 2020
- Günel , S. (31 de diciembre de 2018). *Efficient vs. Effective Work*. Obtenido de Medium : <https://medium.com/swlh/efficient-vs-effective-work-c3952c8b231e>
- Gobierno de España. (18 de abril de 2020). *Plan de desescalada*. Recuperado el abril de 2021, de <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/Paginas/enlaces/280420-enlace-desescalada.aspx>
- Goniewicz, K., Khorram-Manesh, A., Hertelendy, A. J., Goniewicz, M., Naylor, K., & Burkle Jr., F. M. (8 de mayo de 2020). Current Response and Management Decisions of the European Union to the COVID-19 Outbreak: A Review. *Sustainability*, 12(3838), 1-12.
- Gómez Fuentes , Á. (26 de marzo de 2020). El papel «esencial» de la prensa en la emergencia contra el coronavirus en Italia. *ABC*. Obtenido de ABC: https://www.abc.es/sociedad/abci-papel-esencial-prensa-emergencia-contra-coronavirus-italia-202003251602_noticia.html
- Gupta, M., Wahl, B., Adhikari, B., Bar-Zeev, N., Bhandari, S., Coria, A., . . . Pomat, W. (1 de julio de 2020). The need for COVID-19 research in low- and middle-income countries. *Global Health Research and Policy*, 5(33).
- Health Communication Capacity Collaborative. (s.f.). *What is social and behavior change communication?* Recuperado el enero de 2021, de SBCC for Emergency Preparedness Implementation Kit: <https://sbccimplementationkits.org/sbcc-in-emergencies/#>
- Hopman, J., Allegranzi, B., & Mehtar, S. (16 de marzo de 2020). Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries. *JAMA*, 223(16).

- Hornik, R. C. (2002). *Public Health Communication: Evidence for Behavior Change*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Iskra, K. A. (2020). *La política de comunicación*. Fichas temáticas sobre la Unión Europea, Parlamento Europeo.
- Jacobsen, K. H., & Vraga, E. K. (5 de abril de 2020). Improving communication about COVID-19 and emerging infectious diseases. *European Society for Clinical Investigation Journal Foundation*, 2.
- Jefatura del Estado. (2020a, 13 de marzo). *Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes para responder al impacto económico del COVID-19*. Boletín Oficial del Estado.
- Jefatura del Estado. (2020b). *Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19*. Boletín Oficial del Estado, Jefatura del Estado.
- Jefatura del Estado. (2020c). *Orden INT/270/2020*. Boletín Oficial del Estado, Ministerio del Interior.
- Kinney, J. (14 de julio de 2020). *Asintomáticos con coronavirus: qué se sabe del daño que el covid-19 puede causar en los pacientes que no desarrollan síntomas*. Recuperado el 7 de agosto de 2020, de BBC News.
- Kreuter, M. W., & McClure, S. M. (2004). The role of culture in health communication. *Annu. Rev. Public Health*(25), 439-455.
- La Regina, M., Tanzini, M., Fineschi, V., Venneri, F., Toccafondi, G., Lachman, P., & Tartaglia, R. (19 de mayo de 2020). Responding to COVID-19: the experience from Italy and recommendations for management and prevention. *International Journal for Quality in Health Care*.
- Laverack, G. (2017). *The Challenge of Behaviour Change and Health Promotion*. University of Southern Denmark, Health Promotion Research. Esbjerg, Denmark: MDPI.
- Liu, Q., Zheng, Z., Chen, Q., Liu, G., Chen, S., Chu, B., . . . Ming, W. (2020). Health Communication Through News Media During the Early Stage of the COVID-19 Outbreak in China: Digital Topic Modeling Approach. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), 1-12.
- McGuire, W. J. (2013). McGuire's Classic Input-Output Framework for Constructing Persuasive Messages. En R. E. Rice, & C. K. Atkin, *Public Communication Campaigns*. SAGE.
- McKee, M., & Mossialos, E. (18 de septiembre de 2006). Health policy and European law: Closing the gaps. *Public Health*, 120, 16-22.
- Mihaiu, D. M., Opreana, A., & Cristescu, M. P. (enero de 2010). Efficiency, Effectiveness and Performance of the Public Sector. *Romanian Journal of Economic Forecasting*, 13(4), 132-147.
- Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. (17 de junio de 2020). *Guía de preguntas*. Recuperado el abril de 2021, de

- <https://www.mitma.gob.es/ministerio/plan-de-medidas-para-responder-al-impacto-del-covid-19-en-el-sector-transporte-y-movilidad/faqs/>
- Mora Rodríguez, A., & Melero López, I. (2021). Seguimiento informativo y percepción del riesgo ante la Covid-19 en España. *Revista Científica de Educomunicación*, XXIX(66), 71-81.
- Mureşan, B., & Sebe, M. (2020). Romania plays its part in upholding European solidarity. En S. Russack, *EU crisis response in tackling Covid-19. Views from the member states*. European Policy Institutes Network.
- Nania, R. (19 de mayo de 2020). *Los contagiadores sanos: los peligros de los portadores asintomáticos del coronavirus*. Recuperado el 7 de agosto de 2020, de AARP: <https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2020/portadores-de-coronavirus-asintomaticos.html>
- Ngigi, S., & Nekesa Busolo, D. (septiembre de 2018). Behaviour Change Communication in Health Promotion: Appropriate Practices and Promising Approaches. *International Journal of Innovative Research and Development*, 7(9).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (junio de 2020d). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Recuperado el 6 de agosto de 2020, de Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de junio de 2020). *Primera Conferencia de la OMS sobre Infodemiología*. Recuperado el enero de 2021, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2020/06/30/default-calendar/1st-who-infodemiology-conference>
- Organización Mundial de la Salud. (14 de enero de 2020b). *Preliminary investigations conducted by the Chinese authorities have found no clear evidence of human-to-human transmission of the novel #coronavirus (2019-nCoV) identified in #Wuhan, #China*. Recuperado el marzo de 2021, de Twitter: https://twitter.com/WHO/status/1217043229427761152?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E1217043229427761152%7Ctwgr%5E%7Ctwcon%5Es1_&ref_url=https%3A%2F%2Fwww.foxnews.com%2Fworld%2Fworld-health-organization-january-tweet-china-human-transmi
- Organización Mundial de la Salud. (2020c). *An ad hoc WHO technical consultation managing the COVID-19 infodemic: call for action*. World Health Organization, Department of Infectious Hazard Preparedness, Geneva.
- Organización Mundial de la Salud. (26 de enero de 2020e). Comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE) en la preparación y respuesta frente al nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV). pág. 8.

- Organización Mundial de la Salud. (29 de junio de 2020f). *World Health Organization*. Recuperado el enero de 2021, de Timeline: WHO's COVID-19 response: <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Organización Mundial de la Salud. (21 de febrero de 2021). *World Health Organization*. Recuperado el febrero de 2021, de WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard: <https://covid19.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (21 de enero 2020a). *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 1*. WHO.
- Organización Mundial de la Salud. (25 de enero 2020g). *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 5*. WHO.
- Parlamento Europeo. (2020). *Public Opinion Monitoring at a glance in the time of COVID-19*. Newsletter, European Parliament, Public Opinion Monitoring Unit.
- Peng, F., Tu, L., Yang, Y., Hu, P., Wang, R., Hu, Q., . . . Chang, C. (17 de abril de 2020). Management and Treatment of COVID-19: The Chinese Experience. *Elsevier Public Health Emergency Collection*, 36(6), 915-930.
- Presidencia del Gobierno. (21 de junio de 2020). *Estado de Alarma*. Recuperado el 8 de agosto 2020, de La Moncloa. Gobierno de España: <https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Paginas/estado-de-alarma.aspx>
- Prior, H. (abril de 2020). Comunicación pública de riesgo en tiempos de pandemia: las respuestas de Portugal a la COVID-19. *Más Poder Local*(41), 6-11.
- Purnhagen, K. P., De Ruijter, A., Flear, M. L., Hervey, T. K., & Herwig, A. (16 de abril de 2020). More Competences than You Knew? The Web of Health Competence for European Union Action in Response to the COVID-19 Outbreak. *European Journal of Risk Regulation*, 11(2), 297-306.
- Rice, R. E. (2001). The Internet and Health Communication: A Framework of Experiences. En R. E. Rice, & J. E. Katz, *The Internet and Health Communication: Experiences and Expectations*. Sage Publications.
- Rimal, R. N., & Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin World Health Organization*, 87(247).
- Rudan, I. (junio de 2020). A cascade of causes that led to the COVID-19 tragedy in Italy and in other European Union countries. *Journal of Global Health*, 10(1), 1-10.
- Russack, S., & Blockmans, S. (2020). How is EU cooperation in tackling the Covid-19 crisis perceived in member states? En S. R. (ed.), *EU crisis response in tackling Covid-19. Views from the member states*. European Policy Institutes Network.
- Sabat, I., Neuman-Böhme, S., Elsem Varghese, N., Pita Barros, P., Brouwer, W., van Exel, J., . . . Stargardt, T. (27 de mayo de 2020). United but divided: Policy responses and people's perceptions in theEU during the COVID-19 outbreak. *Health Policy*, 124, 900-918.
- Schiavo, R. (2014). *Health Communication: From Theory to Practice*. United States of America: Jossey-Bass.

- Schlinger, M. (1976). The Role of Mass Communications in Promoting Public Health. *Advances in Consumer Research*, 3, 302-305.
- Secretaría General de Sanidad. (22 de junio de 2020). *Preguntas y respuestas sobre el nuevo coronavirus (COVID-19)*. Recuperado el 6 de agosto de 2020, de Minsiterio de Sanidad, Gobierno de España: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/2020_06_22_Preguntas_respuestas_2019-nCoV-2.pdf
- Sheeran, P., & Abraham, C. (2015). The Health Belief Model. En P. Norman, & M. Conner, *Predicting and Changing Health Behavior*. McGraw-Hill.
- Thomas, R. K. (2006). The Changing Sociocultural Context. En R. K. Thomas, *Health Communication*. Springer.
- Torres-Salinas, D. (abril de 2020). Ritmo de crecimiento diario de la producción científica sobre Covid-19. Análisis en bases de datos y repositorios en acceso abierto. *El profesional de la información*, 29(2).
- Unión Europea. (2010). *Versión Consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea*. Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea.
- Vanhercke, B., Spasova, S., & Fronteddu, B. (2021). Conclusions Facing the economic and social consequences of the pandemic: domestic and EU responses. En B. Vanhercke, S. Spasova, & B. Fronteddu, *Social policy in the European Union: state of play 2020*. Brussels: European Trade Union Institute.
- Velavan, T. P., & Meyer, C. G. (marzo de 2020). The COVID-19 epidemic. *Wiley Public Health Emergency Collection*, 25(3), 278-280.
- von der Leyen, U., & Michel, C. (2020). Joint European Roadmap towards lifting COVID-19 containment measures., (pág. 15).
- Wong, C.-Y., & Tang, C. S.-K. (marzo de 2005). Practice of habitual and volitional health behaviors to prevent severe acute respiratory syndrome among Chinese adolescents in Hong Kong. *J Adolesc Health*, 36(3), 193-200.