

## COMUNICACIÓN COMUNITARIA EN PANDEMIA

### COMMUNITY COMMUNICATION IN THE PANDEMIC

Edgardo Gabriel Knopoff,<sup>1</sup> Julieta Chiarelli,<sup>1</sup> Agustina María Marconi,<sup>1</sup> Víctor Miguel Ángel Liotine<sup>1</sup>

#### RESUMEN

El proceso comunicativo es esencial para la vida en sociedad. Durante la pandemia de covid-19 vivimos un momento de crisis sanitaria nunca antes visto. Se tomaron medidas de urgencia para generar dispositivos de alerta, detección, acompañamiento, cuidados, prevención y búsqueda activa de casos. Los equipos de salud cumplimos un papel fundamental, no sólo en la asistencia y contención del paciente y sus familiares, sino también en la comunicación social e interpersonal. Comunicamos una cultura de cuidado de prevención y promoción, informando y sensibilizando a la comunidad sobre las necesidades de protección de la salud, respondiendo a inquietudes, aliviando el miedo, afianzando la confianza en las instituciones conocidas y ampliando la capacidad de autocuidado por parte de los integrantes de dicha comunidad, elevando su capacidad de comprender el problema en cuestión y de accionar sobre él. Es responsabilidad sanitaria dirigir el proceso de comunicación en salud. La comunicación adquiere no sólo un valor en el orden social, sino además un importante valor terapéutico y preventivo. A partir de la necesidad percibida en el territorio surgieron nuevas formas de comunicación para invertir las lógicas vigentes, buscando profundas transformaciones en la cultura de la comunicación en el territorio y elaboramos un nuevo modo de pensar estos procesos. Comunicar cuál es el producto del trabajo en el territorio y de esa manera generar una apropiación de lo producido localmente fue para nosotros como equipo un desafío desde un principio, y logramos sostenerlo en el tiempo y desde el comienzo de la pandemia. Así entendida, la comunicación aportará a la construcción de un derecho ciudadano, cumpliendo con el mandato democrático de aumentar la participación.

**PALABRAS CLAVE.** Pandemia, información, comunicación, territorio.

#### ABSTRACT

Communication processes are essential for society life. During the covid-19 pandemic we experienced a unique health crisis, never experienced before. Health services had to quickly adapt. Fast measures were taken to generate plans of alert, detection, support, care, prevention, and active case trace. Health teams play a key role, not only in the care and support of the patient and their families, but also in social and interpersonal communication. We spread the culture of prevention and advocacy care, informing and raising awareness of health protection needs, responding to concerns, relieving the fear, strengthening trust in known institutions and increasing their self-care capacity, both adding to their ability to understand the problem and also to take actions. It is a responsibility of the healthcare system to lead communication processes. Communication gains value not only socially, but also as a therapeutic and preventive action. From the perceived need in the field, new forms of communication emerged to reverse the current logics, seeking profound transformations in the culture of communication in the field; we developed a new way of thinking these communication processes. Spreading what is the product of field work and being able to generate an appropriation of what is locally produced was a challenge from the beginning for this

*team. However, we managed to sustain it in time and from the very beginning of the pandemic. Understood as such, communication will help develop and strengthen citizen's rights, fulfilling the democratic mandate to increase community participation.*

**KEY WORDS.** *Pandemic, information, communication, field.*

Todos los procesos de comunicación se realizan entre seres humanos, entre personas. El proceso comunicativo es esencial para la vida en sociedad: permite que las personas se expresen y compartan información entre sí, establezcan relaciones, lleguen a acuerdos y sean capaces de organizarse (1).

La comunicación siempre es importante, pero alcanza una significación particular en tiempos como los que vivimos durante 2020, de aislamiento social, preventivo y obligatorio. Si en la época contemporánea los medios adquieren centralidad en la vida de las personas y de las comunidades, mucho más en situaciones de crisis y cuarentena. La comunicación es la manera de mantener el vínculo social indispensable para la vida de las personas –insistimos–, más importante aún cuando todas las certezas tambalean.

Ya en 1986, en la 1ª Conferencia de Promoción de la Salud, la Carta de Ottawa (2) planteó la necesidad de integrar la comunicación como elemento transversal de los programas y acciones de educación para la salud y promoción de la salud. Esta idea fue retomada en 1990 en la 23ª Conferencia Sanitaria Panamericana (3) y en la Declaración de Yakarta en 1997 (4). Ambas hicieron hincapié en la comunicación social como elemento fundamental para la formación básica de personas, familias y comunidades, y plantearon la necesidad de campañas de comunicación social promoviendo la responsabilidad de la población (5).

Dentro de los diferentes tipos de comunicación está la comunicación de riesgo. La misma es definida por el Ministerio de Salud de la Nación como “la estrategia comunicacional integral y planificada que acompaña la gestión de riesgo frente a determinada amenaza de emergencia o desastre”. Sus principales objetivos son propiciar la participación de todos los sectores involucrados, promover el conocimiento y la comprensión de los riesgos e integrar a la población en el proceso de manejo del riesgo (6,7).

El 31 de diciembre de 2019, China notificó la detección de casos confirmados por laboratorio de una nueva infección por un nuevo coronavirus de 2019, conocido en inglés como SARS-CoV-2. La evolución de este brote motivó la declaración de la Organización Mundial de la Salud de una emergencia de salud pública de importancia internacional, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional. En la Argentina, para principios de abril de 2020 se detectó circulación comunitaria viral.

No estábamos preparados para lo que vendría. Se tomaron medidas de urgencia para preparar respiradores y camas de terapia intensiva. Asimismo, nos preparamos para muchas más cosas, entre ellas, reforzar el primer nivel de aten-

ción, generar dispositivos de alerta, detección, acompañamiento, cuidados, prevención y búsqueda activa de casos. Nos abocamos a aprender cómo se usaban los elementos de protección, pero también de comunicación, de lazo social para evitar la discriminación, fortalecer la contención, el acogimiento, la conexión, la información y la humanización de todos los dispositivos, tanto los de salud como los de otros sectores que actúan en el territorio, y de los que formamos parte por la convicción y la necesidad de incluir la perspectiva de salud y cuidados en todas las políticas territoriales.

En una crisis es importante aprovechar la experiencia y los conocimientos para anticipar respuestas y así disminuir daños. El “esperar e ir viendo” no es una actitud apropiada. Es importante anticiparse razonablemente, basados en los conocimientos que sí tenemos con la urgencia que la crisis requiere. Para mejorar el acceso oportuno de los afectados por covid-19, implementamos estrategias para reformular nuestras instituciones, nos refuncionalizamos como profesionales e inventamos nuevos dispositivos. Los equipos de salud cumplimos un papel fundamental, no sólo en la asistencia y contención del paciente y sus familiares, sino también en la comunicación social e interpersonal. Parte de ese rol implica comunicar una cultura de cuidado, de prevención y promoción, informando y sensibilizando a la comunidad sobre las necesidades de protección de la salud, respondiendo a inquietudes, aliviando el miedo, afianzando la confianza en las instituciones conocidas y humanizando y acercando los nuevos dispositivos. Este trabajo realizado y sostenido en el tiempo por los equipos interdisciplinarios de salud territoriales fue de gran valor en un momento de crisis y desconcierto global.

La llegada de la covid-19 nos sumió en una crisis inédita, por su magnitud y expansión, y afectó todo nuestro sistema sanitario; desde una perspectiva de derechos humanos resultó de gran importancia garantizar una atención de calidad para toda la comunidad, especialmente a la que nos corresponde atender en nuestra área de incumbencia. El Área Programática del Hospital Parmenio Piñero cubre una de las zonas más grandes y vulnerables de toda la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), con una población de aproximadamente 335.000 personas, distribuidas en 35 kilómetros cuadrados. Comprende gran parte de las comunas 7, 8 y 9 y una pequeña parte de las comunas 6 y 10. Abarca gran parte de los barrios populares de CABA, con realidades heterogéneas y necesidades diversas. La problemática de nuestra área es compleja y desigual, y vuelve necesario consolidar lazos sólidos entre los diferentes efectores que

la conforman. Los equipos de salud recorren este territorio pesquisando, controlando contagiados, realizando focos epidemiológicos, generando *triage* de accesibilidad a los distintos centros de salud, vacunando, asistiendo, articulando redes con el segundo nivel. Ante los desbordes de las circunstancias sociales, sus miembros fueron afianzando su contacto directo con su comunidad y las organizaciones barriales, generando dispositivos comunicacionales para la prevención, la información de atención y el acompañamiento, llevando a cabo acciones tendientes a aumentar la autonomía de los usuarios, ampliando la capacidad de autocuidado, tanto mejorando su capacidad de comprender el problema en cuestión como de accionar sobre él (8).

Una de las dificultades percibidas por los equipos de salud y la comunidad fue la falta de información certera y precisa sobre lo que estaba pasando en los barrios en términos de enfermedad y peligro. Los rumores se instalaban lentamente en el territorio, y ante la ausencia de información oficial, el rumor comenzaba a tomarse como un hecho verídico, no por su veracidad, sino porque responde a una necesidad de información del público. El rumor o rumores no atendidos oportunamente pueden elevar innecesariamente la percepción de riesgo de la población (9). La comunidad espera información, y los vacíos de información pueden llevar a conclusiones o toma de decisiones inapropiadas o fuera de tiempo (1). La falta de información confiable y la proliferación de rumores concomitantes, sumadas al temor que generaba la crisis, llevaron a agigantar la percepción de riesgo y generaron reacciones de discriminación, desconfianza y persecución que llegaron a tornarse peligrosas, repitiendo escenas de segregación, tal como las describe Albert Camus en su obra *La peste*.

Es responsabilidad sanitaria dirigir el proceso de comunicación en salud, y no podíamos esperar una comunicación oficial que no llegaba. La comunicación adquiere valor no sólo en el orden social, sino también en el terapéutico y preventivo. Nadie puede ser feliz en la ignorancia y mucho menos si se trata de lo que acontece con su propia salud (10). En términos de construir comunidad y confianza, la comunicación es un conector y constructor cultural, es una herramienta de unidad dentro de las comunidades que permite establecer una identidad y parámetros culturales.

En materia de comunicación, tampoco estábamos preparados como sociedad para afrontar esta pandemia. El sistema de medios argentino no estuvo a la altura de las exigencias de la crisis y ello se puso y se pone en evidencia con la cobertura noticiosa que los medios hicieron de la pandemia. El sistema mediático generó caos, desinformación, desconfianza en las medidas de cuidado del Gobierno y en la ciencia, al tiempo que se publicitaban tratamientos alternativos o fórmulas mágicas contra las infecciones. Los grandes medios ni siquiera sirvieron para colaborar con la educación de nuestros niños, niñez de la que tanto hablan. Ni siquiera estuvieron a la altura de las radios de 1940, aquellas que transmitían los contenidos educativos por radio, dada la

imposibilidad de los estudiantes para concurrir presencialmente a la escuela durante la epidemia de poliomielitis (11). Además, y salvo pocas excepciones, el sistema de medios invisibilizó una vez más la realidad de los más pobres, que, al mismo tiempo, fueron y son las principales víctimas de la pandemia. Se habla de los pobres y de la pobreza para la anécdota, el color y la victimización, pero no para la comunicación, información y cuidados.

Entre las muchas alertas que despierta la pandemia, hay que contabilizar también la falta de una acción efectiva del Gobierno local para asumir que la comunicación comunitaria en salud ocupa un lugar central para el trabajo comunitario. Dicha comunicación comunitaria es tan importante porque expresa lo local, lo cercano, lo próximo, y porque es la única que pudo transparentar las necesidades de las víctimas y transformar en significaciones la subjetividad de quienes padecen la inequidad, sumada a los dolores de la pandemia.

Diversos estudios han demostrado que la comunicación en todos los niveles, masivo, comunitario e interpersonal, cumple un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que mejoran la calidad de vida (12).

## Comunidad(es)

Es necesario detenernos un instante para entender los sujetos públicos con los que necesitábamos entretener conversaciones, tomando el aspecto decisivo –estratégico– de los procesos de organización, participación y cambio social, que implican intercambios, confrontaciones, negociaciones y construcción colectiva del significado de la experiencia humana (13).

Tenemos una comunidad (o varias) a la que atendemos, constituida por los pacientes, sus familias, los vecinos, las organizaciones sociales, religiosas, políticas, institucionales y gubernamentales que pueblan nuestro territorio, en el cual somos gestores y responsables del cuidado de la salud. La proximidad y la respuesta a las demandas de salud nos legitiman cotidianamente, a la vez que el aislamiento y la cuarentena hicieron necesario un trabajo de justificación y de intercambio de información entre el poder y la sociedad (14). También tenemos una comunidad de trabajadores de salud, con unos 700 compañeros y compañeras que conforman equipos, y tenemos la responsabilidad de conducir y compartir; esto es el departamento Área Programática de Salud del Hospital Piñero, con sus múltiples efectores, centros de salud, consultorios médicos barriales, salud escolar, farmacias, redes y programas de salud. Habitamos en una comunidad más amplia, que es el Hospital Piñero, con más de 2000 trabajadores de salud, y del cual nuestro sector forma parte en forma más o menos integrada entre niveles de atención y redes programáticas.

Somos parte integral de una comunidad docente de la Universidad de Buenos Aires, enseñamos Salud Pública, Salud Mental, y Bioética. La enseñanza de las carreras de la salud tiene una fuerte inserción en la práctica institucional, y nuestro equipo asistencial cumple una importante función docente, integrando la docencia con la asistencia; entonces formamos parte de una comunidad universitaria con la que intentamos compartir nuestro trabajo, discutir y conceptualizar las acciones en salud, al tiempo que trabajamos en red con otros equipos de similares características en hospitales de CABA y la provincia de Buenos Aires, por lo que la comunicación es parte de nuestra cotidianeidad.

Somos parte integrante de una comunidad médica, científica y universitaria más amplia, a la que también debemos dar cuenta e informar, porque somos parte activa de la producción científica en salud. Así es como muchas de nuestras producciones se vieron en jornadas o congresos y consideramos que también forman parte de un diálogo importante para producir conocimientos. Y a su vez, algunas de nuestras comunicaciones sirvieron para entendernos con medios de difusión o comunicación masivos.

## Territorio y comunicación

A partir de la necesidad percibida en el territorio, surgieron nuevas formas de comunicación para invertir las lógicas vigentes, buscando profundas transformaciones en la cultura de la comunicación territorial y elaborando un nuevo modo de pensar estos procesos (15). La confección y difusión por parte del Área Programática del Hospital de un boletín epidemiológico con información oportuna, sistemática, ordenada y científicamente validada fue la respuesta a esa necesidad y plasmó el dinamismo del momento sanitario que estábamos transitando. La confianza era clave en la crisis, por lo cual diseñamos dispositivos diversos de comunicación, pensando en las comunidades descriptas, sustentados en una ética de la solidaridad (16).

Intensificamos la comunicación con los trabajadores y trabajadoras del Área Programática a través de reuniones periódicas, chats, encuentros virtuales, con jefes y líderes de cada equipo. Establecimos responsabilidades epidemiológicas con referencias claras; acordamos protocolos de funcionamiento para *triage* y búsqueda activa de personas con síntomas y/o contactos estrechos, revisamos las formas de relación con la comunidad; fortalecimos los canales de comunicación alternativos, ya que si bien existían páginas informativas, nuestro contacto mayor es o era presencial; participamos de reuniones y de los comités de crisis en Barrio Ricchiardelli, Villa 20, Villa Cildañez y Barrio Carrillo; nos vinculamos con comuneros y jefes comunales en forma directa, y con muchísimas organizaciones territoriales e instituciones locales. Generar confianza nos permitió consolidar redes intersectoriales con iglesias, bomberos voluntarios, escuelas, centros de formación, comedores, merenderos,

hogares, centros de detención, comisarías, puestos de gendarmería, clubes, centros de alojamiento, entes de higiene urbana, la Comisión de la Vivienda, centros de primera infancia y locales de partidos políticos. Se conformó un tejido conectivo vivo que diligenciaba datos, recursos, estrategias y acciones solidarias de prevención, promoción y asistencia. La información epidemiológica suele dirigirse de abajo hacia arriba, sobre todo en los últimos años en CABA, en una sola dirección, sin devolución a los que la producen y mucho menos a los vecinos u organizaciones locales. Nos propusimos democratizar la información para comunicarnos con los barrios, organizaciones e instituciones. Nos encargamos de dar cuenta de nuestro trabajo en extensión, y también a nuestros colegas del ámbito científico. Cada trabajador de salud de nuestra Área Programática y del Hospital Piñero debía tener acceso a la realidad que estábamos viviendo y construyendo en forma colectiva. Nos planteamos iluminar el trabajo que cada día se lleva a cabo en el primer nivel de atención y en los nuevos dispositivos, pero también quisimos mostrar la realidad que se vivía al interior del hospital, en términos de ocupación de camas y de evolución de los recursos y los afectados. Habíamos creado nuestro boletín *De nortes y de sures* hace unos años, que en estos momentos se desplegaba con todo su potencial de contribuir al derecho del acceso a la salud, en el que, por supuesto, incluimos la información en salud.

De manera esencial, la información es parte de un proceso continuo que comienza con el dato, el que se convierte en información y pasa a ser conocimiento, que al comunicarse contribuye al desarrollo de las personas o de la sociedad en sí. Su vía de relación es un sistema de comunicación que posibilita la meditación y transmisión de la información. Es importante identificar la comunicación como un conjunto de palabras, ideas, mensajes o discursos que desde diferentes formas expresivas aportan información y conocimiento (17). Comunicar cuál es el producto del trabajo en el territorio y de esa manera generar una apropiación de lo producido localmente fue para nosotros como equipo un desafío desde el principio, y logramos sostenerlo en el tiempo y desde el comienzo de la pandemia. Poner a los equipos territoriales en el centro de la escena devolviéndoles los datos que ellos mismos producen nos pone a disposición como equipo epidemiológico local, al frente de viejos reclamos profesionales. Difundir datos a partir de un boletín epidemiológico que llega a todos los efectores también nos permite hablar de medidas de prevención y acciones de promoción para distintos equipos de trabajo y sus particularidades locales. Desde el comienzo de la pandemia llevamos emitidos más de 35 boletines epidemiológicos con números y gráficos locales, útiles para una política territorial, acompañados de medidas de cuidado y protección de los trabajadores de salud en su conjunto, devolviéndoles a todos los efectores de salud lo que producen con su trabajo y la posibilidad de apropiarse de su esfuerzo. Esfuerzo que hasta el momento sólo funcionaba en una única dirección (para arriba), y

ahora vuelve a los protagonistas locales como lo propio. La utilidad que nosotros, como colectivo de salud, le damos a la información epidemiológica no sólo cumple con que los trabajadores se apropien de lo que producen, sino que también es necesaria en la articulación intersectorial e interinstitucional. Las organizaciones no gubernamentales, iglesias, comedores barriales y todas las instituciones locales que participan en el territorio deben tener a su disposición datos epidemiológicos para generar estrategias conjuntas de prevención, promoción, asistencia, acompañamiento, y reducir la incertidumbre, innecesaria en el contexto actual (18).

La comunidad es la verdadera protagonista de los cambios y las transformaciones necesarios. El empoderamiento de los olvidados, vulnerados y marginados por sistemas económicos, políticos, sociales y culturales les acerca datos que reflejan sus realidades y estos los ayuda a comprenderlas. Son los miembros, líderes y conductores de esos colectivos sociales los que toman en sus manos los datos sobre cómo está la salud de su comunidad. Son los trabajadores de la salud los que recorren el territorio junto a ellos, día a día, los que conocen los niños que se convierten en adultos a través del tiempo y los que constituyen territorialidad con características particulares y singulares. La información epidemiológica deja de ser sólo un instrumento de eruditos para convertirse desde un equipo de salud en una herramienta para la comunidad.

En una sociedad donde reina la sobreinformación también subyace la desinformación como la otra cara de la moneda. Una de las funciones fundamentales de la atención primaria de la salud, desde sus principios, es empoderar y hacer aparecer las voces silenciadas por la vulneración a la que son sometidas. Es parte de nuestra responsabilidad aportar a la salud colectiva, que no sólo permita ejercer la libertad, sino que aporte a fortalecer la democracia, la diversidad y la pluralidad.

Con nuestra llegada a las organizaciones barriales, las iglesias, los comedores, las organizaciones territoriales, los comités de crisis barriales, logramos convertir los datos duros de la epidemiología, lo apodíctico de las ciencias duras, en datos sensibles, con el calor de la gente y las instituciones barriales, que empiezan a entender más de

lo que les viene pasando, lo que pueden hacer para que les deje de pasar, trabajando en conjunto y colectivamente sobre la prevención.

Desde los centros de poder se estimula una tendencia a pensar la comunicación en forma instrumental e hipertecnologizada, agigantando el rol de los medios masivos de comunicación. Preferimos pensar en los procesos de comunicación como la construcción de relaciones y sentidos entre actores sociales en un contexto social y cultural, incluso territorial. Durante mucho tiempo se utilizó la educación para la salud como una herramienta para el control social. Preferimos poner en práctica otras propuestas de comunicación que interpelan los sentidos de las relaciones sociales en términos de complejidades. Entonces, la comunicación será parte de la construcción dinámica de la realidad y dará lugar a la palabra de grupos y comunidades, planteando problemas y articulando soluciones. Así entendida, la comunicación aportará a la construcción de un derecho ciudadano, cumpliendo con el mandato democrático de aumentar la participación.

El reconocimiento de actores sociales y culturas, con saberes y discursos diferenciados, permitirá el encuentro y la comunicación, en tanto podamos poner a todos ellos en valor y aportar a la construcción de sentido. Los colectivos y comunidades en que nos movemos son múltiples, y así de complejos serán los procesos de comunicación. También serán así de imprescindibles para aportar a la mejora de la salud y las condiciones de vida de todos nosotros.

Muchas preguntas fueron surgiendo en este nuevo recorrido, en este cambio de lógica en el proceso de comunicación en el territorio: ¿Qué rol tiene la comunicación de los datos que generan los mismos efectores? ¿Pueden incidir estos datos en el cuidado y protección de los diferentes actores sociales a la hora de desempeñar sus tareas en el territorio? ¿La comunicación de datos epidemiológicos en plena crisis es útil para desarrollar la planificación local de los equipos territoriales? ¿La información periódica y constante acompaña la soledad que genera la función profesional en la pandemia? A muchas de estas preguntas no tenemos respuesta. Creemos y confiamos en que generar nuevas preguntas sin responder es nuestro motor para continuar. **RAM**

## Referencias bibliográficas

1. Rodríguez Roura SC, Cabrera Reyes L de la C, Calero Yera E. La comunicación social en salud para la prevención de enfermedades en la comunidad. *Rev Hum Med* 2018;18(2):384-404
2. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Mundial de Promoción para la Salud; 1986. Disponible en: [www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf](http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf). [Último acceso: julio de 2021.]
3. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la salud. 29.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana. 69<sup>a</sup>. *Sesión del comité regional de la OMS para las Américas*. Informe final. Washington, DC; 2017. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=29-es-9250&alias=43815-csp29-fr-s-815&Itemid=270&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=43815-csp29-fr-s-815&Itemid=270&lang=es). [Último acceso: julio de 2021.]

4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. OPS/OMS; 1997
5. Coe G. Comunicación y promoción de la salud. Chasqui. *Revista Latinoamericana de Comunicación* 1998;0(63):26-8
6. Ministerio de Salud de la Nación. Salud, comunicación y desastres. Guía básica para la comunicación de riesgo en Argentina, 1ª. ed. CABA: Ministerio de Salud de la Nación; 2016
7. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la elaboración de las estrategias para la comunicación de riesgo: de la teoría a la acción. Canadá: OPS; 2011
8. De Sousa Campos G. Paideia y gestión: Un ensayo sobre el soporte PADEIA en el trabajo en salud. *Salud Colectiva* 2005;1:59-67. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva>. [Último acceso: julio de 2021.]
9. Palpán Guerra AL, Yagui Moscoso M, Arrasco Alegre J. *Sistema de alerta y respuesta: Modelo de vigilancia de rumores*. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología; 2013
10. Díaz H. Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Rev. Comunicación Salud* 2011;1(1):113-24
11. Martí J. ¿Cómo se enfrentaron los colegios a otras pandemias? Los retos de la educación. *Rev Historia y vida* 2020;630. España. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-contemporanea/20200912/33224/como-enfrentaron-colegios-antiores-pandemias.html>. [Último acceso: julio de 2021.]
12. Rodríguez Estrada M. Comunicación y superación personal. Serie Capacitación Integral. 2ª. ed. México: El Manual Moderno; 1996
13. Bruno D, Demonte F, Jait A. El uso de la comunicación en los procesos de cambio de las organizaciones de salud. En: Cuesta Cambra U y col., coordinadores. *Comunicación y salud*. España: Editorial Dextra; 2016
14. Rosanvallon P. *La legitimidad democrática*. Buenos Aires: Manantial; 2009
15. Martín Barbero J. La comunicación en las transformaciones del campo cultural. *Alteridades* 1993;3(5):59-68
16. Puyol A. La idea de solidaridad en la ética de la salud pública. *Rev. Bioética y Derecho* (Barcelona) 2017;40:33-47
17. Borroto Cruz R, Aneiros Riva R. La comunicación en la práctica médica. En: Núñez de Villavicencio Porro F, González Menéndez R, Ruiz Rodríguez G y col. *Psicología y Salud*. La Habana: Ciencias Médicas; 2001
18. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile* 2010;138:1047-54