

XXI CONGRESO INTERNACIONAL
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODÍSTICA

**Repensar los
valores clásicos
del periodismo.
El desafío de una
profesión enred@da**

**Actas de las comunicaciones
presentadas en el congreso**

Jorge Miguel Rodríguez Rodríguez (ed.)

Sociedad
Española de
Periodística

SEP

Universidad San Jorge

Edita: Sociedad Española de Periodística

Universidad San Jorge

Fecha de edición: diciembre 2015

ISBN: 978-84-608-3103-7

Depósito Legal: Z 1729-2015

Zaragoza, 2015

XXI CONGRESO INTERNACIONAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODÍSTICA

Zaragoza, 19 y 20 de junio de 2015

Universidad San Jorge

Dirección del congreso:

Jorge Miguel Rodríguez Rodríguez, profesor, Universidad San Jorge

Comité organizador:

Presidente:

Jorge Miguel Rodríguez Rodríguez, Universidad San Jorge

Vicepresidenta:

Cristina Zurutuza Muñoz, Universidad San Jorge

Vocales:

Ricardo Zugasti, Universidad San Jorge

Nerea Vadillo, Universidad San Jorge

Roberto Herrscher, Universidad de Barcelona

José Juan Verón, Universidad San Jorge

Ignacio Escuin, Universidad San Jorge

Teresa Ojer, Universidad San Jorge

Carmela García, Universidad San Jorge

Patricia Lafuente, Universidad San Jorge

José María Albalad, Universidad San Jorge

Joe McMahon, Universidad San Jorge

Anabel Abad, Universidad San Jorge

Fernando Carcavilla, Universidad San Jorge

Víctor Manuel Pérez, Universidad San Jorge

Rosana Fuentes, Universidad San Jorge

Comité científico:

Josep María Casasús Gurí, Universidad Pompeu Fabra
Luis Núñez Ladevéze, Universidad Complutense de Madrid,
Concha Edo, Universidad Complutense de Madrid,
Andreu Casero Ripollés, Universidad Jaime I de Castellón
Fernando López Pan, Universidad de Navarra
Salomé Berrocal, Universidad de Valladolid
Pilar Diezhandino, Universidad Carlos III de Madrid
Fernando Martínez Vallvey, Universidad Pontificia de Salamanca
Carmen Marta Lazo, Universidad de Zaragoza
Manuel Martín Algarra, Universidad de Navarra
José Alberto García Avilés, Universidad Miguel Hernández de Elche
Ramón Reig García, Universidad de Sevilla,
Simón Peña Fernández, Universidad del País Vasco
M^a Rosa Berganza Conde, Universidad Rey Juan Carlos
Iván Lacasa Mas, Universidad Internacional de Cataluña
M^a Ángeles Cabrera González, Universidad de Málaga
Sergi Cortiñas, Universidad Pompeu Fabra
José María Legorburu, Universidad San Pablo CEU
Marcial Murciano, Universidad Autónoma de Barcelona
Xosé López, Universidad de Santiago de Compostela
Joseba Bonaut Iriarte, Universidad San Jorge
Jorge Miguel Rodríguez Rodríguez, Universidad San Jorge
Cristina Zurutuza Muñoz, Universidad San Jorge

ÍNDICE

Introducción. <i>Jorge Miguel Rodríguez Rodríguez</i>	12
Bloque I: La profesión periodística en la encrucijada	14
La producción de la información y los cambios provocados por la innovación periodística, <i>Berta García Orosa</i> y <i>Xosé López García</i> (Universidad de Santiago de Compostela)	15
El rol del periodista entrevistador en el encuentro digital y su relación con la audiencia y entrevistado, <i>M.ª Ángeles Cabrera González</i> y <i>Vanesa Olmedo Urbano</i> (Universidad de Málaga)	27
Los poderes legislativo, ejecutivo y judicial como garantes de la libertad de investigación (2005 – 2014), <i>Eduardo Fco. Rodríguez Gómez</i> (Universidad Carlos III de Madrid)	47
Periodistas en Chile: inseguridades, miedos e influencias, <i>Francisca Greene</i> (Universidad de Los Andes, Chile)	61
El uso de las redes sociales en el conflicto de Eusko Irratia: información desde el epicentro del ERE, <i>Joseba Martín</i> , (Euskal Herriko Unibertsitatea/ Universidad del País Vasco)	79
Aquí hablo yo. Las instituciones monopolizan la agenda informativa, <i>María José Cavadas Gormaz</i> (Universidad Complutense de Madrid)	94
Journalistic role perceptions of cameroonian professional journalists, <i>Ngangum Peter Tiako</i> (Department of Information & Communications Sciences, Universite Libre de Brussels)	117
La abdicación de Juan Carlos I. Propuesta de metodología para el análisis de contenido de artículos editoriales en la prensa española, <i>Marçal Sintes-Olivella</i> , <i>Elena Yeste Piquer</i> y <i>Pere Franch Puig</i> (Blanquerna-Universidad Ramon Llull)	137
Política, tecnología y lenguaje: el periodismo, territorio de frontera, <i>Yamile Haber Guerra</i> (Universidad de Oriente, Santiago de Cuba)	152

La sucesión al trono de España en el país y el mundo: el encuadre de un cambio tranquilo, <i>Cristina Zurutuza Muñoz</i> y <i>Elisa Barrera Meneses</i> (Universidad San Jorge)	169
Bloque II: Periodismo y comunicación hoy. Perspectivas teóricas y metodológicas	185
La participación ciudadana en Facebook alrededor del 9-N: los casos “Catalunya opina” y “periodismo multiplataforma” de TV3, <i>Geane Alzamora</i> (Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil)	186
Las exclusivas periodísticas, internet y las redes sociales: retos metodológicos y de análisis, <i>Marcos Lamelas</i> y <i>Laura Pérez Altabe</i> (Universidad Pompeu Fabra)	202
Del periodismo de investigación al periodismo de transcripción, <i>María Gómez y Patiño</i> (Universidad de Zaragoza)	232
Bloque III: Historia del Periodismo. ¿Qué podemos aprender del pasado? Modelos editoriales y periodistas de prestigio	253
Rasgos del retrato en tres narraciones periodísticas de Manuel Chaves Nogales, <i>Álvaro Pérez Álvarez</i> (Universidad de Montevideo) y <i>Beatriz Gómez Baccaredo</i> (Universidad de Navarra)	254
Encuadres televisivos en la sentencia del Prestige. Análisis del discurso informativo de TVE-1 y TL5, <i>David Vicente Torrico</i> (Universidad de Valladolid)	271
La línea editorial de <i>El País</i> frente al Gobierno de Adolfo Suárez (1976-1982): entre el distanciamiento y la crítica, <i>José M.ª Sanmartí Roset</i> (Universidad Carlos III de Madrid)	286
Joaquín Dicenta, reportero en la mina. Las lecciones de un periodista de prestigio en 1903, <i>Miguel Ángel del Arco Bravo</i> (Universidad Carlos III)	303
Albert Camus, manifiesto por un periodismo crítico, <i>María Santos-Sainz</i> (Institut de Journalisme Bordeaux, Aquitaine, Universidad Bordeaux Montaigne)	321
Horacio Sáenz Guerrero, artífice de la transición democrática de <i>La Vanguardia</i> , <i>Anna Nogué</i> y <i>Marcel Mauri</i> (Universitat Pompeu Fabra)	334

Estudio del semanario <i>Cuadernos</i> como modelo periodístico en los primeros años de la Transición Española (1976-1978), Elena Pedreira Souto y Francisco Javier Davara Torrego (Universidad Francisco de Vitoria)	347
Arnaldo Garcês and the birth of war photojournalism in Portugal (1916-1918), Jorge Pedro Sousa (University Fernando Pessoa) y Carla Baptista (Nova University of Lisbon)	368
Bloque IV: Periodismo digital y redes sociales ante los valores clásicos del periodismo	393
La audiencia en los nuevos escenarios comunicativos: el prosumidor mediático en el centro, Alba Marín (Universidad de Sevilla)	394
De los escenarios presenciales a los virtuales: YouTube y el público juvenil, María Alcalá-Santaella (Universidad CEU San Pablo)	413
Los valores clásicos del periodismo en Internet. El periodismo narrativo digital de <i>Jot down</i> y <i>Gatopardo</i> , Alba Sabaté Gauxachs y Josep Lluís Micó Sanz (Universitat Ramon Llull)	422
La influencia de los lectores de hoy en la producción de los contenidos informativos, Belén Mainer Blanco (Universidad Francisco de Vitoria)	442
¿Cambia el entorno digital la forma de escribir periodismo narrativo? Los casos de <i>FronteraD</i> y <i>Jot Down</i> , David Sanchís Cano (Universidad de Navarra)	459
Social Media, a bless or a curse to Traditional Media?, Chan Eang Teng y Tang Mui Joo (University of Malaya, Malaysia)	479
La evolución de los ciberdiarios deportivos en el escenario de la web 2.0. El caso español: <i>As</i> , <i>Marca</i> , <i>Mundo Deportivo</i> y <i>Sport</i> , Claudia Favaretto Louzada (Universidad Autónoma de Barcelona)	498
La adaptación del trabajo periodístico en Twitter. Nuevas rutinas, usos y funciones de los periodistas en los <i>social media</i> , Antonio García Jiménez (Universidad Rey Juan Carlos) y Manuel de Ramón Carrión (Universidad Complutense de Madrid)	528
Cibermedios alicantinos. Un lento despertar, Mar Iglesias García , David Barceló Esteban y Cristina González-Díaz (Universidad de Alicante)	544

Las redes sociales como canal de gestión de la interactividad en los medios de comunicación, <i>Xosé López García, Carlos Toural y Xosé Pereira Fariña</i> (Universidad de Santiago de Compostela)	559
La eterna crisis del periodismo reconsiderada. Innovación digital y reconstrucción creativa desde los valores perennes de la profesión, <i>María Luengo Cruz</i> (Universidad Carlos III de Madrid) y <i>Elizabeth Butler Breese</i> (Yale University y Panorama Education)	572
Trolls y medios: ¿Una relación de conveniencia?, <i>Juan José Madueño y Bella Palomo</i> (Universidad de Málaga)	586
Periodismo de memes: un equilibrio necesario entre el éxito de la viralidad y la calidad de la información, <i>Noelia García Estévez</i> (Universidad de Sevilla)	608
La ciberguerra como nueva estrategia bélica en el contexto internacional y su tratamiento periodístico en España, <i>Noelia García Estévez</i> (Universidad de Sevilla)	627
Las fuentes en vídeos de medios online: políticos y declaraciones públicas son minoría, <i>Samuel Negro</i> (Universidad de Navarra)	646
Agenda tecnológica, periodismo y agencia de noticias, <i>Sergio Ricardo Quiroga</i> (Instituto Cultural Argentino de Educación Superior, ICAES)	667
El cierre de Google News España y su impacto en el panorama de noticias en las ediciones de México y Colombia, <i>Tania Lucía Cobos</i> (Universitat Autònoma de Barcelona)	679
Innovación y nuevas fronteras periodísticas en España, Portugal y Francia de la mano de los cibermedios nativos digitales, <i>Carlos Toural Bran, Xosé López García</i> (Universidad de Santiago de Compostela) y <i>Moisés Limia Fernández</i> (Universidade do Minho, Portugal)	700
Bloque V: Periodismos especializados y nuevos escenarios profesionales	721
La importancia de la información pesquera en los diarios del País Vasco: temáticas y estrategias de encuadre durante el primer semestre de 2014, <i>José Ignacio Armentia, Flora Marín y José María Caminos</i> (Universidad del País Vasco)	722

El papel de los actores políticos en el conflicto por los bienes de La Franja según la prensa aragonesa y catalana, Javier de Sola y Ricardo Zugasti (Universidad San Jorge)	744
Realidad aumentada: un complemento para enriquecer el periodismo aún desaprovechado, Yuan Yunquera Nieto y Félix Pérez Bahón (Universidad Carlos III de Madrid)	756
La crisis del ébola en España y la respuesta comunicativa de las instituciones, Cristina Zurutuza Muñoz y José Juan Verón Lassa (Universidad San Jorge)	776
Bloque VI: Periodismo televisivo y radiofónico en la era digital	793
El periodismo radiofónico en el entorno digital: tipología de la producción sonora en la Red, Avelino Amoedo Casais (Universidad de Navarra)	794
El caso Operación Palace: un falso documental amparado en la credibilidad informativa del programa <i>Salvados</i> , Ignacio Lasierra y Elena Capapé (Universidad San Jorge)	814
El periodismo político en la programación televisiva: los casos de Atresmedia y Mediaset, Marta Albújar Villarrubia (Universitat Autònoma de Barcelona)	833
La espectacularización del mensaje informativo en televisión: el caso de <i>En tierra hostil</i> , Héctor J. Oliva Cantín y Javier Calvo Anoro (Universidad San Jorge)	852
Los medios de comunicación, cajas de resonancia de los mecanismos del terror, Otto Roberto Yela Fernández (Universidad de San Carlos de Guatemala)	871
Bloque VII: Experiencias empresariales exitosas en época de crisis	886
Nuevos modos de financiación y difusión de contenidos en prensa digital. Análisis de casos: <i>Infolibre</i> , <i>eldiario.es</i> , <i>Zoomnews</i> y <i>Neupic</i> , Ana Virginia Rubio Jordán (Universidad a Distancia de Madrid)	887
El fenómeno <i>youtuber</i> y la televisión española: ¿rivalidad o sinergia?, Fernando Bonete Vizcaino (Universidad San Pablo CEU)	900

El <i>crowdfunding</i> periodístico transforma el escenario mediático en España, Félix Pérez Bahón (Universidad Carlos III de Madrid), M.^a Dolores Clemente Fernández y María Aboal López (Universidad Internacional de la Rioja)	920
Antena 3 Radio: un inesperado éxito radiofónico y empresarial a la espera de la televisión privada, Pilar Dobón-Roux (Universidad de Navarra)	935
El emprendedurismo periodístico como salida profesional a la crisis económica. El modelo de gestión de <i>Castellón Información e Infopalancia</i> , Ramón S. Pardo Baldeón (Universitat Jaume I)	954
Bloque VIII: La enseñanza del periodismo. Cómo debe ser la formación de las nuevas generaciones de periodistas	970
Retos de la universidad del futuro: los estudios en Periodismo y Comunicación a partir las necesidades del sector, Alex Araujo y Josep Lluís Micó (Universidad Ramón Llull)	971
Cultura y contexto. Herramientas conceptuales de la antropología y la sociología para formar a futuros periodistas, Elisa García-Mingo (Centro Universitario Villanueva)	987
A vueltas con el Plan Bolonia: la formación universitaria en Periodismo y su adaptación a los grados de tres años, Gloria Rosique Cedillo (Universidad Carlos III)	1006

LA CRISIS DEL ÉBOLA EN ESPAÑA Y LA RESPUESTA COMUNICATIVA DE LAS INSTITUCIONES

Cristina Zurutuza Muñoz

Universidad San Jorge

czurutuza@usj.es

José Juan Verón Lassa

Universidad San Jorge

jjveron@usj.es

Resumen: El ébola se ha convertido en el último año en la enfermedad que ha ocasionado un mayor número de alertas sanitarias en el mundo, incluyendo aquellos países en los que no ha sido detectada. El temor a la propagación de un virus muy contagioso y sin cura posible se ha extendido entre la opinión pública mundial y ha provocado situaciones de crisis en países como España, que ha tenido que hacer frente a varios casos de esta enfermedad, tanto en lo sanitario como en lo comunicativo. Este trabajo estudia la crisis del ébola sucedida en España, provocada por el contagio de un miembro del personal técnico sanitario del Hospital Carlos III de Madrid, que atendía a un misionero infectado por el virus en Liberia y repatriado a España para su tratamiento.

El objetivo de esta investigación es conocer cómo fue la respuesta comunicativa de las principales instituciones públicas involucradas en la gestión de esta crisis, en particular el Ministerio de Sanidad y la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Mediante un análisis de contenido cualitativo de los comunicados de prensa, ruedas de prensa y comparecencias públicas de las distintas instituciones y portavoces se trata de caracterizar la estrategia comunicativa desarrollada desde el inicio de la crisis, producido a finales mes de septiembre de 2014, hasta su resolución a comienzos del mes de noviembre de ese mismo año. El análisis se centra en observar los aspectos formales, el ritmo en que se escenifica la comunicación, los portavoces que intervienen y el contenido del mensaje.

Atendiendo a estos parámetros se puede hacer una radiografía de cómo fue la comunicación institucional de crisis ante el caso del ébola. Las conclusiones del estudio permiten arrojar luz sobre los errores y los aciertos de esta gestión comunicativa y su incidencia en la opinión pública.

Palabras clave: ébola, crisis sanitaria, comunicación de crisis, comunicación institucional.

1. INTRODUCCIÓN

Las crisis sanitarias son un tipo de crisis comunicativas cada vez más recurrente en las sociedades democráticas. La razón es el elemento que despierta la alarma y que está en juego, la vida, lo que aumenta la susceptibilidad y el interés de los ciudadanos en estos casos.

Existe literatura en el ámbito español en lo que se refiere a la definición de las crisis comunicativas y sus herramientas de gestión (González Herrero, 1998; López-Quesada, 2003; Alcat, 2005 y 2009; Marín, 2009; Losada, 2010) y también comienzan a existir referencias particulares en lo que se refiere a la crisis en el sector sanitario (Martínez Solana, 2004; Saura, 2005; Cuesta, Ugarte y Menéndez, 2005; Gómez, 2012).

En España, este tipo de acontecimientos viene marcado por el llamado síndrome tóxico por el envenenamiento con aceite de colza adulterado de 1981 y su nefasta gestión desde el punto de vista de la comunicación pública por parte de los responsables institucionales.

Desde aquellos primeros años de la democracia española, los medios de comunicación han incrementado notablemente el espacio que dedican a las informaciones relacionadas con la salud. En este sentido, se han ido multiplicando las crisis de comunicación relacionadas con este ámbito (brotes de meningitis como el de 1997; el llamado “medicamentazo” de 1998; las vacas locas en los años 2000 y 2001; el escándalo del Bio-Bac en 2002; la gripe aviar en 2005 o la gripe A de 2009; los casos de legionella a nivel local como los de Alcalá de Henares de 1996, Murcia de 2001 o Zaragoza de 2004; o los colapsos reiterados en los servicios de urgencias, entre otros muchos).

Algunas de estas crisis no llegaron siquiera a convertirse en un problema real de salud pública en España. Algunas de ellas resultaron ser fenómenos hiperlocales que afectaron únicamente a espacios muy delimitados dentro de unas ciudades, mientras que otras son lo que se podría llamar crisis sanitarias derivadas de la globalización: se producen a miles de kilómetros de distancia pero existe algún factor próximo que desataca la crisis (sería el caso de la gripe A o el del ébola). La alarma que adquieren las emergencias o crisis sanitarias no depende únicamente de la magnitud del problema que la haya desencadenado, sino también de la gestión comunicativa que se haga de esta.

Lo que une estos casos es el grado de alarma social que generan. Martínez explica que “si no se sabe bien lo que pasa, existe controversia y algunos de los afectados mueren, el

despliegue informativo alcanza unas proporciones desmesuradas desde el punto de vista de los expertos” (2006: 438). Y esta situación contribuye a descolocar a los responsables de la gestión de la emergencia sanitaria, habitualmente ajenos al mundo de la comunicación.

“Una crisis no empieza cuando dos pacientes de un hospital mueren por una infección en un quirófano o cuando cientos de personas han resultado afectadas por un brote de tuberculosis. La verdadera crisis, informativamente hablando, empieza en estos dos casos cuando un periodista llama al jefe de prensa del hospital o de la Consejería de Sanidad preguntando por el asunto”, explica Güell (2005: 55).

Y, del mismo modo, la resolución de la crisis encierra también un plano vinculado a la percepción pública. “Ante un problema siempre hay una doble demanda: solución e información. La percepción de que se está haciendo todo lo posible en ambos aspectos es esencial durante las lógicas esperas que los afectados vivirán antes de ver zanjados sus problemas” (Reyes, 2005: 94).

Con frecuencia, las instituciones achacan el fuerte impacto social de estas situaciones a problemas de comunicación. Aunque en muchos casos esta apelación se trata de un simple intento de desviar responsabilidades, sí que encierra un problema que ha quedado en evidencia a lo largo de estos casos: es necesario comunicar con estrategia y es más necesario saber hacerlo en situaciones de crisis.

De hecho, en ocasiones los responsables institucionales han llegado a negar los riesgos y han achacado la generación de la crisis en su integridad a los medios de comunicación.

¿Cabe entonces optar por el silencio como estrategia comunicativa? En opinión de todos los expertos en la materia esta nunca debería ser una opción. Tanto Alcat (2005) como Arroyo y Yus (2007) o Rodríguez (2011) sostienen que el silencio no es rentable y sería uno de los mayores errores que se podrían cometer. De hecho, señalan que no solo sería un error sino también un gesto de irresponsabilidad y un incumplimiento de las obligaciones básicas de las administraciones, cuyo deber es mantener informada a la población.

Es necesario tener presente en estos casos que el interés de la opinión pública hacia una alerta o emergencia sanitaria es proporcional a la proximidad territorial con la que se perciba y también con el número de afectados, ya sean reales o potenciales. Un tercer elemento de interés está en la implicación: la posibilidad de que cada uno de los individuos

que conforman esta opinión pública se reconozca en uno de los afectados por la alerta (edad, clase social, aficiones, sexo...).

Por otro lado, y pese a la irrupción de las tecnologías de la comunicación en forma de Internet y redes sociales, cabe recordar que en los casos de crisis de comunicación pública, la “realidad informativa se convierte en la única vía de acceso legitimada y aceptada a la realidad política derivada de una crisis” (Casero, 2009: 151). Esto se debe a que los ciudadanos no tienen la posibilidad de experimentar el hecho por sí mismos, ni tienen los conocimientos suficientes para enmarcarlo en su contexto.

Martínez señala que la realidad es “dinámica, inestable, sujeta a infinidad de variables; contextualizada desde distintos puntos de vista, con valoraciones distintas” (2006: 441). Así, las instituciones sanitarias intentan controlar algo que es, por definición en una sociedad libre, incontrolable: la información. En esas variables informativas siempre entran los elementos impredecibles: “el efecto de bola de nieve que tiene todo acontecimiento, que según se va conociendo rueda, crece, aumenta; y eso da lugar a un mayor interés general” (Martínez, 2006: 441). Y este interés tiene que ver fundamentalmente con los elementos ya señalados: proximidad, incidencia e implicación.

Así, en una situación de este tipo, se multiplica la necesidad y el valor de trasladar con eficacia el mensaje propio a los medios de comunicación como intermediarios con la sociedad. Y el problema mayor llega cuando no se traslada con claridad el mensaje, ya sea por ineficacia o porque no se dispone de información. En cualquier caso, debe tenerse en cuenta que los medios de comunicación replican ante las autoridades aquellas preguntas que se hacen los ciudadanos en sus casas en relación con estas situaciones de emergencia, y que lo hacen en régimen de competencia, tratando de anticiparse al resto.

Por ello, “uno de los principales inconvenientes que se encuentran los servicios de emergencia ante una crisis es la propagación de rumores, que si no se controlan a tiempo pueden multiplicar las consecuencias de un siniestro” (Ayuso, 2005: 49). El modo de evitarlo es dando fluidez y rigor a la comunicación, dado que si los medios no obtienen información directa y precisa, optarán por buscar otras vías de información que satisfagan sus necesidades ante su público. Dicho de otro modo, generar una situación de desinformación o de contradicción informativa es el mejor modo de incrementar y multiplicar una crisis de salud pública.

En cualquier caso, “el proceso de la comunicación va restando definición y detalles, que, para entendernos, se van quedando por el camino, desde su origen hasta que llega a la audiencia, la destinataria final” (Martínez, 2006: 439). Este aspecto en muchos casos desanima a los expertos a convertirse en emisores de información.

El objetivo último del presente estudio es comprobar, de acuerdo a lo indicado por los principales autores sobre la materia, cómo el modo en el que se emite la comunicación se constituye en un elemento nuclear, capaz de agravar o de mitigar por sí misma una crisis (Piñuel, 1997).

La presente investigación constituye una aproximación a esta realidad. Se ha escogido un caso actual y que resume de forma paradigmática la situación que han vivido otros muchos países ante la mayor emergencia sanitaria mundial de los últimos años. Se trata, además, de un caso bien centrado en el tiempo, con un inicio claro y un final relativamente marcado, ambos en el último cuatrimestre del año 2014. Es este momento, precisamente, el escogido para realizar esta aproximación al tema: ébola.

2. DESCRIPCIÓN DEL CASO DE ESTUDIO

El caso tiene su arranque en el 22 de septiembre de 2014, cuando el misionero español Manuel García Viejo ingresó en el Hospital Carlos III tras ser repatriado desde Sierra Leona. Se encontraba infectado por el virus del ébola. Tres días después falleció.

Era el segundo caso de estas características, dado que el 7 de agosto había ingresado otro religioso infectado, Miguel Pajares, procedente de Liberia y que murió el 12 de agosto. Ambas repatriaciones habían resultado polémicas por cuanto se consideraba un riesgo importar un virus que todavía no se había detectado fuera de África, además de un gasto injustificado de dinero. No obstante, con la muerte del segundo misionero parecía cerrarse el caso.

Sin embargo, el día 6 de octubre saltó la noticia de que una de las profesionales sanitarias que habían atendido a García Viejo se encontraba ingresada por estar presumiblemente infectada por el mismo virus. De ser así, se trataba de la primera persona contagiada por el virus fuera de África, continente en el que se encontraba confinado y localizado desde hacía 40 años.

Ese mismo día se reunió en el Ministerio de Sanidad un gabinete de crisis que marcó las prioridades. La auxiliar de enfermería fue ingresada en el Hospital Carlos III y comenzaron a buscarse a aquellas personas que podían haber tenido contacto con ella.

En un instante saltaron las alarmas y comenzaron a cruzarse todo tipo de informaciones y conjeturas que generaron una fuerte alarma social dentro y fuera de España. El día 7 de octubre, la Unión Europea pidió explicaciones a España.

Por un lado, se especulaba con la posibilidad de que esta persona, que tardó 9 días en ser atendida desde su presumible contagio, hubiese podido convertirse en un foco de expansión del virus en su entorno más inmediato. Por otro, se temía que no hubiese sido el único contagio y que alguien más del equipo sanitario del Hospital Carlos III se encontrara en la misma situación. La combinación de ambas posibilidades se antojaba todavía más terrible.

Comenzaron así a publicarse rumores de todo tipo sobre las actividades de esta persona en los días previos a su ingreso: se informó de que el 30 de septiembre había llamado al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Carlos III porque se encontraba mal, que lo había vuelto a hacer el 2 de octubre y que el 6 del mismo mes acudió, por fin, al Hospital de Alcorcón.

Los días 7 y 8 de octubre se hicieron públicas las recomendaciones de algunos gobiernos y turoperadores para que los turistas no viajaran a España ante una hipotética epidemia de ébola. Algunas empresas del sector turístico vieron caer sus cotizaciones en bolsa.

El día 8 de octubre, el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Rodríguez, acusó a la enferma de mentir para ocultar su enfermedad, con lo que explicó que no se hubiera detectado el caso antes. Ese mismo día se produjo el polémico sacrificio del perro de la paciente.

El día 9 se denunciaron una serie de problemas con los protocolos de seguridad ante este tipo de contagios y ese mismo día la ministra de Sanidad, Ana Mato, planteó la posibilidad de modificarlos.

El 10 de octubre se creó un Comité Interministerial presidido por la vicepresidenta del Gobierno, Soraya Sáez de Santamaría, que asumió la gestión de la crisis, en detrimento del Ministerio de Sanidad, que la había coordinado hasta el momento. Coincidiendo con este

cambio, se acordaron modificaciones en los protocolos de actuación y se nombró un Comité científico de asesoramiento.

Las especulaciones se hacían interminables: que si la auxiliar se había tocado la cara al desvestirse de los trajes especiales, que si las calzas no eran impermeables, que si había excedido el tiempo máximo para estar en la habitación del misionero fallecido, etc.

También se extendieron los posibles casos sospechosos en lugares de toda España (solo el 17 de octubre se generaron 4 alertas al respecto que días después se comprobaron falsas), se especuló con innumerables posibilidades de errores en la seguridad de los protocolos de actuación y se puso en cuestión todo el sistema creado para la atención de los enfermos con este virus. La psicosis se apoderó de la sociedad y de los medios de comunicación españoles e incluso de los extranjeros: se cancelaron viajes a España y se generó una cierta crisis en el sector turístico, asustado por esta enfermedad para la que no existía cura.

El 12 de octubre se hizo público un caso de contagio en Estados Unidos y un segundo caso se confirmó el día 15 del mismo mes.

El 18 de octubre, la Organización Mundial de la Salud criticaba en un documento interno la gestión de la crisis sanitaria realizada por España y hablaba de falta de información e incompetencia.

Tras superar los peores momentos en su estado y comenzar una lenta recuperación, el 19 de octubre se daba la noticia de que la auxiliar de enfermería había dado negativo a una prueba de ébola. Tras la confirmación el día 21 de que no existía presencia del virus en la paciente, se fueron dando de alta progresivamente a las personas que habían estado en contacto con ella y con el misionero fallecido, de acuerdo con las cuarentenas preceptivas.

El 1 de noviembre, la auxiliar de enfermería abandonó el aislamiento. El día 5 recibió el alta y salió de su ingreso hospitalario, casi recuperada y sin riesgo de contagio.

En las siguientes páginas se detallan la metodología y determinación de la muestra, así como los principales resultados del análisis de las acciones comunicativas oficiales tanto del Gobierno central como el de la Comunidad de Madrid, dado que las competencias de sanidad están transferidas a las comunidades autónomas y, por tanto, son las responsables de la gestión de los centros hospitalarios.

3. METODOLOGÍA Y DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

El objetivo primero de esta investigación es conocer cómo fue la gestión comunicativa de esta crisis por parte de las instituciones competentes: Gobierno de España y Gobierno de la Comunidad de Madrid.

Para ello, el estudio realiza una caracterización de los modos, las rutinas y los mensajes a través del análisis de las acciones de comunicación emprendidas por estas instituciones a lo largo del periodo de duración de la crisis.

El análisis comienza con una rueda de prensa de la ministra Ana Mato el 6 de octubre de 2014 en la que anuncia el posible caso de contagio en España y se cierra el 2 de diciembre de 2014 cuando España es declarado país libre de ébola por la Organización Mundial de la Salud. Es necesario aclarar que este estudio consiste en una primera aproximación al conocimiento de cómo fue la gestión comunicativa de la crisis exclusivamente por parte de las instituciones.

En primer lugar, se han analizado 51 elementos comunicativos emitidos por los distintos niveles de ambos ejecutivos. Así, han sido 19 en el caso del Ministerio de Sanidad, 28 por el Gobierno de España (Vicepresidencia), 3 por la Consejería de Salud de Madrid y 1 por la Comunidad de Madrid (Presidencia). No obstante, es posible que exista alguna otra comunicación oficial más, pero que en el momento de la recogida de la información (diciembre de 2014) hubiese sido borrada y cuya existencia no se haya detectado en el proceso de trabajo.

Se trata de documentos oficiales, que las instituciones hicieron llegar a los medios y que publicaron también en su página web. No se incluyen entrevistas o declaraciones a medios particulares realizadas en diferentes ámbitos, más o menos formales. Sí que se han tenido en cuenta ruedas de prensa, comparencias en sede parlamentaria y declaraciones ante los medios de carácter general.

La metodología empleada para el estudio de estos elementos comunicativos oficiales ha sido un análisis de contenido de corte cuantitativo. El empleo de esta metodología permite, mediante la utilización de un código, “formular a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto” (Krippendorff, 1990: 23). El código empleado en este caso se ha aplicado a los 51 elementos comunicativos que constituyen la muestra y ha estado compuesto por 27 variables centradas principalmente en

identificar el tipo de comunicación, la autoría de los comunicados, la atribución de responsabilidades y la claridad expositiva de los aspectos técnicos. Todo ello con el fin de hacer una caracterización de la comunicación de las instituciones públicas durante la crisis del ébola.

4. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Contextualizado el caso de estudio (crisis del ébola) y el marco teórico en el que se inserta esta investigación (la comunicación de crisis de salud pública), se presentan en las siguientes páginas los principales resultados del estudio¹.

Tabla 1. Portavoz según etapa (en porcentaje)²

	Fase aguda		Resolución
	Primer momento	Segundo momento	
Ana Mato	66,7	16,7	11,1
Soraya Sáenz de Santamaría	11,1	0	0
Mariano Rajoy	5,6	4,2	0
Ministerio de Sanidad	0	0	22,2
Gobierno	0	8,3	0
Comunidad de Madrid	0	0	11,1
Ignacio González	0	0	11,1
Javier Rodríguez	11,1	0	11,1
Comité de crisis	5,6	0	0
Comité científico de asesoramiento	0	66,7	33,3
Otros	0	4,2	0
TOTAL	100	100	100

Como se observa en la tabla 1, en el primer momento de la fase aguda, la portavocía de la crisis recae principalmente en la Ministra de Sanidad, Ana Mato (66,7%), así como en el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Rodríguez (11,1%). Los errores cometidos durante estos apenas cuatro días hacen que el día 10 de octubre el Gobierno relogue a Mato de la dirección de la crisis a favor de la vicepresidenta del Gobierno, Soraya Sáenz de Santamaría, que dirigirá la crisis a partir de ese momento, apoya en el recién creado Comité científico de asesoramiento, de carácter técnico-sanitario.

¹ Esta investigación es parte del trabajo realizado por el grupo de investigación “Comunicación, Periodismo, Política y Ciudadanía”, reconocido como consolidado por el Gobierno de Aragón.

² Todas las tablas recogidas en este documento son de elaboración propia.

En el segundo momento de la fase aguda se observa claramente que quien toma las riendas de la comunicación es el citado Comité científico (66,7%) y en menor medida Ana Mato (16,7%). La gestión de la comunicación de la crisis experimenta así un viraje de lo político a lo técnico-sanitario, y la crisis pasa de ser una cuestión política a un problema de salud pública. Continuando en esta línea, una vez finalizada la fase aguda, en la fase de resolución los portavoces principales son el Comité científico (33,3%) y el Ministerio de Sanidad (22,2%).

La escasa presencia de la vicepresidenta se debe a que esta únicamente interviene en el punto de inflexión, cuando se traslada la responsabilidad de gestionar la crisis desde el Comité de crisis al Comité científico. Es decir, ella se encarga de cerrar ese primer *impasse* de la fase aguda en el que relegan a Ana Mato y de derivar la gestión comunicativa de la crisis al Comité científico, verdadero protagonista de la comunicación a partir de ese momento.

Tabla 2. Perfil del portavoz según etapa (en porcentaje)

	Fase aguda		Resolución
	Primer momento	Segundo momento	
Político	94,4	29,2	55,6
Técnico	5,6	70,8	44,4
TOTAL	100	100	100

Los datos de la tabla 1 se confirman en la tabla 2, en la que se señala que, dentro de la fase aguda, en el primer momento, el 94,4% de los portavoces son de perfil político, frente a un 29,2% de portavoces de este perfil en el segundo momento. En esta ocasión, el 70,8% responden a un perfil técnico. No obstante, en la fase de resolución, dado que son los representantes públicos quienes deben cerrar formalmente la crisis, el porcentaje de presencia de estos en la escena pública se incrementa hasta el 55,6%.

Tabla 3. Emisor general según etapa (en porcentaje)

	Fase aguda		Resolución
	Primer momento	Segundo momento	
Ministerio de Sanidad (incluye comité de crisis)	62,1	16,7	44,4
Gobierno (incluye comité científico de asesoramiento)	22,2	83,3	33,3
Consejería de Sanidad	11,1	0	11,1
Comunidad de Madrid	0	0	11,1
TOTAL	100	100	100

En términos generales, son el Ministerio de Sanidad (incluyendo el Comité de crisis) y el Gobierno (incluyendo el Comité científico de asesoramiento) los emisores principales de mensajes durante la crisis producida por el contagio de ébola. Como se observa en la tabla 3, Al comienzo de la fase aguda lo es más el Ministerio (62,1%) y más adelante lo es el Gobierno (83,3%).

Tabla 4. Formato del mensaje según etapa (en porcentaje)

	Fase aguda		Resolución
	Primer momento	Segundo momento	
Nota de prensa	50	79,2	88,9
Comparecencia en las Cortes	22,2	8,3	0
Rueda de prensa	22,2	8,3	0
Canutazo	5,6	4,2	11,1
TOTAL	100	100	100

Con respecto al formato del mensaje (tabla 4), el más frecuente a lo largo de toda la crisis es la nota de prensa, que además incrementa su presencia conforme avanza y se resuelve la crisis hasta alcanzar el 88,9% en la fase de resolución. Esto es lógico, pues conforme la crisis se va controlando y la auxiliar de enfermería se encuentra fuera de peligro, la información que es necesario facilitar es de índole más bien técnica, de seguimiento, de modo de que no es necesario convocar una rueda de prensa para comunicar la información.

Las ruedas de prensa son más comunes en los primeros momentos (22,2%), pues todavía no se conocen todos los datos de esta crisis de salud pública y hay muchas más preguntas que formular a los responsable de su gestión.

Sucede algo similar con las comparecencias en el Congreso y el Senado o los canutazos, que se repiten más al inicio y van progresivamente desapareciendo: en este caso, los políticos tienen más cuestiones que explicar o debatir y los medios les siguen más de cerca en busca del dato que complete una información y explique la crisis (22,2% y 5,6%, respectivamente, en el primer momento de la fase aguda).

Tabla 5. Proactividad de la comunicación según etapa (en porcentaje)

	Fase aguda		Resolución
	Primer momento	Segundo momento	
Proactiva	66,7	87,5	88,9
Reactiva	33,3	12,5	11,1
TOTAL	100	100	100

La tabla 5 muestra el carácter proactivo o reactivo de la comunicación por parte de las instituciones públicas durante la crisis provocada por el contagio de ébola. Aunque el carácter proactivo predomina en todo momento, es curioso comprobar que en los inicios de la fase aguda el nivel de reactividad de la comunicación fue mayor (33,3%) que en momentos posteriores (12,5% y 11,1% en la fase de resolución). Esto significa que las instituciones llevan en todo momento las riendas de la comunicación, si bien al inicio son más frecuentes las ocasiones en que las preguntas que demandan información llegan desde fuera y se anticipan a la actuación de las instituciones.

Tabla 6. Atribución de responsabilidad según etapa (en porcentaje)

	Fase aguda		Resolución
	Primer momento	Segundo momento	
Teresa Romero	5,6	0	0
Hospital Carlos III	16,7	0	0
Infortunio	77,8	100	100
TOTAL	100	100	100

También las dos etapas que se identifican dentro de la fase aguda permiten observar que en torno al día 10 de octubre se produce un cambio radical en la gestión de la crisis y de sus aspectos comunicativos, en esta ocasión referidos a la atribución de responsabilidad (tabla

6). Entre el 6 y el 10 de octubre se encuentran casos de atribución de responsabilidad a Teresa Romero (5,6%) y al Hospital Carlos III de Madrid (16,7%).

No son cifras elevadas comparando con el 77,8% de identificación del infortunio como causa de la crisis. Sin embargo, llama la atención que existan esos porcentajes de asignación de culpa a la propia víctima contagiada por el virus y al hospital que la está tratando.

A partir del día 10 esto cambia radicalmente y no existe ninguna comunicación por parte de las instituciones que haga una lectura de la crisis de salud pública más allá del infortunio. Este planteamiento se mantiene hasta el final de la crisis.

Tabla 7. Víctimas son el centro según etapa (en porcentaje)

	Fase aguda		Resolución
	Primer momento	Segundo momento	
Sí	38,9	91,7	74,5
No	61,1	8,3	25,5
TOTAL	100	100	100

Sucede algo similar con la ubicación de las víctimas en el centro de los mensajes, reflejado en la tabla 7. Antes del día 10 de octubre, apenas centraban el 39% de las comunicaciones, más enfocadas a cuestiones relativas a los protocolos de actuación y aspectos políticos. A partir de esa fecha, esta situación da un giro y las víctimas son la cuestión prioritaria en el planteamiento comunicativo en el 91,7% de las ocasiones.

Tabla 8. Claridad de los aspectos técnicos según etapa (en porcentaje)

	Fase aguda		Resolución
	Primer momento	Segundo momento	
Sí	33,3	71,4	100
No	66,7	28,6	0
TOTAL	100	100	100

De nuevo, el cambio en la gestión comunicativa de la crisis se observa en otra de las cuestiones que es fundamental cuidar en una crisis de salud pública: la claridad de la información técnica. Una realidad técnicamente tan poco próxima a la cotidianidad de cualquier ciudadano, como es el ébola, requiere de una mayor y más cuidada contextualización y explicación por parte de los responsables de gestionar el problema. El hecho de que en el primer *impasse* de la fase aguda el perfil de los portavoces fuera

eminentemente político incide directamente en una menor claridad en la exposición de los aspectos técnicos (33,3%), frente al 71,4% del segundo momento y el 100% de la fase de resolución.

5. CONCLUSIONES

Como se ha explicado, el objetivo principal de esta investigación consiste en conocer cómo fue la gestión comunicativa de esta crisis por parte de las instituciones competentes (Gobierno de España y Gobierno de la Comunidad de Madrid), con el fin de caracterizar su estrategia comunicativa. No debe perderse de vista que se trata de una primera aproximación al objeto de estudio, por lo que las conclusiones que aquí son únicamente un primer paso. De hecho, los resultados de este trabajo abren la puerta a futuras investigaciones que la complementen y profundicen en otros aspectos comunicativos, dibujando así un mapa más detallado y preciso de la gestión comunicativa de la crisis del ébola en España.

En términos generales, hay un rasgo global que caracteriza la respuesta comunicativa de las instituciones en esta crisis: existe una clara diferencia entre la gestión comunicativa del primer momento de la fase aguda (días 6 a 10 de octubre) y la del segundo tiempo (del 10 al 19 de octubre).

El primer momento viene determinado por el perfil político de los portavoces, que no centran el mensaje en las víctimas o en la explicación técnica del contagio y de la enfermedad, sino que se escoran hacia cuestiones secundarias y políticas, como la atribución de responsabilidad o diversas polémicas sobre la efectividad de los protocolos y el nivel de preparación del sistema sanitario para hacer frente a un contagio de este tipo. Son el comité de crisis y la Ministra de Sanidad Ana Mato los portavoces principales de las acciones comunicativas de esta etapa, que tienen un carácter más reactivo y con un formato cara a cara más frecuente que en las siguientes etapas. Si bien se controla la información, hay mucha más incertidumbre al centrarse una buena parte de la comunicación en aspectos secundarios y polémicos.

La estrategia comunicativa desplegada en este primer momento no funciona, por lo que el Gobierno decide cambiarla a mitad de la fase aguda. Se traslada la responsabilidad de la gestión desde el Ministerio de Sanidad a la Vicepresidenta del Gobierno y el Comité científico de asesoramiento, portavoz principal este último a partir de entonces.

El segundo momento responde a un patrón completamente diferente: el perfil de los portavoces es técnico y los mensajes están centrados en las víctimas, con claras explicaciones de los aspectos médicos y sanitarios. Desaparecen completamente del contenido de los mensajes las polémicas sobre la responsabilidad del contagio, la adecuación de los protocolos de actuación y la preparación del Hospital Carlos III y su personal sanitario.

La gestión de la comunicación de la crisis experimenta así un viraje de lo político a lo técnico-sanitario, y la crisis pasa de ser una cuestión política a un problema de salud pública. El mensaje define la crisis con acierto y claridad. Lo que importa es cómo se está solucionando, el estado de salud de los afectados y las medidas de prevención para evitar futuros contagios. La comunicación es proactiva y circula principalmente a través de notas de prensa, rebajando así la intensidad de la comunicación cara a cara (comparecencias, ruedas de prensa y canutazos) y ejerciendo un mayor control sobre el mensaje.

El Gobierno supo redirigir la situación cuando vio que la gestión comunicativa estaba fallando y más que controlar la crisis estaba contribuyendo a aumentar la alarma social. Sin embargo, lo idóneo habría sido que la estrategia comunicativa hubiera sido la acertada desde el estallido de la crisis con el contagio de la auxiliar de enfermería. Está claro que la estrategia inicial fue errónea y que la apuesta del Gobierno por delegar en Ana Mato y el Comité de crisis la comunicación no fue la más apropiada. De hecho, la elección de esta Ministra como primer portavoz pudo influir negativamente en la dimensión pública de la crisis, pues Ana Mato arrastraba un fuerte desgaste como miembro del Ejecutivo por su supuesta vinculación en casos de corrupción. Este factor pudo haber sido uno más a tener en cuenta en su falta de credibilidad como portavoz, en este caso.

En cualquier caso, aunque se fue reconduciendo, se trató de una gestión comunicativa confusa en su arranque, con muchos portavoces en escena y con un nivel inicialmente alto de incertidumbre, generada por la ausencia de datos claros y unívocos y el ruido de las polémicas nacidas en torno al contagio.

La crisis se resolvió satisfactoriamente con la curación de la auxiliar de enfermería y con el negativo en las pruebas de contagio de todas las personas que habían estado en contacto con ella desde que mostró síntomas de la enfermedad hasta que se le diagnosticó. Sin embargo, la gestión comunicativa durante los primeros cuatro días tuvo consecuencias negativas, sobre todo en términos de imagen, para el Gobierno, el Ministerio de Sanidad

(sobre todo para su ministra Ana Mato), el Hospital Carlos III o incluso la propia Teresa Romero, además del impacto económico que tuvo en el sector turístico español, fruto de la incertidumbre generada por el contagio y la alarma social vista desde los países de nuestro entorno.

Se comprueba así que los temas de salud pública generan un contexto de crisis que permite un muy escaso o nulo margen de error en términos comunicativos, pues la opinión pública se muestra hipersensibilizada dada la naturaleza de la crisis y el presumible riesgo percibido de verse afectada por ella. Como se puede observar en el caso del ébola analizado en esta investigación, en este tipo de crisis se genera una alarma social que no se ajusta a la realidad, sino que la supera: en esta ocasión se vivió una verdadera crisis con consecuencias políticas y sanitarias reales y negativas en varios frentes, mientras que el desenlace fue positivo, dado que la única persona contagiada consiguió curarse.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ~ ALCAT, E. (2005). *Y ahora, ¿qué? Claves para gestionar una crisis y salir fortalecido!* Barcelona: Empresa Activa.
- ~ ALCAT, E. (2009). *Seis recetas para superar la crisis*. Barcelona: Alienta.
- ~ ARROYO L. y YUS, M. (2007). *Los cien errores de la comunicación en las organizaciones*. Madrid: ESIC.
- ~ AYUSO, J. (2005). Información en situaciones de crisis sanitaria. En Cuesta, U.; Ugarte, A. y Menéndez, T. (coords.): *Comunicación social y salud*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 47-54.
- ~ BABÍN, F. A. (2005). Factores que desencadenan las crisis. Tipos de crisis. Una visión desde la Administración de Salud Pública. En Cuesta, U.; Ugarte, A. y Menéndez, T. (coords.): *Comunicación social y Salud*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 99-106.
- ~ CASERO, A. (2009). *La construcción mediática de las crisis políticas*. Madrid: Fragua.
- ~ CUESTA, U.; UGARTE, A. y MENÉNDEZ, T. (2005) (coords.). *Comunicación social y Salud*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- ~ GÓMEZ, P. (2012). ¿Crisis sanitarias o crisis mediáticas? En *Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve*, 25, 29-46.
- ~ GONZÁLEZ, A. (1998). *Marketing preventivo: la comunicación de crisis en la empresa*. Barcelona: Bosch.

- ~ GÜELL, O. (2005). ¿Qué es una crisis? En Cuesta, U.; Ugarte, A. y Menéndez, T.: *Comunicación social y Salud*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 55-62.
- ~ KRIPPENDORF, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- ~ LÓPEZ-QUESADA, M. (2003). *¡Estamos en crisis! Lecciones prácticas sobre la gestión de situaciones de crisis en las organizaciones*. Madrid: Cie Dossat.
- ~ LOSADA, J. C. (2010). *Comunicación en la gestión de crisis. Lecciones prácticas*. Barcelona: UOC.
- ~ MARÍN, F. (2009). *Comunicación de crisis*. Madrid: LID.
- ~ MARTÍNEZ SOLANA, Y. (2004). La crisis de las ‘vacas locas’ en España: la necesidad de una información sanitaria responsable. En *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 10, 139-158.
- ~ MARTÍNEZ, P. (2006). Crisis sanitarias y medios de comunicación. En *Revista de Administración Sanitaria*, 4(3), 437-448.
- ~ PIÑUEL, J. L. (1997). *Teoría de la comunicación y gestión de las organizaciones*. Madrid: Síntesis.
- ~ REYES, M. (2005). Dar la cara genera confianza. En Cuesta, U.; Ugarte, A. y Menéndez, T.: *Comunicación social y Salud*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 93-98.
- ~ RODRÍGUEZ R. (2011). La efectividad del uso del miedo como factor persuasivo en la comunicación de riesgos en crisis sanitarias. En *Revista de Comunicación y Salud*, 1(2), 33-46.
- ~ SAURA, P. (2005). *La gestión y la comunicación de crisis en el sector de alimentación y bebidas*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.