

De la comunicación de riesgos a la comunicación de crisis. La OMS en el caso de la gripe A (H1N1)

Verónica Rocamora

Abstract

En la última década, la OMS ha trabajado fuertemente en el desarrollo de una preparación para enfrentar posibles pandemias de gripe, en la que la comunicación ha sido un aspecto relevante. Si bien la organización obtuvo una rápida respuesta internacional ante la gripe A (H1N1) y de acuerdo a lo planificado, a medida que avanzó la enfermedad se vio enfrentada a duros cuestionamientos que la llevaron a salir al encuentro de las críticas. Los cambios se vieron reflejados en su discurso y modelo de comunicación, el cual pasó de estar basado en los principios de comunicación de riesgos a un enfoque de comunicación de crisis. En este artículo se aborda la diferenciación de ambos conceptos, que no sólo tienen orígenes y desarrollos diferentes, sino que implican una concepción distinta en la relación de una organización con su entorno.

A partir del análisis de los comunicados oficiales de la Directora de la OMS y de las notas informativas del organismo publicadas durante la pandemia, se buscó rastrear las claves de estos cambios, comprender la forma en que la OMS caracterizó el riesgo y cómo cambió su relación con el entorno.

Palabras clave: comunicación de crisis, comunicación de riesgos, OMS, gripe A (H1N1)

1. Introducción:

El 11 de junio de 2009 la directora de la OMS, Margaret Chan, elevó el nivel de alerta de la gripe A (H1N1) a su punto más alto y de esta forma, declaró el comienzo de la primera pandemia del siglo XXI. El brote había comenzado un par de meses antes en México y prácticamente desde su inicio, la enfermedad había alcanzado el estatus de riesgo para la salud pública internacional.

La respuesta global no se hizo esperar, tanto los países afectados como los que buscaban evitar el contagio, tomaron medidas extraordinarias, como la declaración de alertas sanitarias, el cierre de lugares públicos, la suspensión de clases en las escuelas o la restricción de ingresos en aeropuertos. Además, muchos gobiernos se embarcarían posteriormente en una verdadera

carrera por la compra de antiviricos y vacunas. La pandemia se desarrolló bajo la atenta vigilancia de la OMS, así como de los gobiernos de cada país y los medios de comunicación a nivel global.

Tanto la rápida respuesta internacional como el sistema de vigilancia no fueron improvisados, sino que formaron parte de la preparación que la OMS había desarrollado en la última década, en el marco del Programa Global contra la Influenza, especialmente, tras los casos de gripe aviar H5N1 en 1997 y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) en 2003.

Un aspecto relevante de esa preparación fue la planificación de estrategias de comunicación para enfrentar posibles pandemias de gripe. La OMS desarrolló normas, manuales y guías dirigidas al personal de comunicaciones de organismos públicos y a periodistas, a la vez que realizó talleres y capacitaciones.

Si bien durante el desarrollo de la pandemia de gripe A (H1N1), tanto las acciones generales como las específicas de comunicación se realizaron de acuerdo a lo preestablecido por la OMS, a partir de julio de 2009 el organismo comenzó a sufrir duros cuestionamientos. Entre las principales críticas se acusó a la OMS de crear alarma excesiva, de falta de transparencia, de cambiar la definición de pandemia e, incluso, de conflicto de intereses con la industria farmacéutica. Esto obligó a la OMS a realizar modificaciones y a salir al encuentro de estas acusaciones que amenazaban con afectar la credibilidad y confianza en el organismo, activando mecanismos de investigación como el Comité de Examen e incluso, teniendo que declarar ante el Consejo de Europa sobre su actuación en la gestión de la pandemia.

Los cambios que la OMS incorporó en la gestión de la pandemia, también se reflejaron en su forma de comunicarse y relacionarse con los distintos públicos, pasando de una comunicación de riesgos, centrada en el entorno, a una comunicación de crisis, focalizada en la defensa institucional.

En este artículo se busca diferenciar los conceptos de comunicación de crisis y comunicación de riesgos, ya que implican enfoques y prácticas diferentes, aunque en muchos casos se utilicen indistintamente. El caso de la gripe A (H1N1) nos permite analizar ambas dimensiones y abrir cuestionamientos sobre las implicancias que tienen estos modelos de comunicación en un organismo que vela por la salud pública internacional.

En el artículo expondremos algunos de los resultados de una investigación en el que se analizaron las declaraciones oficiales de la Directora de la OMS y las Notas Informativas¹ que emitió el organismo. El período de análisis abarcó desde el 29 de abril de 2009, cuando se emitieron las primeras declaraciones sobre la gripe A (H1N1), hasta el 10 de agosto de 2010, cuando se declaró el fin de la pandemia. De esta forma, se buscó analizar el ciclo completo de esta emergencia de salud.

2. Aspectos teóricos

Tal como se señaló anteriormente, la comunicación de riesgos y la comunicación de crisis tienen enfoques diferentes, lo que es necesario tener en cuenta para entender sus implicancias en la relación de una organización con su entorno.

2.1 Comunicación de riesgos

Los riesgos no son nuevos y su comunicación tampoco, ya que siempre han existido catástrofes naturales, accidentes y enfermedades, en los que distintas entidades han participado a la hora de evaluarlos, gestionarlos y comunicarlos. Sin embargo, desde la década del sesenta y, especialmente, a partir del desarrollo de la energía nuclear se han ido gestando riesgos con características distintivas. Para hablar de estos cambios Ulrich Beck (2006) desarrolló el concepto de “sociedad del riesgo”. Para este autor estaríamos en una etapa en la que se han suprimido las diferencias y categorías establecidas en la modernización industrial y habríamos entrado en una modernización reflexiva en la que reinaría la lógica del riesgo. Las nuevas amenazas serían producto del desarrollo avanzado y de la tecnología. Se trata de riesgos globales, que no respetan fronteras, grupos o clases sociales, por lo que podrían afectar a cualquiera y en cualquier lugar.

La evolución de la comunicación del riesgo está ligada a las modificaciones que ha sufrido la conceptualización misma del riesgo y en la que se pueden identificar tres enfoques predominantes: científico-economicista, psicológico y sociológico.

El primero parte con la necesidad de cierta elite científico-experta de explicar a la sociedad (no experta) los avances tecnológicos, especialmente en materia de energía nuclear, en busca de su aceptabilidad. Dentro de este enfoque Bruna de Marchi (2009) destaca el modelo desarrollado

¹ Se analizaron las Notas Informativas desde la N°1 a la N°21 correlativamente, a excepción de la N°15, ya que no se encontraba publicada sólo en inglés y consideramos que todas las unidades de análisis debían ser comparables y con características similares.

por Chauncey Starr que buscó establecer una relación entre el riesgo y los beneficios de algunas actividades, cuantificándola en términos económicos. De acuerdo a esta visión el riesgo sería algo objetivo y medible universalmente, por lo que podrían buscarse criterios racionales de aceptabilidad de acuerdo a las probabilidades y consecuencias (López y Luján, 2000). Por lo tanto, en este enfoque la comunicación se centra en lograr que quienes poseen “el conocimiento” expliquen al resto de la sociedad estos criterios y así las personas podrían aceptar o rechazar los riesgos en base a esta información. Sin embargo, el problema se presenta cuando las personas no los aceptan de acuerdo a los criterios racionales que se les exponen.

El enfoque psicológico aborda justamente esta problemática al tratar de entender qué aspectos influyen en las personas a la hora de percibir y aceptar riesgos. Algunos de los factores más relevantes estudiados son: la voluntariedad de las personas a someterse a un riesgo; la percepción de control; la familiaridad y conocimiento sobre un riesgo determinado; la proximidad en el tiempo y el espacio; el potencial catastrófico y la posibilidad de compensación (López y Luján, 2000). Por lo tanto, dentro del enfoque psicológico, la gestión de la comunicación hace hincapié en los factores que influyen en la percepción del riesgo. En este punto Bruna de Marchi (2009) señala que la atención de los expertos estaría centrada en la probabilidad, mientras que la ciudadanía se focaliza en las consecuencias.

Al poner el acento en la representación cognitiva individual estaríamos frente a lo que se denomina “riesgo subjetivo” que de alguna forma se complementa con el “riesgo objetivo” del enfoque científico-economicista. De esta forma, tendríamos el riesgo objetivo definido por la elite experta de acuerdo a criterios científicos y por otra, no siempre coincidente, el riesgo subjetivo percibido por las personas de acuerdo a su historial y su contexto.

Por otra parte, en el enfoque sociológico el riesgo no sería ni objetivo ni subjetivo, sino que se trataría de “construcciones sociales que dependen de factores socioculturales vinculados a estructuras sociales dadas” (López y Luján, 2000, p.72). En esta línea, el énfasis está puesto en aquellas condiciones sociales y culturales que hacen que determinados riesgos sean predominantes en un grupo social mientras que otros sean ignorados. Desde esta perspectiva, las personas individualmente no tendrían un contacto directo con los riesgos sino que tomarían vital importancia aspectos como los procesos de comunicación. Los riesgos llegarían a través de la ciencia, los gobiernos, las ONGs o los medios de comunicación y dependerían de factores como los valores sociales, el tratamiento de los medios o la confianza en las instituciones (López

y Luján, 2000). Por lo tanto, la comunicación jugaría un rol no solo en las etapas de gestión del riesgo sino en el proceso de construcción de un hecho como socialmente relevante.

Llegados a este punto cabe agregar otro nivel de complejidad. Reconociendo a los riesgos como construcciones sociales, algunos autores como Moles y García (2009) señalan la dificultad que implicaría su comunicación, ya que más allá de la intrínseca incertidumbre de esta materia, sería necesario reconocer el rol de la comunicación en la construcción social de esos riesgos. Entre los elementos que deberían tenerse en cuenta están la capacidad de ciertas organizaciones para identificar y transmitir qué riesgos son relevantes, la evaluación de los riesgos que se realiza a través de los medios de comunicación o la negociación de su aceptabilidad. Estos aspectos generalmente no se abordan, por lo que más que comunicación de riesgos, Moles y García señalan que lo que habitualmente se hace es comunicar el sistema de gestión de riesgos.

Así, las previsiones se refieren normalmente al modo cómo hay que comunicar y se incluyen en documentos de los denominados “manuales de comunicación del riesgo” en el que se recogen informaciones con el objetivo de definir los riesgos potenciales y darlos a conocer de modo inteligible a la población afectada, así como generar conciencia del riesgo para preparar a la población (Moles y García, 2009, p. 294).

Además, los actores implicados no suelen ser reflexivos sobre su rol en los procesos de construcción de riesgos, especialmente la ciencia y el conocimiento experto que suele autodefinirse como “neutrales” o “técnicos”. Respecto al saber científico Beck (1986) entiende que su significación va más allá del aspecto técnico:

De una manera similar crece el significado social y político del saber y, por tanto, el poder sobre los medios que lo configuran (la ciencia y la investigación) y lo difunden (los medios de comunicación de masas). En este sentido, la sociedad del riesgo es también la sociedad de la ciencia, de los medios y de la información (Beck, 1986, p. 66).

Más adelante, veremos que la estrategia y definición de comunicación de riesgo que sigue la OMS están más cercanas a lo que hemos señalado como “comunicación del sistema de gestión de riesgos”.

2.2 Comunicación de crisis

Si bien todo riesgo, entendido como la probabilidad de que un hecho negativo suceda sin conocer exactamente sus consecuencias, puede desencadenar una situación de crisis, no es lo

mismo hablar de comunicación de riesgos y de comunicación de crisis. Tampoco se trata de una diferenciación de orden cronológico en el que la comunicación de riesgos se ubicaría en el plano preventivo y que la comunicación de crisis entre en acción cuando surge una situación de emergencia. Tal como veremos a continuación, estos conceptos tienen raíces diferentes, pero lo más relevante es que implican enfoques distintos respecto a las relaciones de las organizaciones con su entorno.

Tal como se señaló anteriormente, el desarrollo de la comunicación de riesgos ha estado relacionado con los cambios que han sufrido la conceptualización del riesgo. En cambio, la comunicación de crisis se enmarca en el ámbito corporativo y se ha desarrollado al amparo de la comunicación estratégica.

Numerosos autores (Piñuel, 2002; Saura, 2005; Enrique et al, 2008) coinciden en algunos elementos a la hora de definir "crisis". Se trataría de un cambio inesperado o una situación grave que puede afectar la imagen o el normal funcionamiento de una empresa u organización, y que alcanza una mayor relevancia cuando se ven involucrados los medios de comunicación. Por lo tanto, la comunicación tendría el rol de ayudar a atenuar el impacto en la imagen, funcionamiento y reputación de la organización.

La apuesta de la comunicación en una crisis es, así, doble: se trata por una parte de frenar la crisis sirviéndose de la comunicación para aportar reacciones efectivas frente al acontecimiento que la originó, y, por otra, se trata de que la pérdida de crédito y de capital en imagen que la crisis ocasiona, sea mínimo (Piñuel, 2002, p. 8).

Las crisis presentarían ciclos que generalmente se dividen en tres etapas: pre crisis, etapa aguda y postcrisis, aunque algunos autores también agregan otras como la etapa crónica, para los casos en que no se resuelven adecuadamente.

Las propuestas para gestionar la comunicación de crisis, en general, hacen hincapié en la necesidad de trabajar en la etapa de pre crisis para establecer una reputación corporativa y generar canales de comunicación con los distintos públicos interesados o *stakeholders*. En la etapa aguda serían fundamentales acciones para contener la crisis y evitar el daño de imagen como la unificación de discursos, la designación de portavoces, la atención especial a periodistas, el seguimiento de la prensa, la contención de rumores, el manejo de la comunicación interna, etc. Por último, la etapa postcrisis serviría para sacar conclusiones, evaluar los posibles daños a la imagen de la organización y efectuar planes de recuperación.

De esta forma, en la relación que toda organización tiene con su entorno, la comunicación de crisis implica un enfoque defensivo que se focaliza en la organización, especialmente, en el cuidado de su imagen y reputación. Esto no quiere decir que en muchos casos no estén definidas políticas o estrategia de buenas relaciones con la comunidad.

Pese a que el modelo supone una declaración de buenas intenciones por parte de la industria, diversos autores critican las verdaderas intenciones o motivaciones que hay detrás de las prácticas corporativas. Desde ese punto de vista, el modelo esconde simplemente un mecanismo de defensa empresarial que no siempre tiene por qué estar pensado para evitar el riesgo social (daños sobre la población), sino para minimizar los daños simbólicos sobre la organización. Además, este tipo de prácticas se han trasladado a las administraciones públicas, vaciando de contenido las prácticas de comunicación de riesgo y convirtiéndose en meras estrategias de relaciones públicas (Gonzalo y Farré, 2011, p. 112).

3. Análisis de caso: la estrategia de comunicación de la OMS en el caso de la gripe A (H1N1)

La gripe A (H1N1) es un caso que nos permite analizar la forma en que se aplicaron y se desarrollaron los enfoques de comunicación de riesgo y de crisis antes expuestos. Para ello, en primer lugar señalaremos algunos de los principales lineamientos de su estrategia de comunicación y los principios en los que se basa.

3.1 Comunicación para una pandemia

La preparación contra una pandemia de influenza de la OMS se basa en una estrategia general que denomina “de toda la sociedad”, en la que se destaca no solo la importancia de la participación del sector de la salud, sino de los demás sectores, las personas, las familias y las comunidades (OMS, 2009). Siguiendo esta estrategia, el organismo considera que la gestión de la comunicación es transversal a todos los sectores y que su foco de atención debe estar centrado en el público. Por lo tanto, recomienda el desarrollo de planes de comunicación que se dirijan a todos los sectores, diferenciados según las etapas de una pandemia.

La meta de la comunicación antes de una pandemia y durante la misma es suministrar e intercambiar información pertinente con el público, los socios estratégicos y otros

interesados directos para que éstos puedan tomar decisiones bien fundamentadas y medidas apropiadas para proteger la salud y la seguridad (OMS, 2009, p. 43).

La OMS reconoce que en materia comunicacional, su marco de referencia es la comunicación de riesgos. El organismo estableció los principios y las mejores prácticas que deben guiar la comunicación en casos de pandemias y el resultado se plasmó en el documento “Normas de comunicación de brotes epidémicos de la OMS” (2005b), en el que se establecen los siguientes puntos clave a seguir:

- a) **Confianza:** comunicarse con las personas para que se fomente, mantenga o recupere la confianza. Cuanto menos confíen en quienes deben protegerlos, menos seguirán sus indicaciones. El documento señala la importancia de establecer previamente un triángulo de confianza entre quienes están a cargo de las comunicaciones, el personal técnico y las autoridades encargadas de formular políticas públicas. Esta relación sería fundamental, ya que frente a una situación crítica hay medidas que pueden ser contra intuitivas como, por ejemplo, declarar que se está en una situación de incertidumbre. La OMS señala la importancia de crear mecanismos de responsabilización, participación y transparencia.
- b) **Anuncios tempranos:** en el primer anuncio se establecerían los parámetros de confianza, por lo que éste debe ser franco para evitar rumores e información errónea. Los anuncios deben hacerse cuando el comportamiento de la ciudadanía ayude a reducir el riesgo o contener un brote. La organización señala que debido a lo incompleta o errónea que puede ser la información oficial, es importante para la confianza admitir públicamente que estas situaciones pueden cambiar.
- c) **Transparencia:** la información debe ser veraz, comprobable fácilmente, completa y atenerse exactamente a los hechos. La OMS señala que la transparencia en sí misma no garantiza la confianza, ya que debe ir acompañada con la toma de medidas adecuadas.
- d) **Comprensión de la audiencia:** si se desconoce lo que la gente piensa no es posible cambiar creencias preexistentes o idear mensajes que acerquen a quienes poseen el conocimiento experto con la ciudadanía.

En sus inicios, la comunicación de los riesgos se proponía informar al público sobre las decisiones técnicas (la estrategia conocida como “decidir y contar”). Hoy en día, los encargados de comunicar riesgos enseñan que la comunicación de crisis es un diálogo (OMS, 2005b, p. 5).

Por lo tanto, quien está a cargo de la comunicación debe comprender las creencias, opiniones y conocimiento de los riesgos que tiene la ciudadanía, además de tener en cuenta sus inquietudes. Por último, la OMS señala que los contenidos de los mensajes deben incluir información sobre lo que la gente puede hacer para aumentar su seguridad, ya que esto permite que las personas piensen que tienen más control sobre su salud.

- e) **Planificación:** la OMS señala que la comunicación de riesgos es más eficaz cuando se integra con el análisis y gestión de los riesgos. La organización destaca la importancia de preparar planes de comunicación de riesgos que estén integrados desde el principio a la gestión y no ser una acción final de comunicación de decisiones.

A partir de la definición general de su estrategia y de los principios que guían su actuación, se observa que dentro de la relación que la OMS mantiene con su entorno, el foco de la comunicación estaría centrado en este último y no en el cuidado de la imagen del organismo.

3.2 Resultados del análisis de contenido

En este apartado expondremos algunos de los resultados de una investigación en la que se analizaron las declaraciones oficiales de la Directora de la OMS y las Notas Informativas² que emitió el organismo. El período de análisis abarcó desde el 29 de abril de 2009, cuando se emitieron las primeras declaraciones sobre la gripe A (H1N1), hasta el 10 de agosto de 2010, cuando se declaró el fin de la pandemia.

Los contenidos del discurso de la OMS, especialmente la forma en que se caracterizó el riesgo, fueron variando a medida que se desarrolló la enfermedad, dividiéndose en cuatro etapas. Las tres primeras se corresponden con el inicio, ascenso y descenso de la enfermedad. Los primeros

² Se analizaron las Notas Informativas desde la N°1 a la N°21 correlativamente, a excepción de la N°15, ya que no se encontraba publicada sólo en inglés y consideramos que todas las unidades de análisis debían ser comparables y con características similares.

comunicados se caracterizaron por los anuncios tempranos, el reconocimiento de la incertidumbre y una continua publicación de declaraciones y notas informativas. “También sabemos que esa panorámica inicial puede cambiar muy deprisa. Es el virus quien dicta las reglas, y éste, como todos los virus de la gripe, puede cambiarlas en cualquier momento, sin ton ni son” (Chan, 11 de junio de 2009).

La cuarta etapa surge a raíz de las críticas a la actuación de la OMS. Se caracteriza por disminución de la publicación de comunicados e, incluso, con largos períodos de silencio institucional. Además, la OMS mantiene algunas decisiones a pesar de ser interpretadas como “poco transparentes”, como es el caso de no revelar los nombres de algunos asesores hasta que finalizara la pandemia.

Tras considerar esos aspectos, la OMS decidió seguir su práctica habitual de revelar los nombres de los expertos una vez concluida la labor del órgano consultivo. Los propios miembros acogieron con agrado esa decisión pues la interpretaron como una medida de protección, no como un intento de mantener en secreto sus deliberaciones y decisiones....La OMS es hoy plenamente consciente de que esa decisión ha alimentado la sospecha de que las recomendaciones del Comité podrían estar influidas por presiones o intereses comerciales (OMS, 10 de junio de 2010).

3.2.1 Caracterización y evolución del riesgo

A continuación analizaremos la forma en que la OMS caracterizó el riesgo y cómo fue su evolución en estas etapas. Para ello, tomaremos como categorías el objeto del riesgo (aquello que produce el daño), el daño (las consecuencias que produce el objeto del riesgo), sujeto del riesgo (quien sufre o puede sufrir el daño) y responsables (aquellas instituciones o personas en las que recae la responsabilidad de actuar para evitar un daño).

a) Objeto del riesgo

Al analizar el objeto del riesgo se observa que en las tres primeras etapas se trató del virus H1N1, el cual a medida que la enfermedad fue avanzando, fue caracterizado de forma distinta. En sus inicios, el virus H1N1 fue asociado discursivamente con las pandemias de gripe en general (altamente contagiosas) y específicamente, con el virus de la gripe aviar H5N1 (con alto índice de mortalidad). La etapa inicial está marcada por la incertidumbre sobre el

comportamiento del virus, su relación con el H5N1 y el incierto alcance de la pandemia, “como todos ustedes saben, el virus H5N1 de la gripe aviar es endémico en las aves de corral de algunas partes del mundo, donde está muy afianzado. Nadie puede predecir cómo influirá una pandemia en el comportamiento de este virus” (Chan, 15 de mayo de 2009).

En la segunda etapa, remiten las referencias a otras pandemias y virus para dar paso a una caracterización del virus H1N1 como nuevo (y por lo tanto, impredecible e incierto) y altamente contagioso.

En la tercera etapa se reconoce que ha pasado el momento álgido de la pandemia pero se sigue presentando el objeto del riesgo como amenazante, ya que se ha convertido en la cepa dominante y se señala que existe la posibilidad de una segunda oleada. Disminuye la incertidumbre y se presentan riesgos específicos aunque esporádicos como la farmacorresistencia, las mutaciones del virus o los posibles riesgos asociados a la vacunación masiva.

En la cuarta etapa es donde se observa el cambio de enfoque. El objeto del daño que aparece en el discurso ya no está centrado en el virus H1N1 (aunque no desaparece) sino en las críticas a la actuación de la OMS. Entre las fuentes de las críticas que se mencionan explícitamente se encuentran los medios de comunicación, la revista BMJ (especializada para profesionales de la salud) y la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Entre los principales cuestionamientos se destacan el conflicto de intereses entre algunos asesores y la industria farmacéutica; el ocultamiento de los nombres de los miembros del Comité de Emergencias (falta de transparencia); las comparaciones de las muertes provocadas por el virus H1N1 y la gripe estacional; la provocación de temores injustificados y los cambios de definición de pandemia realizado por la OMS. Todas estas acusaciones son calificadas por la OMS como engañosas y en algunos casos como comprensibles pero infundadas. “Hay que responder también a la insinuación de que la OMS provocó temores injustificados. Los hechos registrados dicen lo contrario, y no se prestan a interpretaciones” (Chan, Margaret, 8 de junio de 2009).

En esta etapa el virus H1N1 aparece como objeto de riesgo pero en el contexto de reafirmar los argumentos de defensa de la actuación de la OMS, por ejemplo, se lo caracteriza diferenciándolo de la gripe estacional o reafirmando las características que lo convirtieron en una amenaza.

b) Daño

Durante las tres primeras etapas del discurso observamos que si bien el daño presente es calificado como “moderado” o “leve”, es el futuro el que se señala como incierto y con posibilidades de empeorar. Cuando se presenta la idea de “daño leve” para la mayoría de los casos, a continuación (generalmente en el mismo párrafo) se introduce una idea contrastante que señala la posibilidad de “daño grave”.

Se considera que en estos momentos la pandemia es moderadamente grave, pues la mayoría de los pacientes sufren una afección que remite espontáneamente y no deja secuelas. No obstante, algunos grupos —como las embarazadas, las personas aquejadas de asma y otros trastornos crónicos y quienes padecen una obesidad patológica— tienen un riesgo mayor de sufrir un cuadro grave e incluso morir a consecuencia de la gripe (OMS, 14 de julio de 2009).

En cambio, en la cuarta etapa casi no se hace referencia a las consecuencias de las críticas. En un caso se menciona el efecto que puede tener en los lectores la editorial de BMJ (ámbito médico) al dejar la “sensación” de que la OMS ha favorecido a la industria. Sin embargo, se puede inferir que el daño de cuestionar la actuación del organismo es el de afectar la credibilidad y la confianza en la institución.

No cabe duda de que el artículo y el editorial del BMJ dejarán a muchos lectores con la sensación de que la decisión de la OMS de declarar la pandemia estuvo influida, al menos parcialmente, por el deseo de multiplicar los beneficios de la industria farmacéutica. Sin embargo, lo cierto es que las decisiones de elevar el nivel de la alerta de pandemia se basaron en criterios virológicos y epidemiológicos definidos con claridad (Chan, 8 de junio de 2010).

c) **Sujeto del riesgo**

La descripción del sujeto del riesgo varía de acuerdo a la evolución de la enfermedad. En la primera etapa se presenta a todos los seres humanos como sujeto amenazado. “Ciertamente, es la humanidad entera lo que está amenazada durante una pandemia” (Chan, Margaret, 29 de abril de 2009). En las etapas posteriores, se señala a grupos específicos, entre quienes estarían, en primer lugar, los jóvenes y personas de mediana edad; en segundo, los denominados “grupos de riesgo” como embarazadas y personas con enfermedades previas; por último, el grupo más inquietante estaría compuesto por personas jóvenes y sanas que desarrollan una variante grave de la enfermedad que puede llegar a ser mortal. “A pesar del panorama en gran medida

tranquilizador, un reducido número de personas por lo demás sanas, generalmente menores de 50 años, sufren una gripe que se agrava rápidamente y a menudo causa la muerte” (OMS, 31 de julio de 2009).

Sin embargo, en la cuarta etapa el enfoque cambia y se señala como sujeto del riesgo (de las críticas y acusaciones) a la OMS, a algunos de sus miembros como la Directora y a sus asesores, específicamente a los integrantes del Comité de Emergencias. “Dada la discrepancia entre lo que se preveía y lo que ha ocurrido, la búsqueda de motivos ocultos tras la actuación de la OMS y de sus asesores científicos resulta comprensible, pero carece de fundamento” (OMS, 3 de diciembre de 2009).

d) **Responsables**

Autores como López y Luján (2000) señalan que la diferencia entre riesgo y peligro radica en que si bien ambos están relacionados con la posibilidad de daño, el riesgo implica la percepción social de que un hecho es producto de decisiones u omisiones de un actor social y por lo tanto, está implícita la idea de responsabilidad.

En cuanto a las responsabilidades y las acciones derivadas, inicialmente se hace hincapié en la preparación que tienen los países para enfrentar este tipo de situaciones. Entre las acciones correspondientes a la OMS se señalan la vigilancia, el asesoramiento, la movilización de recursos para países en desarrollo y el nexos con los fabricantes de antivirales y vacunas. Una de las acciones más relevantes es la declaración de la pandemia, que de acuerdo a lo señalado por el Reglamento Sanitario Internacional (2005) es una tarea de la Directora del organismo, previa consulta de los asesores. “Por consiguiente, he decidido elevar el nivel de alerta de pandemia de gripe de la fase 5 a la fase 6. El mundo se encuentra ahora en el inicio de la pandemia de gripe de 2009” (Chan, 11 de junio de 2009).

Otros actores relevantes que la OMS señala en las etapas posteriores serán los gobiernos, las autoridades sanitarias y los profesionales de la salud, que además de las tareas relacionadas con la prevención y tratamiento de la enfermedad, cumplirían el rol de vigilar el comportamiento del virus y entregar información a la OMS. Estas etapas están marcadas por la elaboración de la vacuna por lo que la industria farmacéutica también es señalada como actor relevante. “Se prevé que para septiembre los fabricantes tendrán listas vacunas que podrán utilizarse. Varias empresas están trabajando en la producción de la vacuna antipandémica y tienen distintos cronogramas” (OMS, 24 de julio de 2009).

En cambio, en la cuarta etapa la principal acción que realiza la OMS es la de responder a las críticas en defensa de su actuación. Entre las acciones que aparecen explícitamente en los textos, se encuentran las medidas tomadas para el manejo de posibles conflictos de intereses; la defensa de los criterios establecidos para la declaración de pandemia; la diferenciación entre la gripe pandémica y la estacional; la conformación de un Comité de Examen y la disposición de información para su investigación. “En enero de 2010 propuse que se utilizara el Comité de Examen, un mecanismo independiente previsto en el Reglamento Sanitario Internacional, para evaluar el desempeño de la OMS durante la pandemia de gripe” (Chan, Margaret, 8 de junio de 2010).

3.3 Cuadro de síntesis

A partir de lo expuesto, se puede sintetizar cómo han evolucionado las categorías analizadas en las cuatro etapas de la siguiente forma:

	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
Objeto	Referencias anteriores: Pandemias y virus H5N1	Nueva gripe pandémica, muy contagiosa y que puede mutar mortalmente	Cepa dominante que continúa propagándose. Amenaza de segunda oleada	Críticas a la actuación de la OMS
Daño	Enfermedad que va de leve a grave (puede cambiar)	Mayoría: leve Otros: casos graves y mortales	Mayoría: leve Otros: casos graves y mortales	Menor credibilidad y confianza
Sujeto	Humanidad amenazada	Mayoría: jóvenes Grupos de riesgo Jóvenes y sanos	Mayoría: jóvenes Grupos de riesgo Jóvenes y sanos	OMS Asesores OMS Directora OMS
Responsables	OMS y países (preparación previa)	OMS, Gnos, autoridades sanitarias, ind. Farm.	OMS-Países-Autor. sanitarias-Médicos	OMS (defensa) Medios, BMJ Parlamento UE (Críticas)

4. Conclusiones

A medida que se desarrolló la pandemia de la gripe A (H1N1), el discurso de la OMS cambió su enfoque, el cual pasó de estar basado en la comunicación de riesgos a la comunicación de crisis, lo que implicó una forma diferente de entender la relación entre la organización y su entorno.

En un inicio, los comunicados se caracterizaron por seguir los principios de comunicación de riesgos que la OMS había establecido previamente, como los anuncios tempranos, la regularidad en la publicación o la aceptación de la incertidumbre. En las primeras etapas los contenidos se centraron en entregar información y recomendaciones necesarias para la toma de decisiones de otros actores, es decir, se focalizó en proteger el entorno.

Sin embargo, a raíz de las críticas, la OMS se fue alejando de estos principios y se acercó a un modelo de comunicación de crisis (aunque no lo denominó de esta forma) cambiando el foco de su discurso y centrándolo en la defensa de la organización. Los comunicados se volvieron menos regulares y en algunos casos, no se reveló información al público³, a pesar de que pudiera ser interpretado como falta de transparencia y mermar la confianza, dos de los valores centrales en la estrategia de comunicación del organismo. De esta forma, al adoptar este modelo de comunicación la OMS vació de sentido los principios que regían su comunicación.

Como cierre queremos dejar abierta la pregunta sobre la compatibilidad de ambos modelos en una institución como la OMS, cuya comunicación debe estar esencialmente centrada en su entorno o si es necesario superar esta dicotomía y pensar en un enfoque diferente.

³ El nombre de los asesores del Comité de Emergencias se hicieron públicos en el período posterior al análisis realizado.

5. Bibliografía

Beck, Ulrich (2006): *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.

De Marchi, Bruna (2009): "La comunicación del riesgo: lecciones del pasado y los desafíos del presente". En C. Moreno Castro (Ed.): *Comunicar los riesgos. Ciencia y tecnología en la sociedad de la información*. Madrid: Biblioteca Nueva/OEI, pp.19-35.

Enrique, Ana M. et al. (2008): *La planificación de la comunicación empresarial*. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona

Gonzalo, Juan Luis y Jordi Farré (2011): *Teoría de la comunicación de riesgo*. Barcelona: UOC.

López, José A. y J. L. Luján (2000): *Ciencia y Política del Riesgo*. Madrid: Alianza.

Moles, Ramón J. y A. García (2009): "In-comunicando el riesgo". En C. Moreno Castro (Ed.), *Comunicar los riesgos. Ciencia y tecnología en la sociedad de la información*. Madrid: Biblioteca Nueva/OEI, pp.277-296.

Organización Mundial de la Salud (2005a): "Reglamento Sanitario Internacional (2005)". [<http://www.who.int/ihr/es>, consultado el 23/03/10]

Organización Mundial de la Salud (2005b): "Normas de comunicación de brotes epidémicos de la OMS". [http://www.who.int/publications/list/WHO_CDS_2005_31/es, consultado el 19/06/10]

Organización Mundial de la Salud (2009): "Preparación y respuesta ante una pandemia". [http://www.who.int/csr/swine_flu/Preparacion_Pand_ESP.pdf, consultado el 10/03/10]

Organización Mundial de la Salud (2011): "Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional" (2005). [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-sp.pdf, consultado el 10/8/11]

Piñuel, José Luis (2002): "La comunicación corporativa de la gestión de Crisis". *Revista Comunicación y Psicotecnia*, 2, pp. 5-34.

Pilar Saura (2005): *La gestión y la comunicación de crisis en el sector de la alimentación y bebidas: el análisis del caso español, la referencia a Europa y a EE.UU., el modelo ideal preventivo C.I.C.L.E*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Declaraciones y notas informativas OMS

Chan, Margaret (29 de abril de 2009): “Gripe por H1N1”.

[http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090429/es/index.html ,

consultado el 1/06/10]

Chan, Margaret (15 de mayo de 2009): “Intercambio de virus gripales, acceso a las vacunas y otros beneficios”.

[http://www.who.int/dg/speeches/2009/pandemic_influenza_preparedness_20090515/es/index.html], consultado el 1/06/10]

Chan, Margaret (11 de junio de 2009): “El nivel de alerta de pandemia de gripe se eleva de la fase 5 a la fase 6”.

[http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/es/index.html], consultado el 1/06/10]

Chan, Margaret (8 de junio de 2010): “Carta de la Organización Mundial de la Salud a la redacción del BMJ”.

[http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/letter_bmj_20100608/es/index.html,

consultado el 1/06/10]

Organización Mundial de la Salud (14 de julio de 2009): “Recomendaciones de la OMS con respecto a las vacunas contra la gripe por A (H1N1)”. Nota informativa N° 2.

[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_vaccine_20090713/es/index.html,

consultado el 1/06/10]

Organización Mundial de la Salud (24 de julio de 2009): “Información preliminar importante para entender cómo evoluciona la situación”. Nota informativa N° 4.

[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_situation_20090724/es/index.html,

consultado el 1/06/10]

Organización Mundial de la Salud (31 de julio de 2009): “La gripe pandémica en las embarazadas”. Nota informativa N° 5.

[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_pregnancy_20090731/es/index.html,

consultado el 1/06/10]

Organización Mundial de la Salud (30 de octubre de 2009). “Un grupo de expertos aconseja a la OMS en materia de políticas y estrategias relacionadas con la vacuna antipandémica”. Nota informativa N° 14.

[\[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091030/es/index.html\]](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091030/es/index.html), consultado el 1/06/10]

Organización Mundial de la Salud (3 de diciembre de 2009). "Recurso a órganos consultivos por la OMS en su respuesta a la gripe pandémica". Nota informativa N° 19.

[\[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091203/es/index.html\]](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091203/es/index.html), consultado el 1/06/10]

Organización Mundial de la Salud (10 de junio de 2010): "Respuesta internacional a la pandemia de gripe: la OMS responde a las críticas". Nota informativa N° 21.

[\[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100610/es/index.html\]](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100610/es/index.html), consultado el 1/06/10]