

PANDEMIA COVID-19
Y ESTRATEGIA DE

COMUNICACIÓN

GUBERNAMENTAL EN PANAMÁ

Carmen G. Solano Villanueva - Coordinadora
Gloris V. Trujillo Montenegro
Karen Abrego Montenegro
Claudia Figueroa Pino



**PANDEMIA COVID-19 Y ESTRATEGIA DE
COMUNICACIÓN GUBERNAMENTAL EN PANAMÁ**





Pandemia COVID-19 y Estrategia de Comunicación Gubernamental en Panamá / **Carmen G. Solano Villanueva**, coordinadora. Primera edición. Ciudad de Panamá, 2023.

216 páginas; 23 cm X 15 cm.

Incluye bibliografías e índices

ISBN 978-9962-17-771-5

1. Estrategia de comunicación gubernamental.
2. Conferencias de prensa.
3. Comunicación escrita
4. Comunicación audiovisual en salud.
5. Desinformación en pandemia COVID-19.

El libro Pandemia COVID-19 y Estrategia de Comunicación Gubernamental en Panamá es un producto final del proyecto CXM ID No. 165-2021 PFID-FID-2021-31, adjudicado mediante la Convocatoria Pública de Fomento a I+D (FID) 2021 de la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SENACYT), "Impacto de la estrategia de comunicación pública durante la pandemia COVID-19 y reacciones de los ciudadanos". Presenta los resultados de la I Etapa de investigación del proyecto relativos a la estrategia de comunicación gubernamental. Por razones de fuerza mayor, ajenas a la responsabilidad de las entidades y al equipo de investigación, se acordó con base a las normas del contrato, realizar un cierre anticipado del estudio ya que no fue posible estudiar las reacciones de los ciudadanos dentro de los objetivos y parámetros planteados. El equipo agradece a SENACYT su transigencia para hacer el cierre del proyecto en buenos términos, y su reconocimiento al esfuerzo del equipo de trabajo para llevar a buen término esta investigación.

El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de los investigadores del proyecto y no refleja la opinión de las instituciones que colaboraron.

Coordinadora - Editora

Carmen G. Solano Villanueva

Editadora de desarrollo

Geany Barría

Diseñador gráfico y diagramador

Luis De Gracia

Fotografía de portada

Carlos M. Fitzgerald Bernal

Impreso en:

MC Imprenta Deco Mc Pherson, S.A.

San Francisco, Calle 74, Plaza Fundadores

Agradecimientos


A la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT) por haber seleccionado y financiar el Proyecto PFID-FID-2021-31 “Impacto de la estrategia de comunicación pública durante la pandemia COVID-19 y reacciones de los ciudadanos”. Dr. Eduardo Ortega-Barría, Secretario Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación; Ing. Milagro Mainieri, Directora Nacional de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico (I+D); Ing. Francisco García, Sub-Director de I+D; Ing. Natacha Gómez, Coordinadora de I+D; Ing. Dora Santamaría, Coordinadora de Proyectos.

La gestión administrativa, acogida y acompañamiento del Centro de Investigaciones Científicas de Ciencias Sociales (CENICS), especialmente a su presidenta y representante legal, Mgtr. Markelda Montenegro de Herrera.

Al Consejo Nacional de Periodismo (CNP), en la persona de su presidenta Sabrina Bacal (2019-2020) y la Asociación de Profesionales de las Relaciones Públicas de Panamá (APREPPA), su presidenta Eneida G. de De La Cruz (2017-2022) por haber avalado este proyecto de investigación.

A la Universidad de Panamá, Facultad de Comunicación Social, Magdala Vásquez directora de Investigación y Postgrado, y al decano Leopoldo Bermúdez Buitrago. En la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Panamá al director de Investigación Dr. Janzel Villalaz y al Dr. Luis Wong Vega. En el Centro Regional Universitario de San Miguelito, al Dr. Luis Acosta Betegón, director, y a la coordinadora de la facultad de Comunicación Social, Vielka Espinosa.

En el Sistema Estatal de Radio y Televisión (SERTV) a Ana María Pinilla, directora de Noticias, y Leyra Sanjur por proveer todas las conferencias de prensa del primer año de la pandemia COVID-19.



Al Ministerio de Salud (MINSA), especialmente el director de Comunicación, Lic. Aris Abrego. A los directores de las Regiones de Salud, Dr. Mario Lozada-Coclé, Dr. Luis Pérez-Herrera, Dr. Ayvar Hernández-Los Santos, Dra. Gladys Novoa-Chiriquí, Dra. Reyna Velarde-Veraguas, Dr. Edgar Coto-Colón, Dr. Carlos Batista-Panamá Este y coordinadores de comunicación.

A Quality Leadership University en la persona de su becario SENACYT Lic. Bryan Townshend, por la colaboración brindada y a la Dra. Mariana León, Vicerrectora Académica.

Al Ing. Sergio Cedeño, por su invaluable asesoramiento en materia de programación y colaboraciones. Al Dr. Carlos Fitzgerald B., Dr. Luis Carlos Herrera, Licda. Leonor Calderón, Ing. Orlando Acosta, Lic. Juan Echeverría, Magtr. Modesto Tuñón, Magtr. Carlos Rowe, Licda. Lilia Mendoza, Lic. Abdul Aciego.

Dedicatoria

A todas las trabajadoras y trabajadores que afrontaron, cumplieron con su deber, demostraron compromiso y gran humanidad en los momentos más difíciles de la pandemia COVID-19.

“El hijo o hija del personal de salud merece lo mejor del mundo para mí.

Primero, aprendió a quedarse encerrado, sin contacto con nadie. Aprendió a esperar en la puerta del baño sin posibilidad de abrazo hasta después de la ducha.

Aguantó nuestro mal humor por cansancio, estrés, la angustia, la incertidumbre o nuestra preocupación y pensó seguramente, muchas veces, si podíamos morirnos...

Sin cuestionamientos, aguantó el aislamiento por contacto estrecho al menos una vez y también por COVID.

Los hijos del personal de salud, aún no pueden expresar todo lo que han vivido en este año, sólo aprendieron a esperar, a llorar en silencio, a fortalecerse solitos y pedir deseos que nunca sabremos.

El hijo del personal de salud es bebé, niña, niño, adolescente y quiere tener un padre o una madre comunes”.

Anónimo. Compartido por la Licda. Thays Domínguez Vaca, enlace de comunicación de la Región de Salud de Herrera.



Prólogo

Una de las perspectivas del poder político en cualquier sociedad y a través de la historia, ha sido el de influir en el comportamiento de los individuos que la conforman. Este objetivo se logra mediante diferentes herramientas y la evolución de la cultura ha definido modelos cada vez más sofisticados para el logro de estos propósitos en la relación Estado-base social.

Cuando los emperadores y gobernantes de los nacientes conglomerados políticos utilizaron la tribuna para exponer sus mensajes, inauguraban una forma primitiva de comunicación para que los sectores que participaban de la vida cotidiana se adhirieran a las acciones más característica de la realidad socioeconómica de aquel entonces.

Apariencia, escenificación, misticismo y el propio poder en sí, eran las herramientas del momento para hacer llegar el mensaje a los individuos que jugaban algún papel en la correlación de fuerzas. Pero desde la dimensión del poder, los procesos de transmisión se marcaron en términos diferentes a las formas de información propia de los grupos humanos o personas entre sí. Mientras que, en ésta, privaba el deseo de transmitir ideas a través de mensajes, en la relación con el Estado, lo básico era el convencimiento.

Cuando apareció la escritura y hubo oportunidad de fijar textos en soportes de diversos materiales (piedra, pieles, papiros) inmediatamente la realeza y los señores feudales buscaron la manera de hacer llegar sus dictámenes a la población, incluso en distancias que estaban lejanas a donde se ejercía el mandato. Así eran conocidos los bandos, pero también los mensajeros; se dice que los faraones en el antiguo Egipto por allá por 2400 antes de esta era, hacían llegar los decretos y disposiciones promulgadas mediante mensajeros.

En la medida que avanzó la política y se consolidaron los Estados modernos, así surgió el concepto de masa y se adecuó el campo en que los gobiernos se relacionaron con la población para fortalecer la política. Esto quiere decir que la comunicación se constituyó en un soporte de la administración gubernativa para el logro de los planes no solo del sector público, sino de todo un país.


Aquí apareció entonces un ámbito del conocimiento relacionado con la comunicación y tiene que ver la forma como el Estado, a través del Gobierno produce sus mensajes y en lo específico los promueve en la sociedad para el logro de sus planes de trabajo e independientemente que sustenta la gobernabilidad, puede alcanzar un eficiente proceso de comunicación con la Nación, entendiendo a ésta como la colectividad social que puebla el país.

César Bolaños y Armand Mattelart se refieren a esa relación y son citados por María Mazzoni y Pablo Schleifer en el estudio “Estado, sociedad y medios de comunicación. Contribuciones para pensar en la política” (2013). Bolaños plantea que la forma de organización de la sociedad y el modo en que se piensan las formas de intervención del Estado van a vincularse con “la relación entre el modo de funcionamiento y la concepción sobre los medios de comunicación social”.

De acuerdo con esto, también Mattelart apunta que “las formas en las que se producen, hacen circular e intercambian los mensajes... condiciona toda la actividad humana en la sociedad capitalista”.

Un grupo de investigadores, coordinados por Carmen Solano Villanueva se propuso medir este escenario de la relación del Gobierno de Panamá con la sociedad civil (población del país) a través de mirar lo que ocurrió específicamente durante la experiencia de la pandemia y cómo se pusieron en marcha un conjunto de tareas no solo en el campo de la atención a la crisis de salud, sino a cómo se crearon los mecanismos de comunicación para superar el estado caótico que se vivió en los tiempos de esta conmoción que afectó a la humanidad a escala planetaria.

Para tal efecto, se apropiaron de técnicas muy sofisticadas y con apoyo de la tecnología analizaron las diferentes manifestaciones del accionar público: conferencias de prensa, comunicación escrita, audiovisual, la promoción de la salud y aspectos de la desinformación. Incluyeron, además, una variante de análisis de la desinformación durante la pandemia y en el contexto de las redes sociales; esto resulta un importante objeto de estudio, porque determina las particularidades de este modelo de consumo de información y sus vicios.



Resalta que se dedica un detallado capítulo a seguir las rutas de la pandemia y la forma como la institución que llevó el proceso, el Ministerio de Salud, organizó la política pública orientada a atender las particularidades de esta experiencia. Paralelamente, se debió concebir un plan de comunicación que funcionara paralelo a las medidas institucionales. Es esencial a los autores del trabajo comprender la estructura teórica que debió sustentar ese plan de comunicación.

Hay en este trabajo el objetivo manifiesto de resaltar en el contexto del estudio, modelos no solo de las estrategias utilizadas durante la pandemia por el Gobierno, sino alcanzar a descubrir las claves de un discurso gubernamental y determinar su eficiencia, su capacidad para alinear los objetivos con los resultados en términos de divulgar un aspecto de la gestión que pueda constituir una política de comunicación hacia dicho sector.

Es digno de destacar que la investigación contiene un instrumental técnico que se emplea por primera vez en Panamá para indagar sobre la comunicación y la forma como se consolida la relación institucional con la población en el contexto de una situación crítica tan especial para el país. La tecnología ha sido puesta en una nueva dimensión para utilizarse en la generación de un conocimiento sobre cómo se manifiestan las relaciones de comunicación entre gobierno y sociedad.

Proponerse un trabajo de investigación tan ambicioso requiere materializarlo de manera exploratoria porque no cuenta con antecedentes. Es a la vez una perspectiva descriptiva que orienta en una materia poco estudiada, sobre todo en Panamá. Esta propuesta puede dar pie a nuevos trabajos tan minuciosos o específicos en cualquiera de las áreas que se abordan en estas páginas.

Modesto A. Tuñón F.

Índice

Agradecimientos	5
Dedicatoria	7
Prólogo	8
Por Modesto Tuñón	
Índice	11
Índice de tablas y figuras	15
Introducción	19
CAPITULO 01	
El escenario pandémico, marzo 2020 a marzo 2021	
Carmen G. Solano Villanueva	
Antecedente e inicio de la pandemia COVID-19 en Panamá	23
Fase de preparación, la política pública de salud y el plan de comunicación para abordar la pandemia	24
Normas legales aprobadas para sustentar las acciones de la gestión del gobierno – por Claudia Figueroa Pino	26
Estadísticas económicas de la pandemia al 31 de marzo de 2020 y 2021	27
Estadísticas de desempeño de salud a enero de 2021	31
La cronología sobre COVID-19 hasta marzo 2021	32
Conclusiones	38
Referencias	39
CAPITULO 2	
La Estrategia de Comunicación Gubernamental	
Carmen G. Solano Villanueva	
Promoción, comunicación de riesgo y participación social	44
Objetivos y actividades estratégicas de la comunicación gubernamental	45
Designación de Voceros oficiales	47
Voceros oficiales Regionales	54
Plan de medios de la comunicación social	76
Coordinación para la participación de la comunidad	78
Distribución de material educativo	80
Actualización de la información	80
Línea Caliente para orientación de la comunidad	80
Estrategia de comunicación, Indicadores de logro e impacto	82
La comunicación de la estrategia de vacunación del MINSA, Operación Panavac-19	84
Conclusiones	89
Referencias	89



CAPITULO 03

Análisis técnico de las conferencias de prensa

Carmen Solano, Claudia Figueroa, Gloris Trujillo, Karen Abrego, Zulema Kant, Rubén Rodríguez y Nairobi Centeno

Descripción del objeto de estudio, metodología y material utilizado para el análisis	93
El diseño panameño de las conferencias de prensa	94
Propósitos para comunicar declarados por el gobierno	98
Temas que fueron efectivamente comunicados en las conferencias de prensa	99
Otras situaciones mencionadas en las conferencias de prensa	106
Conclusiones	110
Referencias	111

CAPITULO 04

Análisis técnico de la comunicación escrita

Gloris V. Trujillo Montenegro

Introducción	114
Descripción del objeto de estudio, metodología y material utilizado para el análisis	115
Conceptos evaluados en los comunicados de prensa	116
La proximidad con la población al momento de comunicar	117
Los encuadres o frames	118
La claridad	121
Cincuenta (50) frases más comunes en comunicados emitidos por el MINSA, sin diccionario de categorización	121
Responsabilidad ante la pandemia y las entidades principales en la comunicación del gobierno	123
Acciones del gobierno en la comunicación escrita	124
Comunicación de la propagación del virus y prevención del contagio	125
Cluster Jerárquico de relación de palabras frecuentemente asociadas	125
Conclusiones	127
Referencia	128

CAPITULO 05

Análisis técnico de la comunicación audiovisual de promoción de la salud en pandemia

Karen Abrego, Claudia Figueroa y Rubén Rodríguez

Introducción	130
La comunicación audiovisual de promoción de la salud en pandemia	131
Descripción del objeto de estudio, metodología y material utilizado para el análisis	132
Características técnicas de los productos audiovisuales analizados	134
Objetivos de comunicación audiovisual para promover el mensaje gubernamental	140
Claridad del mensaje	140
Atractivo visual de los contenidos	141
Conclusiones	141
Referencias	142

CAPITULO 06

Desinformación durante la pandemia COVID-19

Karen G. Abrego Montenegro

Conceptos: Desinformación y noticias falsas	145
Desinformación en el contexto de la pandemia	146
Las dimensiones de la desinformación	149
Desinformación en pandemia, el contexto social de Panamá	151
Bulos globales o noticias falsas	152
Definición del término ‘bulo’	152
Principales bulos globales durante el primer año de COVID-19	152
Revisión de hechos o Fact-checking	158
Algunos ejemplos de cómo se ha utilizado el fact-checking para combatir la desinformación	159
En redes sociales	159
En las organizaciones	159
Mecanismos de fact-checking en Panamá	161
Desinformación y bulos en Panamá durante el primer año de la pandemia	162
¿Qué se puede hacer? Capacitación y Formación	162
Alfabetización mediática	163
Conclusiones	164
Referencias	165



CAPITULO 07

Impacto de la estrategia y caracterización del discurso gubernamental

Carmen G. Solano Villanueva

Introducción	170
Evaluación del impacto de la estrategia de comunicación del gobierno	171
El discurso gubernamental	180
Algunas recomendaciones:	182
Sobre la estrategia de comunicación	182
Sobre temas no abordados lo suficiente en el discurso gubernamental	183
Conclusiones	184
Referencias	184

CAPITULO 08

El escenario pandémico, abril 2021 a diciembre 2022

Zulema Kant

Introducción	187
Cantidad de casos de COVID-19 y olas de contagios	188
Las diferentes variantes del virus	191
Pruebas COVID clínicas o caseras	192
Promoción de las vacunas	192
Fases de vacunación en adultos mayores e infantes	192
Educación. Llamado para el regreso presencial a las clases.	194
Medidas de bioseguridad para un regreso seguro	
Compra de medicamentos y el desabastecimiento	195
Licitaciones para la mejora de hospitales, atención de otras enfermedades distintas al COVID-19	196
Endeudamiento del Estado para hacer frente a la pandemia versus el crecimiento lento del PIB	197
La lenta reactivación comercial, cese de las medidas de bioseguridad	198
Desempleo, contratos suspendidos y el trabajo informal	200
Conclusiones	201
Referencias	201
Miembros del equipo de investigación	205
Anexos	208

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1	Resumen de la normativa legal emitida en el primer año de pandemia COVID-19	27
Tabla 2	Cantidad de días de suspensión de las clases	34
Tabla 3	Días de cuarentena total	35
Tabla 4	Restricción de movilidad por sexo, cédula y horario-1	35
Tabla 5	Cantidad de días de la Ley Seca	36
Tabla 6	Restricción de movilidad por sexo y cédula-2	37
Tabla 7	Restricción de movilidad por sexo, cédula y horario-3	37
Tabla 8	Selección de veinte Voceros	48
Tabla 9	Principios de la comunicación de riesgo de acuerdo con el enfoque	117
Tabla 10	Cinco frases coloquiales más comunes generadas en Comunicados	118
Tabla 11	Análisis descriptivo de la legibilidad de los textos pertenecientes a los 401 comunicados emitidos por el MINSA en el primer año de la pandemia	121
Tabla 12	Cincuenta frases más comunes en comunicados emitidos por el MINSA	122
Tabla 13	Dimensión, variables y categorías – Comunicación audiovisual	133
Tabla 14	Tipo de Video	134
Tabla 15	Voz en off	135
Tabla 16	Sexo voz en off	135
Tabla 17	Música de fondo	135
Tabla 18	Subtítulos	136
Tabla 19	Locaciones-exterior/interior	136
Tabla 20	Locaciones-urbano/rural	137
Tabla 21	Locaciones-monumentos históricos/sitios de interés	137
Tabla 22	Extensión (en segundos)	138
Tabla 23	Temas en los videos	138
Tabla 24	Énfasis	139
Tabla 25	Protagonistas	139
Tabla 26	Etnicidad	139

Tabla 27	Tabla cruzada Toque de queda * Salvoconductos	179
Tabla 28	Tabla cruzada Confinamiento o cuarentena total *Salida cédula, sexo, horarios	179
Tabla 29	Pruebas de chi-cuadrado	179

Figuras

Figura 1	Variación del PIB trimestral en millones de balboas	27
Figura 2	Variación del IPC primer trimestre 2020 y 2021	28
Figura 3	Variación en los indicadores sectoriales representativos	29
Figura 4	Variación de Indicadores económicos relacionados al Sector Público	30
Figura 5	Cronología COVID-19 hasta marzo 2021 en Panamá	33
Figura 6	Cantidad de comparecencias de los Voceros	49
Figura 7	Cantidad de intervenciones de los Voceros	49
Figura 8	Proximidad de los Voceros con la población	50
Figura 9	Capacidad de los Voceros para convencer	51
Figura 10	Argumentación	52
Figura 11	Roles asumidos por los ministros de Salud	53
Figura 12	Argumentación del presidente Laurentino Cortizo	54
Figura 13	Manera como se expresó el presidente Cortizo	54
Figura 14	Sistema de comunicación – Regiones de Salud	55
Figura 15	Sistema de medios tradicionales - MINSA	77
Figura 16	Sistema de comunicación digital – MINSA	78
Figura 17	Medios para la participación de la comunidad	79
Figura 18	COVID-19 Estrategia de comunicación gubernamental	82
Figura 19	Recursos utilizados durante las conferencias de prensa	96
Figura 20	Presencia y tipo de medios	97
Figura 21	Finalidad de los periodistas	97
Figura 22	La comunicación en salud	98
Figura 23	Trazabilidad	99
Figura 24	La Responsabilidad ciudadana	100
Figura 25	Mención de las medidas tomadas para la convivencia	100
Figura 26	El COVID como enfermedad	101
Figura 27	Vulnerabilidad biológica	102
Figura 28	Vulnerabilidad laboral	103
Figura 29	Vulnerabilidad financiera	104

Figura 30	Vulnerabilidad geográfica	104
Figura 31	Vulnerabilidad informativa	105
Figura 32	Vulnerabilidad de género	106
Figura 33	Pantalla resultado de búsquedas de conceptos COVID-19 en color rojo claro versus VALE DIGITAL en color rojo intenso	120
Figura 34	Responsabilidad ante la pandemia y las entidades principales en la comunicación del Estado	123
Figura 35	Frecuencia de presencia de autoridades en comunicados	124
Figura 36	Acciones de gobierno en comunicación escrita	125
Figura 37	Comunicación de propagación y contagio	125
Figura 38	Cluster Jerárquico de relación de palabras frecuentemente Asociadas	126
Figura 39	Bulo sobre la creación del virus COVID-19	153
Figura 40	Bulo sobre la falsa efectividad de la ivermectina	153
Figura 41	Bulo sobre microchips en las vacunas de la COVID-19	154
Figura 42	Bulo sobre la gravedad del virus COVID-19	154
Figura 43	Bulo sobre la efectividad de las mascarillas	155
Figura 44	Bulo sobre la efectividad de las PCR	155
Figura 45	Bulo sobre teorías de conspiración	156
Figura 46	Bulo sobre información gubernamental acerca de COVID-19	156
Figura 47	Bulo sobre la peligrosidad de las vacunas contra la COVID-19	157
Figura 48	Frecuencia de menciones de categorías de Convivencia marzo – abril 2020	173
Figura 49	COVID-19 como Enfermedad marzo – abril 2020	175
Figura 50	Comunicación de la Salud marzo – abril 2020	177
Figura 51	Frecuencia de temas Comunicación de la salud noviembre 2020 – enero 2021	178

Introducción


Las estrategias de comunicación de los gobiernos para afrontar el COVID-19 priorizaron contenidos sobre medidas de prevención y la necesidad de cumplir medidas sanitarias. Las principales técnicas de comunicación utilizadas por el gobierno en Panamá fueron las conferencias de prensa, los comunicados del MINSA y materiales educativos de prevención donde se incluyen los audiovisuales. Aunque los esfuerzos desplegados para comunicar y combatir la pandemia son dignos de encomio, no se puede afirmar que fueron así comprendidos por toda la población.

La comunicación gubernamental es aquella que ejerce un gobierno para informar con el objetivo que las acciones gubernamentales ganen el reconocimiento y aceptación de los ciudadanos, tratando de influirlos o interesarlos a distintos niveles y utilizando múltiples técnicas de la comunicación social. También se puede definir como una herramienta imprescindible que acompaña la gestión de cualquier crisis.

En una crisis de pandemia sanitaria suceden situaciones multicausales y por ello, las acciones de comunicación desde el gobierno proporcionan la información veraz que se requiere ante la incertidumbre. También, proporciona las directrices de comportamiento social necesarias para combatir la enfermedad.

La comunicación en crisis de salud “es una dimensión constitutiva de los procesos de salud” (Díaz, 2014, p.8). La comunicación para la salud evolucionó de un enfoque estrictamente instrumental a uno estratégico y relacional, que reconoce las particularidades sociales y culturales de la población (Ibid.). La información sobre salud constituye información sensible, por ende, es particularmente protegida (Segura, p. 56). Es sensible y es una comunicación de riesgos durante una crisis importante de salud, donde se espera que los gobiernos reaccionen de manera reactiva ante un evento imprevisto “el cual puede ser impredecible y llegar a tomar un curso incontrolado, y además evoca reacciones incontroladas, como el caso de la COVID-19 (Moreno y Pérez, 2020, p.7).

La tecnología más el uso social de la información van de la mano para comprender y ayudar a resolver los problemas sociales. El acceso a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), son de primera importancia para Panamá (PENCYT 2019-



2024, p. 32). Pero también, debe serlo en su uso “más social” de la información, porque esta facilita el entendimiento e intercambio entre los medios de comunicación social y los individuos.

El aporte principal de esta investigación es conocimiento, desde la perspectiva de la comunicación social, sobre el proceso estratégico desarrollado por el gobierno de Panamá durante el primer año de la pandemia COVID-19. Se estudió qué se hizo y cómo se hizo en materia de comunicación para que futuras actuaciones estén sustentadas en esta experiencia y poder afrontar de mejor manera situaciones similares. Esta comunicación pública estuvo al servicio de la salud y vinculada durante el periodo con las TIC, el enfoque renovado y necesario de la política nacional de ciencia, tecnología e innovación (CIT) y el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El libro está organizado en ocho capítulos. El capítulo uno, Escenario pandémico marzo 2020 a marzo 2021, fue escrito por la investigadora principal Carmen Solano y proporciona el contexto del inicio de la pandemia COVID-19 en Panamá, recoge cómo el país se preparó, la política de salud que elaboró el MINSA, recupera estadísticas económicas y de desempeño de salud relevantes y una cronología sobre la situación COVID-19 en el primer año.

El capítulo dos, La estrategia de comunicación gubernamental, escrito por la investigadora principal presenta la sistematización de la estrategia comunicacional como documento técnico, con base en los aportes obtenidos de los principales actores ejecutores de la información sobre la pandemia.

El análisis técnico de las conferencias de prensa se aporta en el capítulo tres, fue construido con los análisis de todo el equipo de esta investigación y permite conocer los voceros oficiales, las temáticas tratadas y la frecuencia en que fueron mencionadas en las conferencias. La técnica principal de comunicación utilizada por el gobierno fue las conferencias de prensa y permitieron el contacto directo con los ciudadanos para que estos recibieran la información oficial.

El capítulo cuatro, Análisis técnico de la comunicación escrita, es presentado por la coinvestigadora Gloris Trujillo, que identificó la agenda informativa propuesta por el MINSA y cómo se relacionaba con el plan de comunicación y la comunicación de crisis que se ejecutó durante el primer año de la pandemia.

El Análisis técnico de la comunicación audiovisual de promoción de la salud en pandemia, es el capítulo cinco, y fue desarrollado por las coinvestigadoras Karen Abrego Montenegro, Claudia Figueroa Pino y el miembro del equipo, Rubén Rodríguez. La comunicación audiovisual analizada fue la que promovió la salud contra el COVID-19 limitándose a los videos producidos para enfrentar la enfermedad, presentaciones animadas y otros, utilizados con el mismo propósito.

El capítulo seis, Desinformación durante la pandemia COVID-19, escrito por Karen Abrego Montenegro, desarrolla los conceptos desinformación y noticias falsas en el contexto de la pandemia y presenta los bulos más relevantes que circularon globalmente y en Panamá.

El capítulo siete, Impacto y caracterización del discurso gubernamental, escrito por Carmen Solano, alcanza el objetivo de investigación de evaluar el impacto de la estrategia y caracterizar el discurso del gobierno. También, ofrece recomendaciones en aquellos aspectos donde se consideró que hubo debilidad.

El escenario pandémico abril 2021 a diciembre 2022, el capítulo 8, fue escrito por Zulema Kant y es una recuperación de las situaciones más importantes del desarrollo de la pandemia después del primer año y hasta diciembre del 2022.

Este proyecto de investigación fue financiado con fondos públicos de la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT). El beneficio principal que deja es la sistematización de la estrategia de comunicación pública de Panamá en el manejo de la pandemia COVID-19, considerando la base de las acciones de comunicación emprendidas por el gobierno, protocolizada en los pasos que siguió, evaluada en sus contenidos principales, en su gestión e impacto, documentando debidamente el proceso de comunicación gubernamental.



El escenario pandémico,
marzo 2020 a marzo 2021

Capítulo
01

El escenario pandémico, marzo 2020 a marzo 2021

Carmen G. Solano Villanueva


Contenido

Antecedente e inicio de la pandemia COVID-19 en Panamá	23
Fase de preparación, la política pública de salud y el plan de comunicación para abordar la pandemia	24
Normas legales aprobadas para sustentar las acciones de la gestión del gobierno – por Claudia Figueroa Pino	26
Estadísticas económicas de la pandemia al 31 de marzo de 2020 y 2021	27
Estadísticas de desempeño de salud a enero de 2021	31
La cronología sobre COVID-19 hasta marzo 2021	32
Conclusiones	38
Referencia	39

Antecedente e inicio de la pandemia COVID-19 en Panamá

El sistema de salud en Panamá monitoreo las alertas internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde que la República Popular China, a través de la Comisión de Salud de Wuhan, informó el 31 de diciembre de 2019 sobre la aparición de un conglomerado de neumonías de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan, y que posteriormente, “el 7 de enero identifica la causa del brote como un nuevo virus de la familia Coronaviridae SARS-CoV-2 cuya secuencia genética compartió el 12 de enero. China tardó un mes en diagnosticar y ver su gravedad. El inicio de síntomas del primer caso fue el 8 de diciembre de 2019”. El 1 de enero de 2020, la OMS creó un comité de apoyo y el 4 de enero alertó en redes sociales la existencia de este brote (MINSa, enero 2020 y Mercado, 2020).

En enero de 2020 el Ministerio de Salud de Panamá, a través de su Comisión Técnica de Salud, elaboró el Plan Operativo Nacional del Sistema de Salud para la Prevención y Control del Nuevo Coronavirus – (2019-nCoV) Enero – 2020, para “detectar oportunamente la introducción del virus, determinar las medidas de prevención, control y tratamiento adecuado y dar las acciones de respuesta integral que correspondieran” (MINSa, 2020, página 11). La preparación del documento tuvo la colaboración del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).



El primer caso de COVID-19 en el país fue confirmado por la ministra de Salud, Rosario Turner, el 9 de marzo a las 7:00 p.m. mediante una conferencia de prensa televisada en cadena nacional. Se reportó que fue detectado en una mujer de 40 años que arribó al Aeropuerto Internacional de Tocumen, en un vuelo procedente de España, el día 8 de marzo.

También, el 8 marzo ocurrió la primera defunción por COVID-19 en Panamá y fue el director del Colegio Monseñor Francisco Beckman, un hombre de 64 años que padecía diabetes y neumonía. El MINSA anunció este primer fallecimiento el 10 de marzo. Meses después, el 10 de agosto, el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) confirmó que el virus SARS-CoV-2 llegó al país a mediados de febrero, mediante un estudio que realizó.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente la pandemia COVID-19 el 11 de marzo de 2020. Es bueno recordar que una pandemia es “una enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región” (RAE, 1992, p. 1515).

El gobierno de Panamá a través de la Resolución de Gabinete No. 11 de 13 de marzo de 2020, declaró el Estado de Emergencia Nacional. Este estado de emergencia fue levantado el 30 de diciembre de 2021 mediante la Resolución de Gabinete No. 130-21, que declaró concluido el término para la utilización del procedimiento especial de adquisición de bienes, servicios u obras.

Fase de preparación, la política pública de salud y el plan de comunicación para abordar la pandemia

El Ministerio de Salud actuó de manera consecuente con la situación internacional que se informaba, dado que estuvo preparándose institucionalmente desde enero de 2020, para dar una respuesta sanitaria integral para la atención y protección de la población ante la llegada del virus.

El producto de esa preparación fue el Plan Operativo Nacional del Sistema de Salud para la Prevención y Control del Nuevo Coronavirus – (2019-nCoV) Enero – 2020, el cual se convirtió en la política pública de salud para manejar esta crisis. Este plan tomó en consideración la comunicación estratégica como una de las cinco grandes áreas para la acción.

El plan operativo se estructuró en cinco grandes áreas (MINSA, enero 2020, p. 7):

1. Vigilancia Epidemiológica, incluyendo el control de los contactos de los casos confirmados, el control de aeropuertos, puertos y cordón fronterizo y el monitoreo de comportamiento del virus a nivel local e internacional


2. Capacidad de respuesta integral del sistema de salud para la atención de los pacientes.
3. Capacidad de respuesta del ICGES para el diagnóstico de laboratorio.
4. Promoción, comunicación de riesgo y participación social.
5. Actualización y capacitación.

Las principales estrategias del componente Vigilancia Epidemiológica fueron fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica intensificada de las infecciones respiratorias agudas graves en instalaciones de salud públicas y privadas. La otra, fortalecer la vigilancia epidemiológica 2029-nCoV en los puntos de entrada al país (puertos, aeropuertos y puestos fronterizos). Esta estrategia definió de manera epidemiológica los casos sospechosos y el algoritmo que sintetiza los aspectos importantes de, la notificación, envío de muestras, investigación y comunicación del caso a las autoridades pertinentes. La activación de la alerta, el tamizaje de viajeros, pasajero en seguimiento, viajeros sintomáticos procedentes de países afectados, criterios para suspender el seguimiento a viajeros, manejo de cadáveres en puertos, aeropuertos y puestos fronterizos (MINSa, enero 2020, pp. 11, 14, 16-18).

Los objetivos del componente Respuesta del sistema de salud para la atención de la población son: Gestionar los recursos necesarios para la efectiva ejecución de las acciones de respuesta; tratar oportunamente los casos sospechosos con factores de riesgo o con complicaciones; implementar las medidas de prevención, bioseguridad, control y atención integral para la mitigación del evento; monitorear y evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones de respuesta del sistema de salud, basado en el análisis de los indicadores del sistema de información (MINSa, enero 2020, p. 19).

Durante el período de pandemia el componente Vigilancia laboratorial del ICGES tuvo las siguientes responsabilidades como Centro de Referencia de Panamá para el diagnóstico de laboratorio del 2029-nCoV: Establecer los criterios para la realización de las pruebas de laboratorio en conjunto con la Comisión Técnica Nacional del sector salud, validar los protocolos para la toma, manejo y transporte de las muestras y vigilar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad en el laboratorio (MINSa, enero 2020, p. 23).

El componente de actualización y capacitación tuvo el objetivo de mantener la capacitación/actualización al funcionario de salud y personal vinculado con la respuesta sobre las medidas preventivas, de control, manejo y seguimiento de 2029-nCoV. Fueron actividades importantes de este componente la ampliación de facilitadores, integrando socios estratégicos y la capacitación los equipos de atención de APS y de cuartos de urgencias de segundo y tercer nivel (MINSa, enero 2020, p. 25).



Para el mes de febrero de 2020 el Ministerio de Salud elaboró una actualización del plan enero-2020, mediante un nuevo documento nombrado “Plan de Acción ante un brote o epidemia de COVID-19 en el territorio nacional”. Contempló nuevos aspectos para contener la propagación y mitigar el daño del COVID-19 en el país, iniciando con la denominación de la enfermedad, ya COVID-19, la gestión para la organización de la atención en las Regiones de Salud/provincias, la atención domiciliaria (hogares, albergues y otros entornos comunitarios, atención ambulatoria, atención hospitalaria, bioseguridad y uso de EPP (Equipo de atención personal) de casos COVID-19 (MINSa, febrero 2020, pp. 2, 6-18).

Sobre el Plan de Comunicación para abordar la pandemia, las directrices generales para la gestión de la comunicación social, con la población y a través de los distintos medios, se consigné en el Componente Promoción, Comunicación y Participación Social, p. 24, del Plan Operativo Nacional del Sistema de Salud para la Prevención y Control del Nuevo Coronavirus – (2019-nCoV) Enero – 2020. Los fundamentos delineados por el MINSa para el manejo de la comunicación social, la estrategia de comunicación social, se desarrollan en el capítulo dos de este libro.

Normas legales aprobadas para sustentar las acciones de la gestión del gobierno – por Claudia Figueroa Pino

Las normas legales aprobadas entre enero de 2020 y marzo de 2021-Pandemia COVID-19 son noventa y nueve (99) las que impactaron y regularon la vida en la sociedad panameña durante esta etapa, la más dura de la pandemia de Covid-19 en Panamá.

La revisión documental digital se hizo en el sitio web del Ministerio de Salud (<https://www.minsa.gob.pa/normatividad>) y después en la base de datos digital de la Gaceta Oficial de la República de Panamá (<https://www.gacetaoficial.gob.pa/>) para recuperarlos, porque en el sitio web del MINSa estaban incompletos.

El resultado de la investigación del marco jurídico señala que el 46% de las normas emitidas por el gobierno fueron Resoluciones del Ministerio de Salud. Estas resoluciones de carácter general del poder Ejecutivo, fueron firmadas solo por los ministros de salud. El otro porcentaje importante fue 43% que son los Decretos Ejecutivos firmados por los ministros de Salud y el presidente de la República. Un 4% de Decretos Ejecutivos fueron firmados por otros ministros. En el período investigado, solo hubo dos leyes aprobadas por la Asamblea Nacional.

Tabla No. 1 Resumen de la normativa legal emitida en el primer año de pandemia COVID-19

RESOLUCIONES		DECRETOS EJECUTIVOS		LEYES
MINSA	Consejo Gabinete	MINSA	Otros	
46	3	43	4 MICI (1) Ministerio de la Presidencia (2) MIVIOT (1)	3 Ministerio de Salud, (1) Asamblea Nacional (2)

Fuente: Elaboración propia.

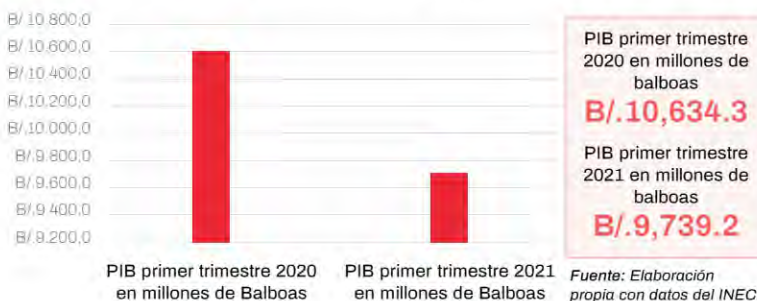
En el Anexo No. 1 de este libro se ubica una tabla que contiene las 99 normas con los números de Gaceta Oficial para localizarlas, la institución que la emitió y el tema que abordó.

Estadísticas económicas de la pandemia al 31 de marzo de 2020 y marzo 2021

Pese a un largo período de crecimiento del producto interno bruto (PIB) en Panamá, en 2019 el auge económico “estaba dando señales de llegar a su fin. Al mismo tiempo, la economía del país, y de la mayor parte del mundo, atraviesa una seria recesión ocasionada por la pandemia COVID-19” (Chapman, 2021, p. 15). Continúa el experto, “a pesar de que las condiciones de vida de la población han mejorado, en grado notable, en el transcurso de las últimas tres décadas, esta mejoría no ha sido cónsona con el crecimiento del PIB y todavía existen bolsones importantes de pobreza, así como uno de los peores niveles de desigualdad a nivel mundial (Ibid.)”.

La Figura No. 1 muestra la fuerte contracción del PIB en el 2020, que al decir del Dr. Chapman, ha alcanzado uno de los niveles más profundos desde la terminación de la Segunda Guerra Mundial.

Figura No. 1 Variación del PIB trimestral en millones de balboas



La pandemia COVID-19 “retrató de cuerpo entero las realidades: sociales, sanitarias, educativas, laborales, salariales, geográficas y, sobre todo, la fragilidad del sistema económico, la falta de liderazgo político, transparencia y eficiencia en el manejo de la administración del Estado” (Chen Barría, 2021, p. 9). Chen Barría afirma que para sacar adelante el país se necesita “educación, formación profesional y ciudadana, elementos esenciales para la formulación de políticas públicas y el diseño estratégico corporativo y empresarial; es formación política, formar criterios, opiniones y decisiones basadas en la objetividad científica e interpretación de las cifras de la realidad nacional” (Ibid.).

Al comparar el Índice de Precios al Consumidor (IPC) del primer trimestre 2020 y el primer trimestre 2021, (Figura No. 2), se observa una disminución del 0.8% en comparación al trimestre anterior. En el primer trimestre 2021, en pandemia, el IPC aumentó en 0.3%. Si es cierto que el aumento no es considerable, refleja lo contrario a la tendencia del periodo anterior. Este indicativo nos permite visualizar las carencias que tiene la población para adquirir los productos básicos en el periodo de pandemia.

Figura No. 2 Variación del IPC primer trimestre 2020 y 2021

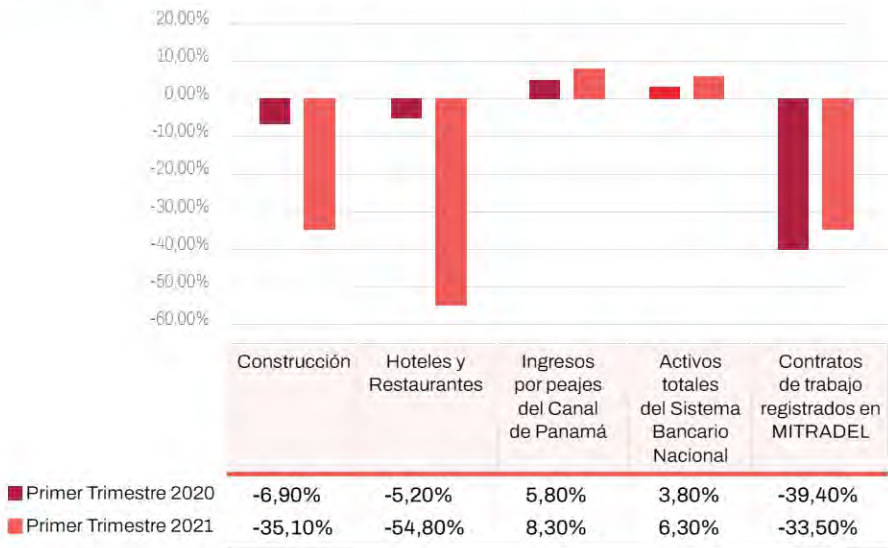


Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).

Los siguientes indicadores fueron seleccionados para mostrar importantes renglones de la economía afectados por el estado de emergencia pandémica. Su afectación está relacionada directamente con el estado de confinamiento. El sector construcción fue de los primeros afectados. La tendencia en 2020 ya era negativa, pero para el periodo 2021 aumentó considerablemente en un -35%. En el sector hoteles y restaurantes igualmente, el estado de confinamiento y las restricciones internacionales al turismo provocaron la caída en un -54% siendo de los más afectados. Los ingresos por peajes del

Canal de Panamá no se vieron afectados e incluso, mostraron un crecimiento de 8.3%. Esta misma tendencia la mantiene los activos totales del sistema bancario que mostraron un crecimiento del 6.3%, demostrando la solidez que caracteriza estos dos importantes sectores de la economía panameña. El índice de desempleo en el primer trimestre 2020 ya mostraba cifras negativas las cuales se mantuvieron en el periodo de pandemia.

Figura No. 3 Variación en los indicadores sectoriales representativos

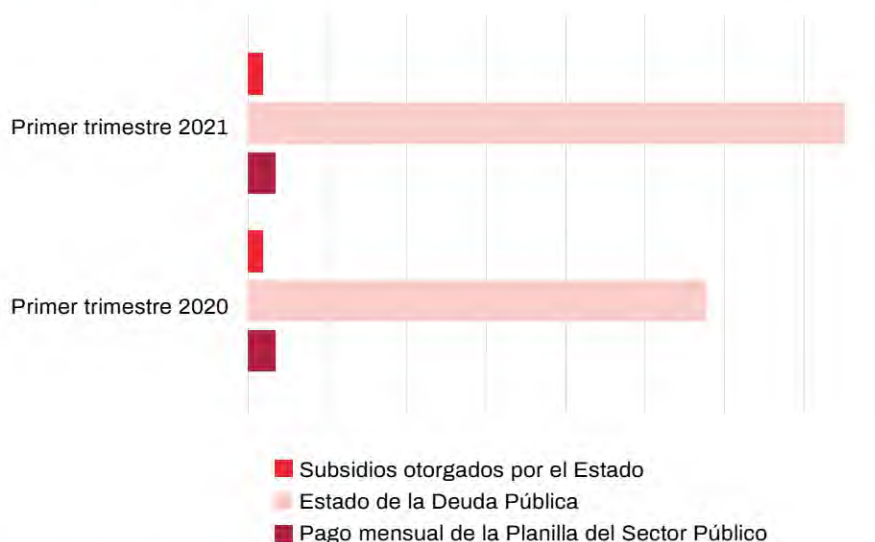


Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).

Indicadores Sectoriales Representativos	Primer trimestre 2020	Primer trimestre 2021
Construcción	-6,90%	-35,10%
Hoteles y Restaurantes	-5,20%	-54,80%
Ingresos por peajes del Canal de Panamá	5,80%	8,30%
Activos totales del Sistema Bancario	3,80%	6,30%
Contratos de trabajo registrados en MITRADEL	-39,40%	-33,50%

La Figura No. 4 permite visualizar tres indicadores importantes relacionados con el sector público y muestra cómo incrementaron en el periodo de pandemia. A pesar de que los tres indicadores muestran una tendencia al aumento, llama la atención la gran diferencia que existe al comparar los subsidios y la planilla del estado vs la deuda pública del país. El aumento de la deuda pública en este periodo está directamente relacionado con la adquisición de compromisos para afrontar la pandemia.

Figura No. 4 Variación de Indicadores económicos relacionados al Sector Público




Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).

Indicadores económicos relacionados al Sector Público	Primer trimestre 2020	Primer trimestre 2021
Pago mensual de la Planilla del Sector Público	B/.1,044.6	B/.1,103.6
Estado de la Deuda Pública	B/.29,845.2	B/.38,405.1
Subsidios otorgados por el Estado	B/.253.9	B/.253.9

Estadísticas de desempeño de salud a enero de 2021

Las estadísticas completas del periodo hasta enero 2021 fueron presentadas en la conferencia de prensa, dentro del Informe Epidemiológico, del 5 de enero de 2021 por el Dr. Leonardo Labrador, jefe de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSa). Este informe fue elaborado por el Departamento de Epidemiología del MINSa, con el nombre “Curva Epidemiológica del primer año de la pandemia –9 de marzo al 2 de enero– 2021”. A continuación, una transcripción de lo expresado por el Dr. Labrador en la conferencia de prensa del 5 de enero 2021:

- ◀ Al terminar el año 2020 en Panamá, el total de casos confirmados fue 259,770 más los que se reportaron aquel día 3,540 nuevos casos. Sobre las defunciones acumuladas 4,238 defunciones más 41 nuevas defunciones aquel día, para un porcentaje de letalidad de 1.6%.
- ◀ El total de pruebas 1,355,313 realizadas y 12,268 nuevas pruebas para un porcentaje de positividad de 28.8%.
- ◀ La curva epidémica en la última semana del año 2020 -la semana 53- , presentó la mayor incidencia de casos 21,009 en esa semana epidemiológica. La morbilidad por grupo de edad se presentó principalmente de 20 a 59 años y fueron del sexo masculino quienes mayormente se estaban enfermando que del sexo femenino.
- ◀ Se mantiene alto el número de pruebas, principalmente de la semana 51 a la 53 con el mayor número de pruebas realizadas. Se mantiene el porcentaje de positividad por debajo de las tendencias en los meses de mediados del año, para un promedio de 28.7% de positividad para la última semana.
- ◀ El número de casos hospitalizados va en aumento alcanzando un promedio de 2,084 pacientes hospitalizados. Con relación a las salas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que representa la línea roja se ve la estabilidad. Sin embargo, sí se presentaron más de 200 casos en la última semana, principalmente en el último día, 215 casos el 2 de enero.
- ◀ Los casos acumulados que se dieron durante esta pandemia en el año 2020, con mayor incidencia fueron en: la provincia de Panamá Oeste, la Región Metropolitana, Panamá Norte, San Miguelito y la provincia de Chiriquí, de casos acumulados.
- ◀ La incidencia de casos por grupo de edad representando la población de cada provincia y región, del 20 de diciembre al 02 de enero: las provincias



y las regiones que presentaron mayor incidencia de casos fueron, la provincia de Herrera, luego Panamá Oeste, la Región Metropolitana, las regiones de Panamá Este, Panamá Norte y San Miguelito.

- ◀ La semana más alta de fallecimientos ocurrió en la 52 y en la semana 53, esta última con 265 fallecimientos.
- ◀ El porcentaje de letalidad 1.6 a nivel de país, con tendencia a la baja de 1.3 para la semana epidemiológica número 53 del año 2020. Este porcentaje de letalidad por provincia, con relación a 1.6, se mostró que la comarca Guna Yala, la provincia de Colón, la provincia de Bocas del Toro y la provincia de Panamá fueron las que mantuvieron mayor porcentaje de letalidad por encima del resto del país.
- ◀ Sobre el Índice de Reproducción Efectiva RT (promedio de nuevas infecciones causadas por un solo individuo infectado en un momento t en la población parcialmente susceptible) fue a nivel del país 0.88, el índice de confianza entre 0.88 y 0.89 lo que demuestra este indicador es la disminución de la velocidad. Los casos se mantenían todavía en la alta incidencia permitiendo visualizar para establecer los periodos de incubación del virus. Las provincias de Bocas del Toro, Los Santos, Herrera, Chiriquí, Veraguas y Darién fueron las que principalmente mantuvieron un RT por encima de 1, tomando en cuenta que había disminuido la velocidad de reproducción del virus en el país.
- ◀ Al comparar Panamá a nivel internacional, en la última semana epidemiológica del año 2020 se mantenía en segundo lugar, después de los Estados Unidos, en mayor porcentaje de toma de pruebas. Comparando el porcentaje de letalidad, a nivel de América 2.9, Panamá se mantenía todavía por debajo de Estados Unidos y con un índice de letalidad de 1.6, lo cual demostraba que nos habíamos mantenido estables en esta posición.

La cronología sobre COVID-19 hasta marzo 2021

Con base a la información revisada, se han identificado 33 momentos importantes del desarrollo de la pandemia COVID-19 en Panamá. La Figura No. 5 muestra esta cronología de los hechos.

CRONOLOGÍA COVID-19 EN PANAMÁ

2020

MARZO

- 08 Primera defunción
- 09 Anuncio primer caso COVID-19
- 11 OMS declara la pandemia
- 11 Suspensión clases en colegios y universidades
- 13 Estado de Emergencia Nacional
- 17 Toque de queda 9:00 p.m. – 5:00 a.m.

- 24 Toque de queda las 24 horas, "Cuarentena total"
- 24 Prohibición venta bebidas alcohólicas
- 27 Plan Panamá Solidario
- 30 Restricción de movilidad por sexo, cédula y horario

ABRIL

- 30 Autorizan vuelos humanitarios retorno de panameños

MAYO

- 04 Suspensión pago de servicios de energía, teléfono, telefonía móvil e internet por 4 meses
- 08 Autoriza venta de bebidas alcohólicas condicionadas, 6 cervezas por persona o una botella de vino
- 29 Restablece toque de queda 7:00 p.m. a 5:00 a.m. y elimina restricciones de movilización por sexo, cédula y horario

JUNIO

- 01 Uso obligatorio de mascarillas
- 24 Rosario Turner dejó cargo ministra Salud y asume Luis Francisco Sucre
- 24 Moratoria pago de préstamos a bancos y cooperativas hasta 31 de diciembre de 2020

DICIEMBRE

- 18 Ola de contagios. Restricción movilización hasta 30 de enero 2021

NOVIEMBRE

- 13 Aprobó 28 millones para compra vacunas
- 25 Autoriza retorno al trabajo de 100% del personal del sector público y privado
- 25 Anuncio de acuerdo con Pfizer/Bio Tech compra 3 millones de dosis

OCTUBRE

- 12 Reactivación de hotelería, actividades turísticas, transporte, industrias creativas y culturales, piscinas, al 50% de capacidad. No permiten bailes, discotecas, ni fiestas privadas
- 23 Elimina cuarentena de fines de semana
- 24 Autoriza actividades recreativas en playas y ríos

SEPTIEMBRE

- 14 Se levanta restricción de movilización ciudadana por sexo
- 28 Reactivación comercio al por menor, apertura de centros comerciales, restaurantes y fondas, todos los servicios profesionales y el hipódromo

AGOSTO

- 18 Reglamentación de sanciones aplicadas por incumplimiento de medidas COVID-19
- 21 Implementan restricciones de movilización por sexo sin horario: mujeres lunes, miércoles y viernes y hombres martes, jueves y sábado

JULIO

- 20 Reinicio año escolar

2021

ENERO

- 07 Excepción del registro sanitario para adquisición de vacunas contra virus SARS-CoV-2
- 19 Anuncian logística del Plan de vacunación
- 20 Llegó el primer lote de vacuna 12,840 dosis Pfizer/Bio Tech

FEBRERO

- 01 Autoriza comercio al por menor de manera presencial, salas de belleza, barberías, CAIPI
- 08 Levanta restricción por género para ingresar a comercios. Podrán operar restaurantes, fondas y similares manera presencial
- 15 Modifica toque de queda en el país desde 10:00 p.m. hasta 4:00 a.m. mantiene cuarentena total los fines de semana
- 15 Acoge recomendaciones de OMS para autorizar uso de emergencia vacunas contra virus SARS-CoV-2

MARZO

- 06 Levanta cuarentena total de fines de semana y reactivan actividades recreativas y deportivas

Haciendo una focalización y cuantificación en el tiempo sobre las acciones de gobierno de mucho interés para los ciudadanos, se destacan la suspensión de las clases, los periodos de cuarentena total y de ley seca se obtienen los siguientes resultados:

Tabla No. 2 Cantidad de días de suspensión de las clases

DESDE	HASTA	CANTIDAD DE DÍAS	NORMA LEGAL
11 de marzo 2020	2 julio 2020	114 ¹	MINSA/MEDUCA. Comunicado No. 4 de 11 de marzo 2020 MEDUCA. Decreto Ejecutivo No. 564 de 2 de julio de 2020. Modalidad a distancia

Fuente: Elaboración propia.

El país cuenta con un estudio extraordinario que fortalece la comprensión de la cronología de los hechos más relevantes ocurridos durante la pandemia centrado en la opinión de los ciudadanos, fue realizado por investigadores de la Universidad Tecnológica de Panamá (Arias, et. ál., 2022), con el financiamiento de la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT). Establece los principales momentos de agitación de los ciudadanos en torno a la pandemia, por semanas calendario del año 2020. Es un estudio de big data del sentimiento público a través de Twitter. Se hace la cita de los resultados principales de esos momentos de agitación, para enriquecer esta cronología.

El 24 de marzo el gobierno decretó el toque de queda durante las 24 horas del día a partir del 25 de marzo a las 5:01 a.m. **La semana 12** del año, del 16 al 22 de marzo, que fue la semana intermedia entre la confirmación del primer caso COVID-19 en el país y el decreto de cuarentena total, “los ciudadanos exigen al gobierno que dicte medidas de cuarentena para frenar la propagación de la enfermedad. **Es la polaridad de sentimiento más negativa del año**” (Arias, et. ál., 2022).

La semana 13 del año, 23 al 29 de marzo, “el sentimiento sigue siendo negativo, pero menos que la semana anterior, ya que el gobierno promulgó medidas restrictivas para frenar la propagación de la enfermedad” (Arias, et. ál., 2022).

¹1,600 millones de niños, niñas y los y las adolescentes sufrieron el cierre de las escuelas a nivel nacional, en 188 países, a agosto de 2020 (OMS, 2021, p. 7).

Tabla No. 3 Días de cuarentena total

DESDE	HASTA	CANTIDAD DE DÍAS	NORMA LEGAL
24 de marzo 2020	30 marzo 2020	6	Decreto Ejecutivo No. 507 del 24 marzo 2020 Resolución No. 360 del 30 de marzo 2020

Fuente: Elaboración propia.

El gobierno saca a la población de la cuarentena total de las 24 horas del día, y dispone la salida de las personas de sus residencias, solamente por dos horas al día, para la compra de comida y medicinas. Sin embargo, esta medida estuvo regulada estrechamente porque se condicionó la salida por sexo: hombres: martes, jueves y sábados, y las mujeres: lunes, miércoles y viernes. La hora de salida estuvo definida por el último número de la cédula de identidad personal 0 hasta 9. El Decreto Ejecutivo No. 507 también prohibió la distribución, venta y consumo de bebidas alcohólicas en todo el territorio.

La **semana 16** del año, 13 al 19 de abril, “el sentimiento sigue siendo negativo. Las medidas de cuarentena y toque de queda se extienden más allá de las estimaciones originales. Crece la demanda en las redes sociales de moratorias y ayudas económicas impuestas por el gobierno” (Arias, et. ál., 2022).

Tabla No. 4 Restricción de movilidad por sexo, cédula y horario-1

DESDE	HASTA	CANTIDAD DE DÍAS	NORMA LEGAL
30 de marzo 2020	29 de mayo 2020	61	Resolución No. 360 del 30 de marzo 2020 Decreto Ejecutivo No. 644 de 29 de mayo 2020

Fuente: Elaboración propia.

El gobierno de Panamá justificó la prohibición de venta de bebidas alcohólicas como medida de prevención de problemas de salud mental y violencia, “el alcohol no es una parte necesaria de la dieta y no forma parte de un estilo de vida saludable, por lo tanto, no debe estar en la lista de compras y mucho menos en esta época” (OPS, abril 2020).

A partir del 8 de mayo, bajo nuevos parámetros y restricciones, se autorizó mediante el Decreto Ejecutivo No. 612 del 8 de mayo de 2020 la distribución, venta y consumo de bebidas alcohólicas:

- a. La venta sólo podrá realizarse en los establecimientos comerciales que cuenten con la debida autorización para el expendio de bebidas alcohólicas.
- b. Únicamente se podrá vender al detal y en envases cerrados.
- c. La venta de bebidas alcohólicas será para consumo personal y domiciliario, dentro del marco de las restricciones de movilidad vigentes.
- d. Sólo se podrá vender o despachar por persona: seis unidades de cerveza o una botella de vino o una de licor de cualquier tipo.
- e. En los casos de restaurantes que ofrezcan el servicio de comidas para entrega a domicilio, sólo se permitirá la venta de una unidad de bebida alcohólica por pedido.

La **semana 19** del año, 4 al 10 de mayo, “se levanta la prohibición de venta de alcohol. El sentimiento tiende hacia una polaridad más positiva, las críticas hacia el gobierno se mantienen” (Arias, et. ál., 2022).

Tabla No. 5 Cantidad de días de la Ley Seca

DESDE	HASTA	CANTIDAD DE DÍAS	NORMA LEGAL
24 de marzo 2020	8 mayo 2020	46	Decreto Ejecutivo No. 507 del 24 marzo 2020 Decreto Ejecutivo No. 612 del 8 de mayo de 2020
8 de mayo	18 de junio	42	Decreto Ejecutivo No. 730 del 18 de junio 2020 Con restricción hasta el 18 de junio

Fuente: *Elaboración propia.*

A partir del 21 de agosto las restricciones de movilidad por sexo se flexibilizan porque se mantienen, pero sin horario específico. El 11 de septiembre se anuncia la suspensión en todo el territorio de la restricción de movilidad ciudadana por sexo a partir del 14 de septiembre. Se establece el toque de queda desde las 11:00 p.m. hasta las 5:00 a.m., y la cuarentena total los domingos en Panamá y Panamá Oeste.

Tabla No. 6 Restricción de movilidad por sexo y cédula-2

DESDE	HASTA	CANTIDAD DE DÍAS	NORMA LEGAL
21 de agosto 2020	14 de septiembre 2020	25	Resolución No. 791 de 21 agosto 2020 Restricción de movilidad sin horario Decreto Ejecutivo No. 1078 de 11 septiembre de 2020

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con (Arias, et. ál., 2022) en la **semana 51** del año, 14 al 20 de diciembre, “hubo un repunte en el sentimiento positivo. La perspectiva de las celebraciones navideñas aumenta el sentimiento general. El gobierno confirma la aprobación de emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech, semanas después de confirmar la adquisición inicial de 3 millones de sus vacunas”.

Desde el viernes 18 de diciembre, por la gran incidencia de casos, se estableció el toque de queda en todo el territorio de lunes a domingo de 7:00 p.m. a 5:00 p.m.


Del 21 de diciembre hasta el 31 de diciembre se volvió a establecer la circulación por sexo. Se prohibieron las reuniones de más de 10 personas y el uso de playas, ríos y balnearios del 23 de diciembre al 4 de enero. La **semana 52**, del 21 al 27 de diciembre, “El gobierno panameño publica el cronograma inicial de distribución de vacunas, causando debate en las redes sociales. El sentimiento se deteriora una vez más hacia una polaridad negativa” (Arias, et. ál., 2022).

Del 4 al 14 de enero de 2021 se establece el toque de queda de 8:00 p.m. a 5:00 a.m. para Panamá y Panamá Oeste restringiendo la movilidad de las personas por sexo, por día de la semana, a razón de 2 horas diarias solo para abastecerse de comida y medicinas. Se declaró la cuarentena total el 9 y 10 de enero en todo el país.

Tabla No. 7 Restricción de movilidad por sexo, cédula y horario-3

DESDE	HASTA	CANTIDAD DE DÍAS	NORMA LEGAL
18 de diciembre 2020	14 de enero 2021	28	Decreto Ejecutivo No. 1683 de 18 de diciembre de 2020 Decreto Ejecutivo No. 1686 de 28 de diciembre 2020

Fuente: Elaboración propia.



Además del estudio de la Universidad Tecnológica de Panamá previamente citado, el cual se enfocó en los sentimientos de la población expresados en la red social Twitter, también se cuenta con una encuesta de opinión pública realizada, por solicitud del diario La Prensa (Palm, 2021), a la empresa encuestadora GAD3¹.

La ficha técnica de la encuesta de opinión señala que el universo de esta fue la población general del Panamá mayor de edad, mediante una muestra de 1,207 personas a quienes se les entrevistó por teléfono. El margen de error es +/- 2.9%, con un nivel de confianza de 95.5%. Las entrevistas duraron un promedio de seis a ocho minutos y se hicieron entre el 5 y 10 de mayo de 2021.

Los resultados relevantes de esta consulta ciudadana sobre la valoración de la gestión del gobierno en la pandemia son: el 39.7% respalda la gestión de la crisis, el 27.5% la rechaza y el 31.9% la considera ni buena, ni mala. En contraste, hay un amplio apoyo al plan Panamá Solidario, el 79.8% lo aprobó (Palm, 2021).

Conclusiones

El sistema de salud de Panamá atendió, en los tiempos requeridos, a las alertas internacionales sobre la aparición del virus SARS-CoV-2 y se preparó para afrontar la pandemia. Un año después, el 39.7% de la población consideró positiva la gestión de la crisis.

La vida cotidiana, escolar y laboral así mismo como las actividades productivas que se desarrollan en el país, fue regulada estrictamente durante el primer año de la pandemia mediante resoluciones y decretos ejecutivos del Ministerio de Salud, el Consejo de Gabinete y otros ministerios.

Se dio una importante recesión económica ocasionada por la pandemia COVID-19 durante el primer año, que representó una variación de 895.1 millones de dólares del PIB, comparando el primer trimestre del año 2020 con el primer trimestre del 2021.


La curva epidémica en la última semana del año 2020 –la semana 53–, presentó la mayor incidencia de casos 21,009 en esa semana epidemiológica. La morbilidad por grupo de edad se presentó principalmente de 20 a 59 años; la mayoría de los enfermos fueron del sexo masculino.

¹ GAD3 fue la única empresa encuestadora que atinó los resultados oficiales de las elecciones generales en Panamá del 5 de mayo 2019. Es una empresa consultora española de investigación social y comunicación. Algunas áreas de especialización que maneja son: los estudios sociopolíticos y de opinión pública, notoriedad y reputación de marca, auditoría de marca y productos, audiencia, satisfacción a clientes y estudios prospectivos y de tendencias. <https://www.gad3.com/>

La suspensión de las clases afectó a los estudiantes por 114 días del período escolar; hubo una restricción muy estricta de la movilidad de la población por 120 días entre marzo 2020 y marzo 2021. La implementación de la ley seca ocasionó un pico importante de agitación de la población en la red social Twitter. La ley seca se implementó desde el inicio de la pandemia en marzo hasta mayo, con un primer tramo de 46 días y de mayo-junio por 42 días.

Referencias

- ❖ Arias, F.; Guerra-Adames, A.; Zambrano, M.; Quintero-Guerra, E.; Tejedor-Flores, N. (2022). Análisis del sentimiento público de habla hispana en el contexto de una pandemia y malestar social: EL caso de Panamá. *International Journal Environmental Research and Public Health*. 19, 10328. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610328>
- ❖ Chapman, G. (2021). *Hacia una nueva visión económica y social de Panamá. Una propuesta para la reflexión*. Manuscrito no publicado.
- ❖ Contraloría General de la República. (noviembre 2020). *Comportamiento de la Economía a través de sus Principales Indicadores Económicos y Financieros del Sector Público*. Al 31 de marzo de 2020.
- ❖ Contraloría General de la República. (octubre 2021). *Comportamiento de la Economía a través de sus Principales Indicadores Económicos y Financieros del Sector Público*. Al 31 de marzo de 2021.
- ❖ Chen Barría, J. (2021). *El futuro de la economía panameña pos-COVID-19*. s/e.
- ❖ Mercado, F. (2020). *Una pandemia de errores. Cómo y por qué la mala gestión del gobierno convirtió a España en campeona mundial del coronavirus*. Deusto: Grupo Planeta.
- ❖ Ministerio de la Presidencia. (2021, 30 de diciembre). Consejo de Gabinete aprueba Resoluciones sobre el estado de emergencia decretado por la pandemia Covid-19. <https://www.presidencia.gob.pa/Noticias/Consejo-de-Gabinete-aprueba-Resoluciones-sobre-el-estado-de-emergencia-decretado-por-la-pandemia-de-la-Covid-19->
- ❖ Ministerio de Salud. (enero, 2020). *Plan Operativo Nacional del Sistema de Salud para la Prevención y Control del Nuevo Coronavirus – (2019-nCoV) Enero – 2020*. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/destacado/plan_coronavirus.pdf
- ❖ Ministerio de Salud. (febrero, 2020). *Plan de Acción ante un brote o epidemia de COVID-19 en el territorio nacional*. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/plan_operativo_para_la_contencion_del_covid-19_v12.pdf
- ❖ Organización Panamericana de la Salud. (abril 2020). *La cuarentena total de Panamá incluye cero consumos de bebidas alcohólicas como medida de prevención de problemas de salud mental y violencia*. <https://www.paho.org/es/noticias/1-4-2020-cuarentena-total-panama-incluye-cero-consumo-bebidas-alcoholicas-como-medida>
- ❖ Palm, M. (20 de mayo de 2021). *Una ligera mayoría aprueba el manejo oficial de la pandemia*. *Diario La Prensa*.

- 
- ❖ Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española. (1992). Vigésima primera edición. Tomo II. Edición especial del convenio entre la Real Academia Española y la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía.
 - ❖ Samaniego, A. (9 de marzo de 2021). Un año después de la pandemia en Panamá: lo bueno y lo malo. Diario La Prensa.

La Estrategia de
Comunicación gubernamental

Capítulo
02





La Estrategia de **Comunicación gubernamental**

Carmen G. Solano Villanueva

Contenido

Promoción, comunicación de riesgo y participación social	44
Objetivos y actividades estratégicas de la comunicación gubernamental	45
Designación de Voceros oficiales	47
Voceros oficiales Regionales	54
Plan de medios de la comunicación social	76
Coordinación para la participación de la comunidad	78
Distribución de material educativo	80
Actualización de la información	80
Línea Caliente para orientación de la comunidad	80
Estrategia de comunicación, Indicadores de logro e impacto	82
La comunicación de la estrategia de vacunación del MINSA, Operación Panavac-19	84
Conclusiones	89
Referencias	89

La estrategia de la comunicación gubernamental en todo tiempo, no solo en periodo de pandemia, requiere la planificación estratégica de la comunicación que debe desarrollar un gobierno para mantenerse en contacto y que sea del interés de los ciudadanos. En tiempos normales, “es la comunicación que se planifica para informar sobre los servicios que presta, las políticas públicas que impulsa, y que no debe utilizarse con fines discriminatorios, para violar los derechos humanos de los ciudadanos o con fines electorales o partidarios” (CIDH, 2012, criterio 42).

Ante el hecho global que fue la pandemia COVID-19, los gobiernos tuvieron que reaccionar rápidamente “La crisis COVID-19, por su gravedad y su urgencia, se ha convertido en un paradigma sin precedentes en el que poder analizar el papel de la comunicación en su gestión y en los esfuerzos para tratar de que sus consecuencias sean menos trágicas” (Losada Díaz, et al, 2020, p. 34).

Una estrategia de comunicación es “la práctica que tiene como objetivo convertir el vínculo de las organizaciones (en este caso, el gobierno) con su entorno cultural, social y político en una relación armoniosa y positiva desde el punto de vista de sus intereses u objetivos” (Tironi & Cavallo, 2004, p. 27) y otra manera de definirla “es interactividad, una tarea multidisciplinaria que pretende trabajar con una empresa (gobierno) en situación y proyección” (Scheinsohn, 2011, p. 92), pero sobre todo es la herramienta que acompaña la gestión de cualquier crisis. Y en una crisis de pandemia sanitaria las situaciones que se dan son multicausales por lo que “es necesario acometer acciones de comunicación para mantener la fluidez de una información veraz y para cerrar directrices de comportamiento social a través de la sensibilización y la educación ciudadana” (Castillo-Esparcia, 2020, p. 2).

Durante las crisis de salud, la comunicación “es una dimensión constitutiva de los procesos de salud” (Díaz, 2014, p. 8). La comunicación para la salud evolucionó de un enfoque estrictamente instrumental a uno estratégico y relacional, que reconoce las particularidades sociales y culturales de la población (Ibid.). La información sobre salud constituye información sensible y, por ende, es particularmente protegida (Segura, p. 56). Es sensible y es una comunicación de riesgos durante una crisis importante de salud, donde se espera que los gobiernos reaccionen de manera reactiva ante un evento imprevisto.

Desde el mes de enero de 2020 se organizaron las capacidades instaladas del gobierno mediante la Resolución No. 075 de jueves 23 de enero de 2020 “Que ordena la activación del Centro de Operaciones de Emergencia en Salud en el marco de la alerta internacional de salud declarada por la OPS/OMS con relación al brote del nuevo coronavirus (nCOV 2019) en diferentes países con origen en China”. Esta resolución estableció que el Centro de Operaciones de Emergencia en Salud (CODES) es la instancia de toma de decisión al más alto nivel del sector salud en situaciones de alertas sanitarias y/o emergencias y desastres. Tiene 24 miembros y es presidido por la ministra de Salud. También participa el director de la Caja de Seguro Social (CSS), 13 cargos directivos del Ministerio de Salud, 5 cargos de la CSS, el director general del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud, 1 representante de puntos de entrada al país, el director del Sistema Nacional de Protección Civil y 1 representante del Consejo de Seguridad Nacional.

En el mes de junio de 2020 se crea el Centro de Operaciones para el Control y Trazabilidad Comunitaria ante el COVID-19 (COCyCT) cuyo equipo ejecutivo está liderizado por el Ministerio de Salud y sus miembros son los ministerios de Seguridad Pública, Desarrollo Social y el ministerio de la Presidencia, la Caja de Seguro Social y las gobernaciones (MINSEG, 20 de junio 2020).

Promoción, comunicación de riesgo y participación social

El enfoque de comunicación elegido por el MINSA para el manejo de la pandemia fue el de la Comunicación de Riesgos y la Participación de la Comunidad (CRPC). La CRPC es una estrategia nueva que “promueve los enfoques que priorizan a las personas y están liderados por la comunidad. Esto aumentaría la confianza y la cohesión social, además de reducir las consecuencias negativas de la COVID-19” (OMS, 2021, p. 4).

Para lograr la CRPC se debe diferenciar que hay distintos momentos de riesgo que se tuvieron que afrontar durante el desarrollo de la pandemia. Se pueden estimar, para el caso panameño, tres etapas de riesgo: la primera, de marzo a mayo 2020; la segunda, de junio a diciembre de 2020 y la tercera, de enero a marzo 2021.

La primera etapa fue de mucho estrés de la población a causa de la incertidumbre de saber poco sobre la enfermedad. La alta percepción de riesgo fue por la conciencia de la población que podía contraer la enfermedad y que se podía morir por COVID. Esta primera etapa demandó un liderazgo de las autoridades con un enfoque que priorizara a las personas para dirigir y decir qué hacer. Además, fue el período en que las personas se contagiaron más y murieron por la inexistencia de una vacuna.

La contención del virus se hizo a través de la implementación de fuertes medidas de control de la movilidad de la población. La comunicación y la participación en las acciones de gobierno se hizo solo con los funcionarios públicos del sector salud y de los estamentos de seguridad; no se tuvo una participación de la comunidad, todo lo contrario, se encerró a la población.

La comunicación de la primera etapa, principalmente la de los primeros días de la pandemia, fue instructiva y unilateral de la autoridad. Se apeló a la vocería de expertos en medicina, que utilizaron un lenguaje técnico con conceptos médicos y estadísticos hasta entonces desconocidos para la mayoría de la población. Sin embargo, somos de la opinión que tuvo un efecto necesario, el de brindar algo de seguridad a una parte importante de la población, debido a que se pudo ver por televisión y experimentar que hubo personas expertas, que nos informaron con seguridad lo que se sabía progresivamente sobre la enfermedad. Fue el momento en que la ciencia ganó muchos puntos en el reconocimiento de los ciudadanos.

Este enfoque de ofrecer información técnica ayudó a instalar la idea que la información científica brindada relativa a la enfermedad COVID-19, fue abierta y transparente sobre lo conocido y lo desconocido, así como sobre la incertidumbre y los errores. El enfoque muy técnico se cambió hacia uno que persiguió mayor generación de confianza, más cercano a la comprensión

de la información por más personas, después de los momentos iniciales de mayor incertidumbre. Esto sucedió a partir del 25 de junio cuando se creó el Consejo Consultivo de Salud, “cuya tarea principal será la de fungir como organismo asesor del jefe del Ejecutivo en las estrategias para continuar la lucha contra el COVID-19. La labor del Consejo será paralela y concurrente con la que desempeña el Comité Asesor que ha venido acompañando al Ministerio de la Salud en la actual coyuntura sanitaria” (Ministerio de la Presidencia, 25 junio 2020).

La participación de la comunidad en el primer período de la pandemia se empezó a manifestar a partir de la implementación del Plan Panamá Solidario el 27 de marzo de 2020. Fue el inicio de una etapa participativa y colaborativa de más actores sociales, muchos del sector privado, estableciendo una comunicación bidireccional con el MINSA y otros ministerios para dar apoyo humanitario. El sector de las fundaciones, clubes cívicos y organizaciones no gubernamentales, ofrecieron un voluntariado que apoyó el trabajo en comunidad y las acciones dentro de la gestión de la pandemia; se prolongó de junio a diciembre. La tercera etapa, de enero 2021 a marzo 2021, fue la de la masiva participación de la población para aceptar las vacunas contra el COVID-19 que adquirió el gobierno, gratuitas para toda la población.

Objetivos y actividades estratégicas de la comunicación gubernamental

El Componente Promoción, Comunicación y Participación Social, del Plan Operativo Nacional del Sistema de Salud para la Prevención y Control del Nuevo Coronavirus – (2019-nCoV) ENERO – 2020, entrega los objetivos y actividades delineados por el MINSA para desarrollar la estrategia gubernamental de comunicación. Fueron estos (MINSA, enero 2020, p. 24):

Objetivos

1. Intensificar la información a la comunidad sobre las medidas de prevención y control del 2019-n-CoV en la población con el fin de mantenerla informada.
2. Promover el cumplimiento de las medidas sanitarias establecidas en la población panameña, con énfasis en los actores y grupos sociales claves.
3. Mantener la posición del MINSA como fuente oficial de la información relacionada a este evento.
4. Monitorear la efectividad de la estrategia de comunicación y realizar los ajustes necesarios.



Actividades

Las actividades principales definidas para la comunicación de riesgo, la promoción y la participación social:

1. Designación de Voceros oficiales por el Despacho Superior del MINSA.
 - Voceros del área técnica
 - Voceros R
2. Elaboración del plan de medios de comunicación masiva.
3. Actualización de la información de acuerdo con el escenario del momento.
4. Coordinación con instituciones y empresas públicas y privadas, y organizaciones para la difusión de información y obtener su colaboración en la prevención y control de esta situación
 - Farmacéuticas
 - Medios de comunicación social masiva
 - Telefonías
 - Iglesias y Arzobispado
 - Líneas aéreas y medios de transporte
 - Asociación de hoteles
 - Clubes Cívicos
 - Universidades públicas y privadas
 - Escuelas públicas (MEDUCA) y colegios privados
 - Municipios
 - Gobernaciones
 - Personal de Aduanas y Migración
 - Comités de Salud
 - Autoridades de aeropuertos, puertos y fronteras
 - Policía Nacional
 - Otras
5. Distribución de material educativo actualizado para los medios de comunicación y la comunidad.
6. Elaboración y divulgación de boletines sobre la situación a nivel internacional y Panamá.

7. Habilitación de una Línea Caliente para orientación de la comunidad.
8. Actualización oportuna de la página web del MINSA para divulgar información y recomendaciones.
9. Transmisión de videos y cintillos sobre las medidas preventivas en los aeropuertos

Los responsables del componente Promoción, Comunicación y Participación Social fueron las direcciones nacionales del MINSA, Dirección de Promoción, Dirección de Comunicación con el apoyo de las demás direcciones nacionales del ministerio y la colaboración del sector público y el privado.

Designación de Voceros oficiales

El Ministerio de Salud (MINSA), a través de la Dirección de Relaciones Públicas, gestionó un total de 7,480 vocerías de miembros técnicos del MINSA y de todo el sector público. Fueron emitidas en medios de comunicación y divididas de la siguiente manera: 4,320 a través de la radio y 2,880 a través de las estaciones de televisión locales. A. Abrego (comunicación personal, 5 de julio 2023).

Este estudio contabilizó la participación de 355 voceros oficiales provenientes de la estructura de gobierno, expertos externos y también miembros de la empresa privada designados o autorizados por el MINSA para participar en las conferencias de prensa.

El equipo de esta investigación analizó la participación y declaraciones públicas en las conferencias de prensa de 20 autoridades de alto nivel, ministros, autoridades gubernamentales y presidente (en cinco mensajes que dio a la nación).

Estos 20 voceros estudiados se seleccionaron por la mayor frecuencia de comparecencia a las conferencias. Mediante las acciones evidenciadas por ellos, se evaluó la gestión de la pandemia.

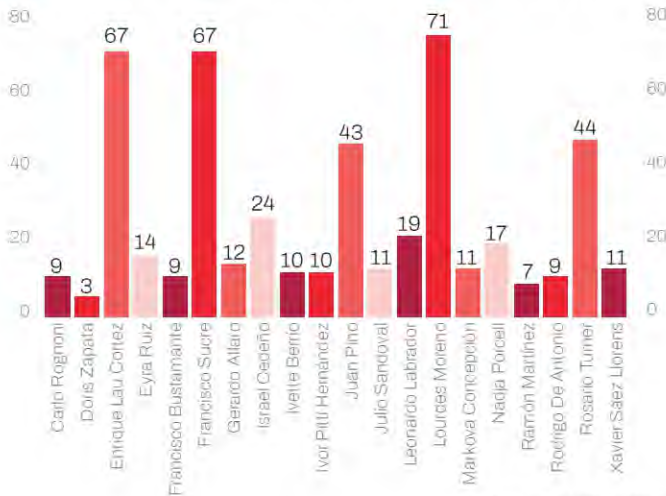
Tabla No. 8 Selección de veinte Voceros/Autoridades de alto nivel

Voceros
Rosario Turner – Ministra de Salud
Luis Francisco Sucre – Vice Ministro y Ministro de Salud
Enrique Lau Cortez – Director General de CSS
Lourdes Moreno – Directora de Epidemiología (MINSA)
Juan Pino – Ministro de Seguridad Pública
Israel Cedeño – Director Salud Región Metropolitana
Leonardo Labrador – Director Epidemiología (MINSA)
Nadja Porcell – Directora General de Salud
Eyra Ruiz – Ministra Consejera de Salud
Markova Concepción – Ministra MIDES
Ivette Berrío – Viceministra de Salud
Gerardo Alfaro – OPS/OMS Panamá (Asesor)
Xavier Sáez Llorens – Hospital del Niño (Asesor)
Rodrigo De Antonio – Director Centro Investigación en Vacunas
Carlo Rognoni – Viceministro MIDA
Francisco Bustamante – Sub Director CSS
Ivor Pittí Hernández – Viceministro de Seguridad Pública
Ramón Martínez – Ministro de Comercio
Doris Zapata – Ministra de Trabajo y Desarrollo Laboral
Julio Sandoval – Coord. Nacional de Cuidados Intensivos MINSA

Fuente: Elaboración propia

La vocera que más veces asistió a las conferencias de prensa fue la jefa de Epidemiología Lourdes Moreno 71, el viceministro y después ministro Francisco Sucre junto al director general de la Caja del Seguro Social Enrique Lau Cortez, ambos 67 veces. Rosario Turner fue la ministra que lideró el inicio de la pandemia hasta el mes de junio de 2020, 44 veces. El ministro de Seguridad Juan Pino, 43. El director de Salud de la Región Metropolitana Israel Cedeño, 24 y el también jefe de Epidemiología, Leonardo Labrador, 19. Los ministros que comparecieron a las conferencias fueron: Markova Concepción ministra de Desarrollo Social 11, Ramón Martínez 7, ministro de Comercio e Industrias y Doris Zapata 3, ministra de Trabajo y Desarrollo Laboral. El asesor externo durante la pandemia Gerardo Alfaro 12, jefe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS-Panamá tuvo una activa participación los dos primeros meses de la pandemia al igual que Xavier Sáez Llorens 11, asesor, infectólogo Hospital del Niño.

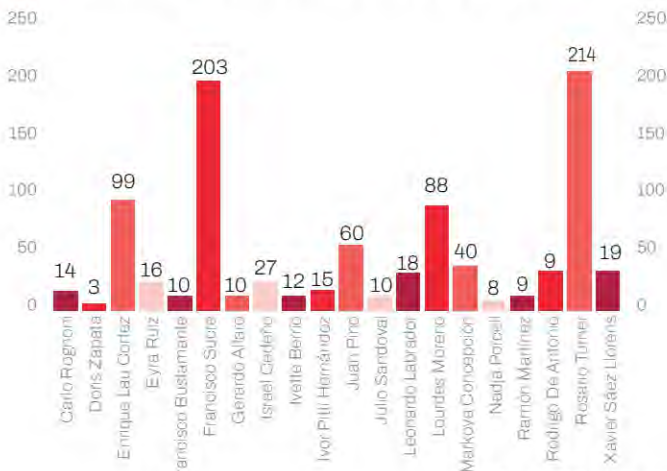
Figura No. 6 Cantidad de comparecencias de los Voceros



Fuente: Elaboración propia

Las intervenciones son las veces que el vocero toma la palabra durante todo el desarrollo de las conferencias de prensa. Debido a que los ministros de salud lideraron las conferencias de prensa en sus respectivas gestiones en el cargo, fueron quienes tomaron la palabra en más oportunidades comparándolos con los demás voceros. Ambos ministros, tuvieron la mayor cantidad de intervenciones durante las conferencias que lideraron, Turner 214 veces y Sucre 203. Enrique Lau Cortez intervino 99 veces, Lourdes Moreno 88 y el ministro de Seguridad Juan Pino 60. Estos cuatro voceros llevaron el peso del desarrollo de las conferencias de prensa en el periodo estudiado.

Figura No. 7 Cantidad de intervenciones de los Voceros

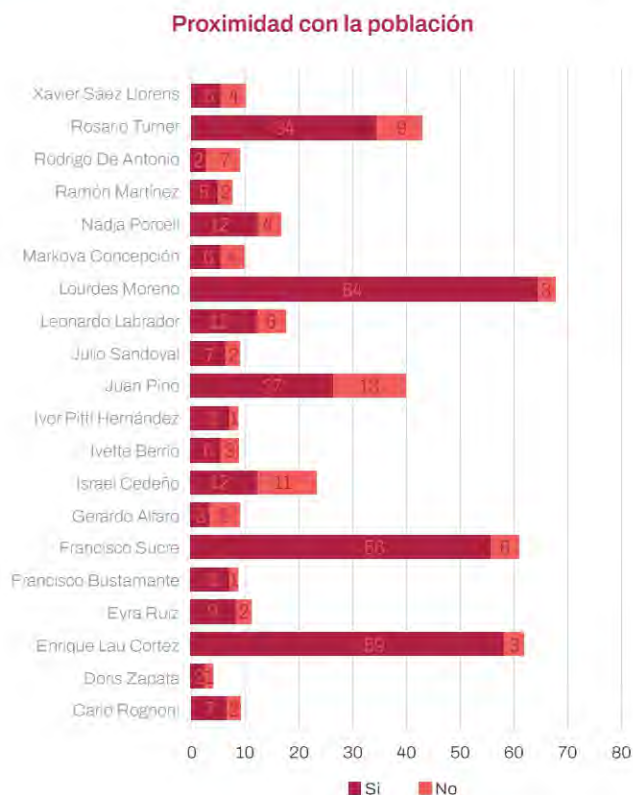


Fuente: Elaboración propia

Todos los voceros demostraron una gran intención de proximidad con la población. La proximidad con la población es un mecanismo de gestión en una crisis de salud, como es la pandemia COVID-19, donde se debe tener como prioridad la población y que esta perciba esa proximidad para valorar bien a las instituciones y la intención de proteger la vida. El objetivo fue lograr esa percepción de proximidad de las autoridades para generar confianza en los ciudadanos, que estos atendieran las medidas de todo tipo propuestas, particularmente las sanitarias.

El vocero que demostró mayor proximidad fue la jefa de Epidemiología Lourdes Moreno en 64 comparecencias y solo tres veces no. Le siguen el director de la Caja de Seguro Social Enrique Lau 59 y 6 veces no, al igual que el ministro Francisco Sucre 56 y 6 veces no.

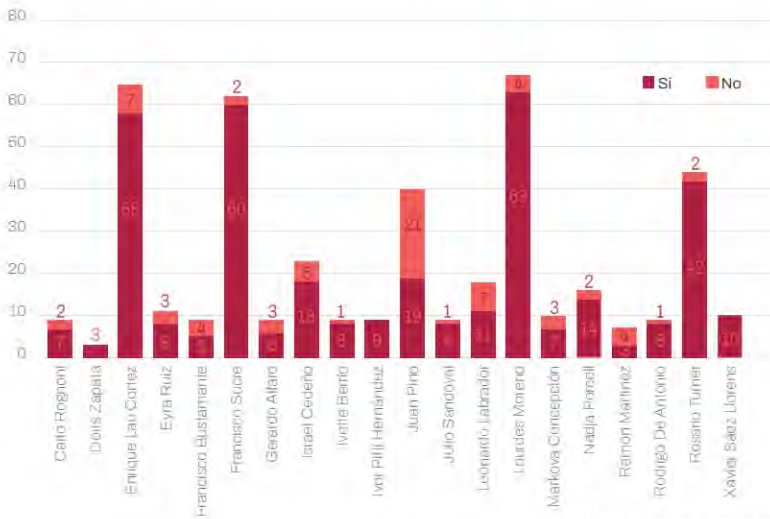
Figura No. 8 Proximidad de los Voceros con la población



Fuente: Elaboración propia

La capacidad de convencer a alguien significa hacer llegar a una persona a cierta conclusión usando argumentos lógicos. Los voceros que demostraron mayor capacidad para convencer fueron los mismos: Lourdes Moreno 63-4, Francisco Sucre 60-2 y Enrique Lau 58-7.

Figura No. 9 Capacidad de los Voceros para convencer

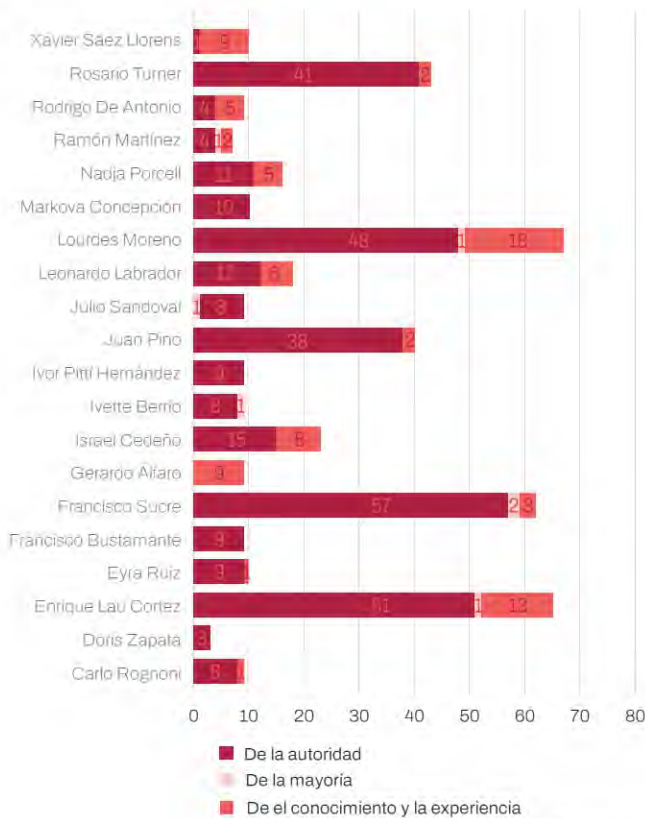


Fuente: Elaboración propia

La argumentación tiene como fin o bien persuadir al destinatario del punto de vista que se tiene sobre un asunto, o bien convencerlo de la falsedad o veracidad de una teoría, para lo cual debe aportar determinadas razones. Se utilizaron tres tipos de argumentaciones para medirlos: de autoridad, que se adelanta a posibles opiniones contrarias y refuerza la idea que desea defender apoyándose en expertos; argumento de la mayoría, cuando se recurre al sentir de la mayoría de la gente presentándolo no como ideas propias sino como algo compartido por la mayoría y el argumento del conocimiento y la experiencia que incluye datos diversos y utiliza ejemplos para ilustrar lo que se quiere defender o rechazar.

El argumento mayormente utilizado por los voceros fue el de autoridad salvo en el caso de los voceros que jugaron un rol de asesores externos, Xavier Sáez Llorens, Gerardo Alfaro en todas sus comparecencias y Julio Sandoval en el 90% de ellas quienes en todas sus comparecencias utilizaron el argumento del conocimiento y la experiencia. Lourdes Moreno también utilizó este tipo de argumentación lo mismo que Enrique Lau.

Figura No. 10 Argumentación



Fuente: Elaboración propia

Roles asumidos por los ministros de Salud

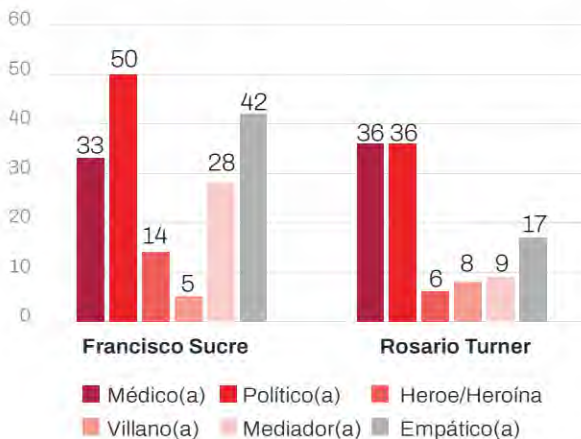
Se ponderaron 6 roles para llevar el análisis un poco más descriptivo sobre el comportamiento demostrado por los dos ministros de salud del período. Asumieron el rol de médico cuando enfrentaron los problemas de salud, contribuyendo con su conocimiento, aconsejando, ayudando y enfocándose en explicar lo que se necesitó para evitar muertes; político/a cuando representó los mejores intereses del gobierno en la administración de los recursos públicos, vela por el interés general de los ciudadanos y mantiene una ética profesional de servicio al pueblo; héroe/heroína cuando expresó el haber tomado decisiones extraordinarias que requirieron valor; villano/a si se percibió que creó el conflicto y no encontró soluciones o no hizo propuestas para atender los problemas; mediador/a cuando ejerció cualidades personales para establecer las normas, no juzgar y escuchar activamente ; empático/a cuando comprende y respeta los sentimientos, las

emociones de los individuos, reconocen el padecimiento de todos y muestran una actitud de comprensión y deseos de hacer todo lo posible por aliviar las cargas.

Los roles fuertes desarrollados por el ministro Sucre en las conferencias fueron los de político en 50 de sus comparecencias y como persona empática en 42. Solo fue percibido 5 veces como villano y 14 como héroe.

Los roles de la ministra Turner fueron de política y médica, ambos en 36 de sus 44 comparecencias; también fue empática en 17 de las veces, mediadora en 9, villana en 8 y heroína en 6.

Figura No. 11 Roles asumidos por los ministros de Salud



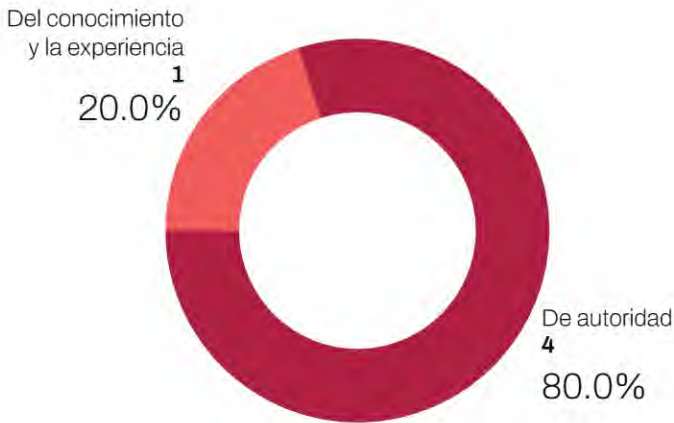
Fuente: Elaboración propia

Análisis de cinco comparecencias del presidente de la República

El presidente Laurentino Cortizo Cohen demostró, en todas las veces que se dirigió al país, 100% de proximidad con la población, capacidad de convencer y se proyectó como héroe todas las veces.

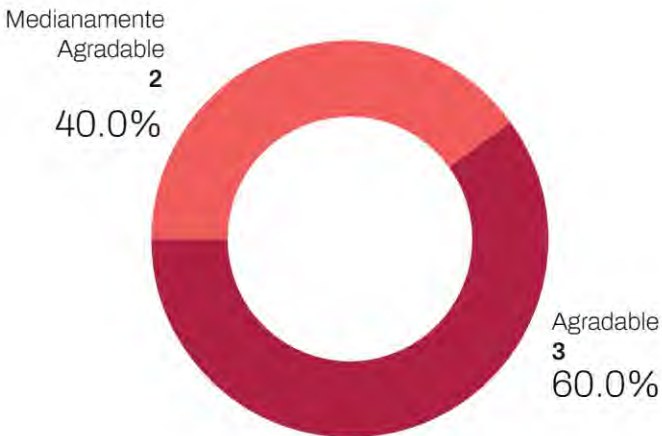
En una proporción de 4 a 1 utilizó un discurso político persuasivo, su mensaje fue sensible al dolor de la gente y sus argumentos estuvieron basados en su autoridad 80% y en el conocimiento y la experiencia 20%. La manera de expresarse del presidente fue agradable 60% y medianamente agradable 40%.

Figura No. 12 Argumentación del presidente Laurentino Cortizo



Fuente: Elaboración propia

Figura No. 13 Manera como se expresó el presidente Cortizo



Fuente: Elaboración propia

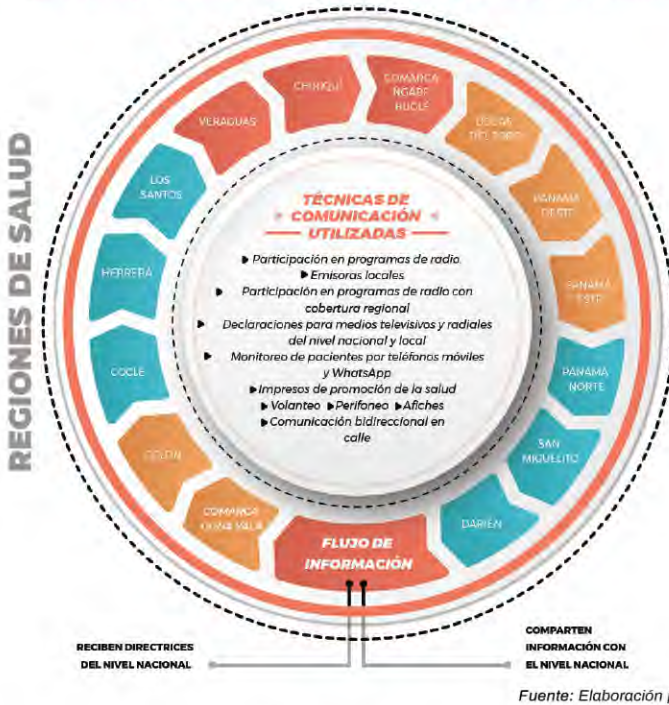
Voceros oficiales Regionales

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Comunicación, centralizó el flujo de la información que se generara entre las 14 regiones de salud y la oficina central del nivel nacional. El propósito fue unificar los mensajes que se transmitirían tanto a lo interno de la institución como con el destinatario principal fuera del ministerio, los medios de comunicación social, incluyendo los nuevos medios digitales. Los destinatarios finales, la población panameña en general.


La Figura No. 14 muestra el esquema de trabajo definido para cumplir con el mandato del MINSA, Decreto Ejecutivo No. 64 de 28 de enero 2020, artículo 9, que establece que el “Ministerio de Salud es el único ente oficial autorizado para divulgar información referente a todo lo concerniente al brote del nuevo coronavirus en el país” (MINSA, enero de 2020).

Figura No. 14 Sistema de comunicación – Regiones de Salud

Sistema de Comunicación Regiones de Salud



Se realizaron entrevistas a los directores de las Regiones de Salud debido a que fueron los voceros oficiales designados en las regiones para conocer a través de ellos, la experiencia de comunicación en el nivel local. Las preguntas orientadoras de las entrevistas fueron: 1) ¿Qué fue lo más complicado o difícil de comunicar a la población de la provincia durante el primer año de la pandemia? 2) ¿Había algún canal de retroalimentación con la población sobre la estrategia de comunicación? 3) ¿Cómo se evaluaba el papel que jugaban los medios de comunicación comerciales? 4) ¿Puede describir cómo ha variado su forma de ver la comunicación antes y después del año 2020? 5) ¿Podría identificar algunas fortalezas y debilidades de la gestión de comunicación en su provincia?



A continuación, una transcripción de la información relevante proporcionada por los directores de las Regiones de Salud del Ministerio de Salud, que permite conocer su experiencia de gestión de la pandemia COVID-19 y comprender el manejo de la comunicación en el nivel local.

Provincia de Coclé

Dr. Mario Lozada – Director Regional de Coclé (Comunicación personal, 5 de julio 2022)

Delega en la Dra. Jeannette Hines – Odontóloga

Miss Querube Díaz – Coordinadora Regional de Promoción de Salud

Dr. Johny Castillo – Medicina Preventiva y Salud Pública

“La forma de ver la comunicación en nuestra situación de trabajo ha cambiado muchísimo antes del 2020 y después del 2021. La comunicación, los medios, las reuniones, durante la pandemia, fue un punto muy fuerte, para nosotros una gran columna, porque a través de los medios de comunicación se ha recibido una gran ayuda. Le hemos podido llegar a tanta gente porque no es lo mismo cuando se utiliza solo la televisión que cuando se utiliza la radio. Nosotros tenemos en Coclé muchos poblados bien alejados, pero se logra el acceso indiscutiblemente mediante la radio.

Hubo la predicción que Coclé sería una de las provincias que tendría más muertes y contagios, debido a su condición de provincia de tránsito, también es un lugar turístico, y además de esto, por sus pacientes con insuficiencia renal. Pero no se dio, hicimos mucha promoción en todo aspecto y gracias a los medios de comunicación, a todo el equipo de salud y a la población, esa predicción nunca se cumplió. Porque Coclé es una de las provincias que menos fallecidos tiene y que más vacunación ha llevado.

La participación a través de los medios de comunicación se hizo compartiendo la información a las televisoras, emisoras de radio, la prensa, y las redes sociales. Para poder llevar la información y poder exhortar, en eso nos hemos basado, en exhortar, animar a la población más que todo, persuadirla, porque el hecho de que las personas vayan y se vacunen no es tan fácil, pero en conjunto lo hemos logrado, nosotros tenemos un alto índice de vacunados. Nos han abierto las puertas en este aspecto del proceso, el gran éxito que hemos tenido como equipo de salud de Coclé lo debemos mucho a los medios.

A veces se piensa que solo es radio y televisión, pero no, también están las redes sociales, que la gente se informa mucho a través de ellas en general, usted sabe que las redes sociales ahora son lo que más se mueve.

Las televisoras nacionales tienen un contacto directo con nosotros, tienen reporteros para provincias centrales que viven en Coclé. Ellos vienen al

MINSA, se asigna un vocero para que les atiende dando las declaraciones. Las entrevistas se hacen aquí, y después esas entrevistas se pasan en los noticieros y en la información del medio.

A través de FETV, en el interior existe un programa donde hemos participado, se llama Palante con Cristo y El Sal que se difunde por televisión. Cada semana participamos hablando de COVID y de otros temas.

Se da seguimiento a las redes sociales para saber qué piensa la gente, también se escucha y ya tenemos días fijos de participación en todas las emisoras de radio de Coclé. El monitoreo es importante para nosotros porque las personas del público te hacen preguntas en la radio, uno no sabe qué van a preguntar, por lo que hay que estar al tanto sobre lo que dice la gente.


Sin embargo, toda la información que se manejaba fue a través del nivel nacional. Ciertamente, nosotros durante toda la pandemia sufrimos una infodemia masiva a nivel de todas las redes sociales, tanto verdadera como falsa. Y la población no podía decir qué era cierto o que era falso. Sin embargo, nosotros lo que hacíamos era difundir la información que recibíamos del nivel nacional para dar explicaciones.

Eso sucedió mucho en los primeros meses, este es falso, este es falso. Fue información que, incluso podía tener el logo del Ministerio de Salud, pero no era verdadera, no salía del MINSA. ¡Los fake news que uno dice! Como tenemos tan buena comunicación, muchas personas me escriben y me dicen, mire lo que salió, ¿esto es cierto? Entonces, ya yo desmiento o afirmo. Entonces teníamos que elaborar la noticia y mandarla a la red diciendo que era una noticia falsa. Eso también ha pasado, pero a raíz de que nosotros monitoreamos o gracias al apoyo y gran relación que tenemos con los medios, entonces ellos nos escriben y dicen esto está en la red.

También lo pudo ver mucha gente en salud, compañeros, son pocos los casos que hemos tenido que enfrentar directamente. Tenemos mucha solidaridad, y eso es algo que hemos ganado con el tiempo, de que cuando uno habla la gente sabe que es verídica nuestra información, con base. Y eso es algo que también se ha ganado durante este tiempo, los compañeros me escriben y los mismos medios.

Todos estuvimos muy asustados. Tuvimos el equipo de protección personal, EPP, lo teníamos todo el día, te pasabas con eso puesto fuera, no tenías aire acondicionado, sudando y todo, y ahí te tenías que quedar todo tu tiempo laboral.

Nosotros, a nivel regional, la información que se daba a través de las conferencias de prensa desde el nivel nacional en forma diaria era la información que se daba a la población a través de los materiales de



promoción de la salud, que pegamos en todos lados y que todavía se ven, sobre la mascarilla, el distanciamiento, el lavado de manos e información básica y vital. También, se divulgó mucho la información mediante los carritos para perifoneo con grabaciones. Se hizo mucho los primeros meses. Posteriormente, se descentralizó y cada región también pudo hacer sus propias intervenciones, sus propias actividades, sus propias publicaciones.

Nosotros en redes sociales publicamos lo que salía en cada resolución del ministerio puesto en nuestra página web, que se iba enumerado y trasladábamos la información a nuestras cuentas personales con WhatsApp, Instagram, Facebook del personal de salud. Sí, del personal de salud yo capturaba y lo ponía en mis redes para que la gente, familiares y conocidos compartieran y estuvieran informados. Si yo veía o alguien veía alguna información dudosa, siempre se hacía la consulta verificando que fuera correcta y se informaba qué se podía compartir o no.

Lo más complicado, lo difícil de comunicar a la población durante el primer año de la pandemia fue que nosotros dábamos la información, pero la población sentía mucho pánico. Se veía también información del nivel mundial. Aquí veíamos videos internacionales de gente muriéndose, cayéndose por ahí, desvaneciéndose, cosa que no fue nuestra realidad. La gente siempre pensó y esperó ver eso aquí en Panamá, pero lo que más nos costó fue eso, que las personas veían informaciones internacionales que fue real en otro país. Pero nosotros nunca lo vivimos de esa forma, no creían, están ocultando. Quizás por eso pienso, que siempre habrá dudas.

La resistencia inicial a aceptar las medidas de bioseguridad fue cambiando y la población accedió bastante bien, pero usted sabe que, en una comunidad un poco distante, entonces hay personas que todavía no querían la mascarilla, que si salían positivos no se querían quedar en la casa o no se aislaban, por más de que nosotros les llevábamos la comida, los kits de medicamentos, se les monitoreaba, aun así, había un poco de resistencia. Pero yo siento que a medida que fue avanzando y se dieron cuenta que era verdad, nosotros no dejamos de utilizar un lenguaje que ellos entendieran porque las personas no entendían que eso existía, nosotros tenemos que utilizar palabras que ellos comprendan, hay un virus que anda por ahí y te puede llevar si no te cuidas, ponte tu mascarilla, cuídate, si sales aíslate o avísanos porque muchas veces no nos enteraban. Tratamos de explicarles que eso se les pegaba. Se le podía pegar a su hijo, a sus demás familiares. Hasta que ellos comprendieron que debían cuidarse. Se entendía la gente tenía mucho miedo y temor, inclusive personal de atención de salud, no quería exponerse y tampoco la gente de la comunidad. Quizás lo más difícil fue hacer entender el uso correcto de la mascarilla, donde nosotros teníamos que explicar que son de uso único.

El tema de las mascarillas fue interesante. Se dio mucho la información de las mascarillas de tela, pues la gente que no tenía acceso a las mascarillas quirúrgicas que alcanzaron el precio de 50 dólares la caja al inicio de la pandemia y luego se abarató hasta 1.75 dólares. Pienso que nos costó que la gente entendiera que este tipo de mascarilla no se puede lavar, no se puede compartir, que te la presto, que el papá se la usó a la mamá, o sea, todo eso se vivió en el día a día. Sí, las lavaban. Y la parte fue la más difícil, en la misma casa se compartían las mascarillas, las reutilizaban, las lavaban eso se dio. Esas cosas nosotros las vivimos pues estuvimos al día a día con la población y esto no era que no la usaba, sino que no le hacía un manejo adecuado y la reutilizaba eso sí, fue muy importante en el uso de las mascarillas de tela.


El rechazo de la gente al toque de queda yo pienso que se vivió a nivel general. La gente no estuvo muy de acuerdo. Lo veíamos a través incluso de los medios, en cualquier tipo de medio de comunicación lo veíamos, que la gente no estaba conforme. Pero poco a poco se fue dando cuenta que la medida ayudaba muchísimo. Como en todo, ese cambio genera rechazo, hasta que nos adaptemos nuevamente”.

Provincia de Colón

Dr. Edgar Coto – Director Regional de Colón (Comunicación personal, 15 de julio 2022)

“Iniciamos nuestro trabajo en la pandemia COVID-19 manejando los primeros casos a nivel de la provincia, enfrentando algo nuevo que fue bastante difícil, y como médicos, el manejo de la información relacionada con las pacientes y su derecho a la confidencialidad. Fue una limitación para poder compartir esa información con las autoridades y todos los actores que en su momento debieron intervenir como la fuerza pública, la Junta Comunal, la Junta Técnica y algunos líderes comunitarios que consideramos. Era necesario que, de cierta forma, manejaran la información para poder tener un impacto positivo en estas personas COVID positivas. Los primeros casos no cumplían debidamente con la cuarentena.

Nosotros nos manejamos con los medios de comunicación que apoyaban bastante y estaban sedientos de la información, preguntando a cada momento dónde se daban los primeros casos, quiénes eran, en qué corregimiento, en qué sector. Y hasta tanto no contamos con directrices del nivel nacional para poder compartir la información, mantuvimos cierta reserva de esta. Una vez que se hicieron las coordinaciones, se puso en evidencia de que esto era un trabajo no solamente del Ministerio de Salud, sino que había que involucrar a otras entidades, a otras instituciones. Se coordinó a través de epidemiología sobre cómo se debía compartir la información con los estamentos de seguridad, con las juntas comunales.



La labor de lograr que el Plan Panamá Solidario fuera efectivo, en esto las juntas comunales representaron un papel muy importante en la entrega de las bolsas de alimentos, logrando así que las personas no tuvieran la justificación de que no podían permanecer en su casa porque no tenían alimento o bien otras necesidades, como medicamentos o si tenían niños pequeños la necesidad de leche, de pan. Fuimos coordinando con otras instituciones como el MIDES con sus trabajadores sociales que evaluaban las necesidades de estas personas y así se gestionara para poder suplir las necesidades.

Con los medios de comunicación nosotros hemos proporcionado la información desde el punto de vista oficial, cuando el señor ministro hizo los anuncios de manera oficial, entonces nosotros replicamos la información. Igualmente, hubo información del nivel local que se podía compartir sin ningún inconveniente sobre las cifras de casos activos que manejábamos en la provincia, las cifras de mortalidad, la cantidad de hisopados, el índice de positividad. Toda esta información se podía compartir sin ningún problema, como en efecto hasta el momento se sigue haciendo.

Lo más difícil de comunicar y hacer cumplir fueron las medidas de restricción, la suspensión de actividades que representaban un riesgo como, por ejemplo, los bailes y las actividades religiosas.

Nosotros nos enterábamos de los problemas de la población la mayoría de las veces a través de llamadas directas, ya que compartí ampliamente el número de mi teléfono celular. También la fuerza pública nos llamaba frecuentemente para notificarnos situaciones de riesgo en canchas deportivas, en diferentes puntos de la provincia, actividades que como mencioné, tipo bailes sin permisos para hacerlos. El personal de promoción de la salud, de salud pública que se encuentra en las calles también proporciona información valiosa en sus informes.

Mi forma de ver la comunicación después del 2020, en cierta forma sí ha variado porque actualmente estamos siendo más flexibles en compartir cierta información, principalmente de los casos que ponen en riesgo la salud pública. Se ha podido tener un control de la pandemia.

En Colón contamos con un encargado de Relaciones Públicas de la región de salud que hace las debidas coordinaciones con la sede, de las entrevistas que me piden los medios de comunicación locales, hace las consultas con el nivel nacional y recibe orientación sobre cómo proceder dependiendo del tema a tratar.

Hemos trabajado con emisoras de radio y radio digital que tienen página web y transmiten de manera virtual también. Se utilizó la televisión, di entrevistas para este medio, y se siguen dando. Los medios digitales también se utilizaron

y el WhatsApp que se utilizó bastante. De Panamá nos proporcionaban los videos para compartirlos, aquí no se grabó, también recibimos los materiales de promoción. Pero sí hicimos también, a través de la oficina de Promoción, algunos materiales impresos, como afiches y demás”.

Provincia de Chiriquí

Dra. Gladys Novoa – Directora Regional de Chiriquí (Comunicación personal, 7 de julio 2022)


“El manejo de nuestra comunicación se hizo elaborando la información acá en Chiriquí, luego la pasamos a la sede en Panamá y ellos la ajustaban, revisaban, la ponían directamente en las direcciones que tenían de Twitter, entonces ellos sacaban toda la información en las redes sociales.

A nivel comunitario, se hizo perifoneo y promoción de la salud. Los actores locales nos apoyaron en eso bastante, son líderes influenciadores de las mismas comunidades, sí, nosotros utilizamos todo eso. Otra cosa fue que unos líderes andaban bien escondidos sí, y otros estaban muertos, estuvieron los que salían porque la pelea era con ellos mismos, no guardaban las normas y ellos la mayoría de esos, cayeron con COVID. Incluso tuvimos un par de representantes de corregimientos que murieron de COVID.

Se hizo monitoreo de medios y de las redes sociales. Ellas hacen monitoreo hasta media noche. No sé de repente, hasta más tarde. Yo le digo, no me mandes más a las 11 de la noche. Dice, doctora, mire esto que dice la red. Doctora, que mire que no sé. Todo, los monitores de las redes lo hacen para que yo estuviera enterada. Sí, al principio me corrigió varias cosas, me ayudó bastante.

Porque yo con los medios, ahora yo los quiero y ellos me quieren. Así. Y hay algo importante que todavía creo que queda. Si yo llamo ahorita a los medios aquí, ahorita, ellos vienen y antes no, y a la hora que yo los llame ellos vienen, doctora, pero es que todos estamos ahora claros de la importancia de la salud. Es que con esta experiencia todo el mundo lo entendió y lo otro fue que nos dimos cuenta de que, para enterar al sistema, la red de atención primaria estaba en el piso. Si hubiéramos tenido, una red de atención primaria fortalecida, cuánto gallo hubiera cantado.

Pero aun así no se cayó nunca. No se cayó, pero tuvo apuros, apuros, sí. La verdad es que lo que tenemos, es la mejor institucionalidad de este pueblo. Ya yo no tengo ninguna duda de eso. Nosotros hicimos encuestas, entrevistas a informantes clave. Tuvimos la ventaja de que teníamos todos los medios de comunicación ahí encima de nosotros. Los más relevantes y los otros que son importantes, pero que comienzan a las cinco de la mañana. ¿Quién va a hablar a las cinco de la mañana? Yo les mandaba las comunicaciones por escrito para que las leyera.



Utilizamos los teléfonos móviles, nuestro equipo. Nosotros teníamos el equipo de Centro de llamadas aquí, como de 25 personas. Había odontólogos, quienes le daban seguimiento a todos, nosotros tuvimos un momento con 5.000 pacientes activos al día. Y esos 5.000 activos nosotros los monitoreábamos por teléfono, y ese equipo fue quien lo hizo. Del personal nuestro. Sí, ellos se encargaron de eso.

Tuvimos situaciones como la que le voy a contar, hubo gente que exigía, y decía cosas como “lo voy a escribir, es que no me han visitado”. Al tercer, cuarto día no me han visitado. Si aquí no me han visitado, no me han traído ni comida. Cuando yo voy a buscar, digo, señor, a usted le entregaron el primer día dos bolsas de comida. En su casa solamente son dos, primero. Y segundo, aquí yo tengo anotado que en estos cuatro días que no lo han visitado, lo han llamado y si es cierto, pero no me diga nosotros no lo vamos a visitar todos los días, primero porque no vamos a exponer de manera innecesaria al equipo, si estaba bien para qué yo voy a exponer el equipo así, pero es que yo quiero que me tome la presión porque soy hipertenso. Entonces, situaciones como esas y peores.

Pero, bueno, el equipo aprendió a manejar algunas tolerancias, claro que no todas, cada un día se le hicieron, algunos de los 25 o 26 llegaban, llamaban y esas personas le daban seguimiento, pero yo tenía otro equipo de 7, 8 personas que llamaban todos los días eran los que tenían que llamar al paciente para decirles que estaba positivo. Aparecían 400, 500 personas positivas ese día, porque eso entraba a un sistema de vigilancia en el nivel donde ellos tenían el equipo nuestro, tenían la información. Yo quedé, a pesar de que conocía todo el sistema, impactada positivamente, claro, por la forma en que nuestro equipo trabajó.

Nosotros teníamos el nombre de cada positivo que había sido detectado en la provincia en las últimas 24 horas. Enviábamos esa información a la sede en la tarde cuando había conferencia de prensa en la televisión. Nunca habían hecho eso antes. Ahora con la red que toda está conectada ellos mandaban los resultados inmediatamente.

Y por eso había un desfase a veces entre lo que decía la comunicación en el diario que se presentaba y la que teníamos nosotros. ¿Cómo que en Chiriquí son 31 nosotros tenemos 35 hospitalizados? Porque se incluían hospitales privados. Entonces, ese tipo de comunicación se daba todos los días, cada 24 horas. Era como un tremendo esfuerzo, hasta que no teníamos gente trabajando, que algunos se quedaban en su casa, los pocos que trabajaban, lo hacían todo el tiempo. Entonces, teníamos aquí a 7, 8 médicos, era el personal que podía dar información al presidente.

Claro que pudo haber muchos desfases, algunos errores, alguien que llamaron que estaba positivo y estaba realmente negativo, al llamar en vez de leer el de arriba, leía el de abajo o no sé qué pasó. Ahora entiendo que es algo humano, en tanto pasa algo así.

En el departamento de comunicación social hubo un consenso nacional de debía manejarse de manera vertical, y con comunicación horizontal. O sea, que ellos se manejaban en una sola línea, pero también atendían la parte nuestra. Pienso que es la mejor forma, porque a mí nunca el ministro me llamó para que abriera la comunicación social de MINSA, me llamó para decirme, doctora, no quiero que haga esto, no quiero... porque así la doctora se defiende bien, me explicó. Pero ellos sí, en la redacción, o de repente se quería que hiciera énfasis, pero ya habían hablado con el enlace. ¿Ves? Ya habían hablado, en vez de decir vamos a hablarle a la doctora porque quiero que haga énfasis en esto y en esto otro.

De otra cosa, tú te ponías los parámetros internacionales y llegabas a la misma cosa. La única pelea que tenía con los medios fue que ellos venían y me entrevistaban y yo les hablaba de una cosa, de la otra, de la otra, y de repente pasaba tres días yo con el mismo vestido ahí en la pantalla. Lo iban partiendo. Entonces digo, ustedes no me dejan ¡pero ni cambiarme de ropa!


Hay diferencia entre la comunicación que se hace en Chiriquí y a la que se hace en otras provincias porque nosotros tenemos medios televisivos. Difícilmente los encuentras en otras provincias o las comarcas indígenas. Yo hablaba mucho en Radio Nacional. Hay una emisora aquí que tiene cobertura en las cinco provincias del área. También, de verdad que yo siento que ellos, incluso hasta han respetado mi tiempo.

Ellos nos apoyaron mucho, una emisora que hay en Barú, la emisora Radio Mi Preferida, cuando yo hablo allí comienza la llovedera de preguntas. A veces yo prefiero más contestar preguntas que hablar, entonces comenzaron a preguntar y preguntar hasta por una hora”.

Provincia de Herrera

Dr. Luis Pérez – Director Regional de Herrera (Comunicación personal, 6 de julio 2022)

“Definitivamente que para nosotros lo más difícil de comunicar con la pandemia en su apogeo, por así decirlo, donde estaban los casos más complicados o la cantidad de casos era muy alta fue notificar a los pacientes o a los familiares cuando hay fallecidos por COVID, pues definitivamente que eso es algo desalentador y trágico que, en aquel momento, la esperanza estaba puesta en la vacunación. También lo fue el tema de la restricción a la movilidad, eso impactó mucho tener que decirle a las personas en su momento porque ha



ido evolucionando de tal manera que, inicialmente la cuarentena era 14 días para el caso positivo y 14 días para todos los contactos en una familia donde se limitaba la movilidad de personas positivas por 14 días, más todo a su alrededor. Entonces, esos fueron temas que dieron cierto malestar general en las personas en aceptar esa limitante de la movilización. Fue difícil para mí y todas las autoridades locales, el gobernador, alcalde, comisionado, obviamente todas las acciones apoyadas por los decretos nacionales en cuanto a restricción de movilización.

Nosotros actuamos en equipo cada vez que se recibía un decreto nacional, automáticamente con el equipo de asesoría legal, el equipo de salud pública y de epidemiología hacíamos reuniones, posteriormente analizábamos los artículos de cada decreto para divulgarlo.

Los medios de comunicación, tanto radiales como televisivos, realmente acá pues TVN tiene un corresponsal muy activo el cual siento que nos ha apoyado enormemente, prácticamente hasta dos, hasta tres noticias semanales por diferentes temas. En cuanto a medios radiales se contó con Radio Reforma, KW Continente, que nos convocaron en su momento, “Despierta Informado” con Jesús Morales también muy activo. Recuerde que inicialmente en cuanto a los casos activos y fallecidos siempre había esa mala intención, lo siento así de parte de las redes sociales o de parte de adversarios porque en estos temas de pandemia y en estos temas de la información o decir que el Ministerio de Salud está mintiendo o está maquillando los casos o las muertes. Entonces, definitivamente que siempre tuvimos ese apoyo tanto la prensa televisiva como la prensa radial.

El trabajo en comunidad, en la provincia de Herrera se manejó con los siete Centros de Salud que tenemos, uno en cada distrito. Con todo el equipo de directores distritales, de hecho, nos reuníamos acá por lo menos una vez al mes y a través del equipo de Promoción de la Salud inicialmente, manejamos la información con megáfonos.

El volanteo por cuestiones de bioseguridad fue un poco limitado, así es que teníamos un vehículo tipo panel habilitado con megáfonos y grabaciones en diversos temas con el cual recorríamos la provincia entera. Las grabaciones las hicimos en la región en su momento, buscamos buenas voces conseguimos algunos estudios de grabación, a través del Comisionado de la Policía en aquel momento también conseguimos diferentes grabaciones, pero el mensaje era el mismo bien específico y alusivos a la pandemia y a la restricción de la movilidad. También, Promoción de la Salud desde la sede nos enviaron brochures, panfletos, y nosotros acá los adecuábamos a la idiosincrasia de nuestra gente de la provincia.

Gracias a ese equipo de Promoción de la Salud del cual tenemos muchos funcionarios muy comprometidos con dar la información de quédate en casa, mantén tus medidas de bioseguridad, uso de la mascarilla y demás, sin embargo, como en todo, encontramos personas que por más que se le insistiera en aquel momento, le tenían mucho temor a la enfermedad en sí, otra gente simplemente desafiaba la enfermedad y salían a la calle siendo inclusive contactos positivos.

La Región de Salud de Herrera colocó sanciones enérgicas establecidas por el Departamento de Salud Pública y Asesoría Legal a personas que violaban dicha cuarentena. En Herrera tenemos 230 lamentables defunciones para nuestra provincia hoy.


La pandemia es una cuestión que nos ha sido, como le digo, de mucho aprendizaje. Creo que de esta pandemia hemos aprendido como profesionales de la salud, como persona, y que esto nos cambió la vida y que fue un tema de todos como siempre lo decía en las emisoras de los medios de comunicación.

Por directrices del nivel nacional, se organizó el Centro de Operaciones para el Control y Trazabilidad, denominado a las siglas COCyCT, nosotros lo ubicamos en las instalaciones de la Policía Nacional, la colaboración interinstitucional fue tan buena que ya nos conocían, entrábamos, nos reuníamos, se hacían grupos de Whatsapp y allí montamos un equipo, trasladamos insumos, equipos electrónicos de aquí del Ministerio de Salud hacia la Policía.

Allí nos llegaba información de todo tipo a las 2:00 p.m. que nos servía a nosotros para retroalimentar, para mandar al nivel nacional la información del estado situacional de la provincia hasta el día de hoy se mantiene este centro de operaciones para el control y trazabilidad de la provincia, donde participan la Caja del Seguro Social, MIDES por el tema de la comida, de las bolsas de alimentación que en su momento se dieron en los diferentes distritos, Bomberos, SINAPROC, Cruz Roja y demás elementos que conformaban este centro de operaciones.

Fui requerido por los medios nacionales para dar declaraciones en momentos de ese primer año por muchas emisoras que nos dieron la oportunidad. Tuve agendas semanales con entrevistas, declaraciones a medios, televisivos y radiales. Siempre estuvimos puertas abiertas con los medios de comunicación.

Un problema de comunicación importante que tuvimos fue con el uso de la mascarilla. Se dijo al principio que no se tenía que usar mascarilla todavía, después que venía el uso de la mascarilla, sí use la mascarilla, entonces decíamos use mascarilla de tela, lávela con jabón, y después entonces no, no



use las mascarillas de tela, no funciona. Porque la información iba surgiendo a medida que los estudios iban avanzando y no era que no conociamos la información, sino que la información era cambiante. La información que hoy era válida ya mañana no lo era. Y la gente fácilmente no lo comprendía. Entonces me decían, pero es que ayer me dijiste que usara las mascarillas de tela, hoy me dices que las mascarillas de tela no son efectivas. Pero es que ahora los estudios dicen que las mascarillas de tela no son efectivas. Entonces, por favor, no la use o úsela sobre otra, porque no te cubre lo suficiente. Pero esa información no la tuvimos desde el día 1, la información iba creciendo a medida que los estudios iban avanzando. Entonces esa creo que fue una debilidad que tuvimos.

Mucha gente no creía en la capacidad hospitalaria o hablaban de colapso, pero bueno, que yo sepa acá ningún paciente se nos murió en un pasillo. La situación igual con el tema de la vacunación, pero caramba, ya no tenemos pacientes en unidades de cuidados intensivos y los pacientes que tenemos complicados, créanme que son pacientes estadísticamente comprobados que tienen esquemas de vacunación con una dosis de vacuna.

Eso es muy lamentable cuando tenemos cantidades de dosis disponibles que estamos aplicando en las instituciones, la empresa privada, casa por casa, pacientes encamados y demás. Nosotros tenemos un porcentaje de por lo menos un 90% de pacientes adultos vacunados y en la población pediátrica también tenemos un avance muy importante porque la gente realmente ha cooperado bastante. Nosotros iniciamos con los barridos pues porque se daban por fase, los pacientes crónicos, los pacientes encamados, se recuerdan que íbamos enumerándolos por fase.

Pero, sin embargo, nosotros seguimos en las emisoras y en los medios radiales diciendo, promoviendo esa vacunación de esa cuarta dosis y si viene una quinta dosis, mucha gente lo dice, doctor, nosotros nos las colocamos. Todavía hay un grupito reacio, pero es el mínimo y yo creo que las estadísticas no nos dejan mentir, hoy tenemos dos pacientes hospitalizados en sala y son pacientes con morbididades complicadísimas, pacientes cardiopatas por COVID, dos hospitalizaciones solamente en sala, no hay nadie en cuidados intensivos, son pacientes cuyo sistema inmunológico está bastante comprometido y de mucha edad.

Bueno, como le decía, nuestro brazo derecho es la comunicación porque por eso, por ese pensar entonces y ese actuar de nosotros, creo que la cuestión se ha desarrollado bastante bien”.

Provincia de Los Santos

Dr. Ayvar Hernández – Director Regional de Los Santos (Comunicación personal, 6 de julio 2022)


“El 60% de la población santeña está arriba de 60 años, es adulta mayor. ¿Qué me indica eso? Que es una población que emigra. Cuando ya han trabajado, que han hecho su vida en otra provincia, retornan a su pueblo natal a terminar sus años. Entonces, esa era una de las preocupaciones de nosotros, que, si tuviéramos una crisis fuerte de la Provincia de Los Santos, ¿cómo íbamos nosotros a atender esta población?”

Mi primer caso COVID se dio el 27 de marzo, casi 18 días después de que se diera el primer diagnóstico de COVID que fue el 9 de marzo, tuve el primer caso acá en Sabana Grande. Se logró mantener la población en sus casas tratándole y nosotros tuvimos muy pocos casos, actualmente estamos en 30 mil casos acumulados y 120 defunciones solamente en lo que va de pandemia. Terminamos el 2020 con 25 de funciones. Fueron pacientes con comorbilidades que estaban encamados, que tenían casos terminales de cánceres, y otras patologías. Recuerdo que acá son dos o tres pacientes que no tenían ninguna patología y obviamente les tocó, pero los demás eran pacientes con complicaciones. Luego de la implementación de la vacuna, nuestras defunciones fueron mínimas.

El primer caso en Panamá fue el 9 de marzo y nosotros el 27 de marzo, casi 20 días después. Cuando se dio ese primer caso en la provincia fue como una bomba, hubo mucho rechazo porque la paciente, me acuerdo bien era una paciente nacida acá, pero vivía en Panamá, una educadora. La gente estuvo muy molesta y fue algo bien feo, al principio la población sí la rechazó mucho. Ya después de esa primera alarma, cada vez que yo lo decía en el informe de cada día, la población lo rechazaba al principio, pero al final fue productivo porque ya se identificaba. El personal de promoción iba de casa en casa a donde estaban los pacientes positivos y se les daba una charla a todos los que le acompañaban en la casa sobre cómo era el manejo, sobre todo en el tema de bienes y la atención a ese paciente. Se hacía mucha docencia.

La educación que se dio a la población, la ayuda de los medios de comunicación, la coordinación con el gobernador, la Junta Técnica, los siete alcaldes, representantes de los corregimientos, nos reuníamos para avanzar con las actividades definidas para afrontar el COVID-19.

La educación de la población fue muy buena porque los vecinos aprendieron que, en lugar de repudiar la persona infectada, se convirtieron en un mecanismo de apoyo, de ayuda mutua, inclusive se dieron oportunidades a alcaldes y representantes para salir a pescar, para darle pescado a la gente. La Junta Técnica repartía comida de casa en casa porque sabíamos lo difícil que fue para muchos quedar en cuarentena, no tenían comida, que es lo básico y por acá como se cultiva mucho, a través de la Junta Técnica logramos comprar todo lo que se produjo de frijoles, yuca y otros productos.



Con el MIDA lo compramos y lo repartimos nosotros mismos a la comunidad, con el objetivo de que no tuviera la necesidad de salir de su casa a buscar comida.

Mucha conciencia de la población santeña, a pesar de que acá hay un alto consumo de licor, muy fiestera como dice uno, al cortar el licor, la población se mantuvo controlada. Tuvimos muchos operativos, para evitar el incumplimiento en los períodos de cuarentena, colocamos sanciones sí, pero la cantidad que se colocaron fueron bajas.

Mi visión sobre la importancia de la comunicación con la población se ha fortalecido. Sí, nosotros en los medios, en los informativos, y verdad yo considero que la clave del éxito fue la comunicación. Aquí los medios de comunicación radiales están conmigo, yo participé por lo mínimo, una o dos veces por semana en los programas de las emisoras de aquí de la provincia.

Con el gobernador realizamos semanalmente conferencias de prensa para los medios de las comunidades que eran más escuchados y yo daba un informe semanal de la situación. Pude haber hecho como unas 6-7 veces porque fue solo al principio. Nosotros teníamos un grupo de Whatsapp y yo allí colocaba cualquier información nueva para que todos supieran y recibir comentarios. Los alcaldes se empoderaron, hacían valer lo que decía el MINSA. Ellos no crearon complicaciones fueron muy normativos y eso fue el mayor de los éxitos porque gracias a ellos, si yo no hubiese tenido su apoyo, hubiera sido muy difícil. Con la alcaldía me llevé muy bien, los representantes me apoyaron, solo bastaba que dijera lo que se necesitaba para esta comunidad, necesito personal, vehículos, tengo un paciente aquí que requiere de medicamentos, fue una parte bastante bonita en medio de la pandemia. Mucha cooperación. Sí, el trabajo en equipo fue el éxito.

Lo más difícil para mí fue el esfuerzo que tuvimos que hacer para informar y crear conciencia en la población, porque cuando te dicen de hoy para mañana que solo puedes salir por número de cédula, la población se siente restringida porque estás cortando su libertad, y se generan problemas de la cotidianidad como se me acaba el gas, se me acabó la comida, se me acabó la carne, no tengo esto, no tengo lo otro.

Hicimos cercos para entrar a la provincia de Los Santos. Me tocó a mí hacer el cerco en Divisa. Fue un viernes, fui a Divisa como a las 7 de la noche que me llamó la ministra. Después, pusimos otro cerco a la entrada del puente de la Vía Los Santos, el cual estuvo custodiado casi por dos o tres meses por personal de la Junta Técnica.

Se hizo frecuentemente lavado de las de las calles de las comunidades afectadas, llegábamos todo el equipo, los respectivos alcaldes, MINSA

haciendo perifoneo en la zona afectada, educando a la población sobre cómo mantener las medidas sanitarias. Nosotros, el alcalde con sus autobombas iba a fumigar las casas de las personas positivas en COVID, porque recuerda que al principio estábamos que no se conocía muy bien como era la meta de prevenirse, aquí se hicieron múltiples cosas.

Sobre los materiales de promoción de la salud utilizados fueron sobre el uso del cubrebocas se creó incluso al principio, como sabemos que estaban tan escasos, luego era muy alto el costo, después se abarataron; el lavado de manos, uso del gel alcoholado, el alcohol, fue una promoción bastante fuerte. Y, es más, todavía hoy la gente continúa, aunque ya se permita estar en zonas abiertas sin cubrebocas. Se ve todavía en la calle la gente tranquila con su cubrebocas.


Sobre el tema de los carnavales en Las Tablas ese fue un tema para mí bastante importante porque es la máxima fecha en el calendario de los santeños. Yo me decía, si las tunas vienen a hablar para que se les permita hacer los eventos, hablaremos de los carnavales de 2022. Pero la realidad fue que ninguna, ninguna tuna vino a pedir permiso, las tunas vinieron a pedir permiso este año, pero nunca para los carnavales de 2021 y 2022, eso nunca sucedió.

Cuando llegó por primera vez la vacuna, el trabajo en equipo para la aplicación de estas fue un éxito, no tengo quejas porque la comunidad ansiaba tener la vacuna. Y hoy tenemos una población vacunada cerca del 98 por ciento.

Participé en los programas de Radio Mensabé, se creó un grupo de difusión porque la cosa tampoco estaba como para ir a las emisoras, de hecho, todavía algunas de ellas no permiten entrevistas presenciales. No hacíamos recorrido de medios presencial, creo que solo hicimos dos entrevistas, las demás todas tenían que ser por teléfono. Recuerdo que una fue en Chitré con el periodista Jesús Morales, otra fue en “Déjame que te cuente” que ese programa lo hace el periodista de televisión Eduardo Javier Vega, el resto todas fueron por teléfono.

Yo he recibido muy buena cooperación de los medios, y nunca nos negaron un espacio. Siempre tuvieron las puertas abiertas para conversar. Tratábamos de mantener a la gente con información, los medios digitales se conectan con las emisoras, siempre está presente Telemetro TV y SERTV.

Sobre la participación en redes sociales, bueno, se mandaba información a la sede. Allá se colocaba en el portal virtual del Ministerio de Salud, también en Twitter. Luego de allí se tomaba la información y se la iba replicando también a los medios de comunicación. Algunas veces, los periodistas, dependiendo del interés, me pedían una reacción vía telefónica. Esto se daba cuando



quedaba algún tipo de inquietud con la información dada inicialmente, para subsanarla. La gente nos hacía esas polémicas horribles, porque siempre hay gente que no va a estar de acuerdo con las acciones. Nosotros poníamos la información en todas las comunidades. El perifoneo fue constante”.

Región de Panamá Este

Dr. Carlos Batista – Director Regional de Panamá Este (Comunicación personal, 14 de julio 2022)

“Panamá Este no es una provincia, tampoco es un solo distrito, es una región sanitaria muy amplia en territorio, con 11 instalaciones de salud que atender. Desde antes de pandemia hemos trabajado con lo mínimo en términos de recursos humanos e insumos de todo tipo.

La preparación para atender esta crisis sanitaria fue intensa. Recuerdo una reunión muy especial con todos los directores de las Regiones de Salud donde la ministra nos dijo que no sólo deberíamos atender la parte médica o profesional de la salud sino también teníamos un papel importante y determinante dentro de las regiones, nos pusimos en línea. ¿Qué íbamos a hacer? Desde aquel momento hubo docencia de manera virtual y presencial. Se coordinaban reuniones para ir empapándonos en el tema de qué iba a suceder, qué iba a pasar en cuanto a esta pandemia. Cada uno de los regionales nos fuimos con esa idea para nuestras áreas. Acá en Panamá Este, comenzamos a trabajar de la mano con el alcalde y con la gobernación. Pero no habíamos tenido nada parecido en Panamá así es que, todavía pensar en eso nos causaba mucha intriga y ansiedad, queríamos estar listos, pero realmente no sabíamos listos hasta qué punto se iba a demandar.

Sabíamos, estábamos claros, no solo en el Ministerio de Salud, en todos los estamentos de seguridad, la Caja del Seguro Social, el gobierno entero, mediante acciones previas que habíamos tomado, sabíamos que la única manera de que el virus llegara al país sería a través de un puerto, ya sea aéreo o marítimo, y se redoblaron los esfuerzos en los aeropuertos y en las fronteras. Sin embargo, a pesar de todo el esfuerzo que se hizo, el virus pasó por nuestras caras, por nuestras narices, nos saludó y entró al país.

Ya nosotros teníamos instalado una Sala de Situación de COVID regional, donde participó epidemiología, salud pública, planificación, promoción de la salud. Una Sala de Situación designa un consejo de expertos para tratar los temas y se lleva a cabo con personal de la región. Es diferente a un centro de operaciones de emergencia donde involucra a todos los estamentos y las instituciones.

Se sabía que ya teníamos el virus en el país y en cualquier momento esto iba a estallar. Entró en pánico la población. Y cuando digo la población me


refiero a cada una de las personas. No solo los que están fuera del Ministerio de Salud, sino dentro del sistema de salud. Yo tenía mucho miedo. Fue algo muy difícil. ¿Por qué? Porque recuerdo compañeros, personal administrativo que dijeron, yo no vengo a trabajar. Se dieron muchas ideas por el tema del hacinamiento. Entonces, tener dos personas en una oficina ya era como que no nos veíamos como compañeros, sino como enemigos. Será que tú tienes el virus y me lo vas a pegar. Y se idearon varios ensayos y errores, como venir un día sí y un día no. Unos vendían un día, otros venían otro día. Esto nos atrasaba mucho porque si uno venía y necesitaba la firma del otro, pero el otro estaba en su casa, después se decidió que íbamos a trabajar medio turnos, unos venían en la mañana y otros en la tarde. Muchos se quisieron acoger al teletrabajo, porque eran mayores de 60 años. Tuve personas de 50 años que decían no y no, pero es que yo con 50 años, eso me da y me muero. También todos los hipertensos, los diabéticos, los cardiopatas, todas las personas con enfermedades crónicas. Y fue duro. Yo aquí en esta oficina me encerraba a pensar qué íbamos a hacer, qué podíamos hacer y comencé a trabajar con un grupo de compañeros que se encerraron conmigo aquí a idear maneras de poder identificar qué íbamos a hacer. Esperando lo que era inevitable, cuándo tendríamos el primer caso de COVID en la región.

En el momento en que se inicia con el tema de la trazabilidad, fue un cambio radical. Nosotros hicimos giras de trazabilidad en áreas de difícil acceso, usted no tiene idea la dificultad que nosotros tuvimos, en lancha, en piragua, en vehículos 4x4.

Hablemos en este momento de cómo comienza la pandemia en Panamá Este, el 22 de marzo 2020. Fueron dos casos simultáneos que venían de dos lugares totalmente diferentes. El primer caso que se identificó fue un niño de cinco meses de edad proveniente de la comunidad de Huacuco en Tortí y el otro una mujer de 30 años residente en Unión de Azuero.

El niño había estado con dificultad respiratoria, fue llevado al MINSA CAPSI de Tortí. De allí fue trasladado al Hospital Regional de Chepo, en ningún momento se estaba sospechando que pudiese ser COVID. Ese primer paciente nos debuta porque en aquel momento, toda persona que iba al hospital, al cuarto de urgencia, había que hacerle una prueba hisopado. Se acepta al niño como un cuadro respiratorio normal, pero por protocolo había que hacerle hisopado a él y a la madre. La mamá sale negativa, pero el niño sale positivo. Y se le mandan a repetir las pruebas y marca positiva. Estallido.

Pero simultáneo, nos llaman del Hospital Santo Tomás. Tenemos una paciente joven, creo que eran 30 años, hospitalizada. Fueron los dos casos que iniciaron la historia en Panamá Este. No tenían relación una con la otra. El caso del niño hasta el día de hoy es un misterio cómo ese niño dio positivo iniciando el brote en Chepo. Es interesante. Después de eso, salió positiva la



técnica de enfermería que recibió el niño en el Cuarto de Urgencia. Y de ahí salieron varios casos en el hospital. La técnica de enfermería que atendió el niño vive en Cañita. En Cañita comenzaron a salir casos, en el Hospital de Chepo y en las comunidades donde residían todos.

Yo estuve en los medios de comunicación. Panamá Este no era conocido porque no es una provincia. Pero con la pandemia nosotros nos empoderamos del tema en los medios de comunicación, no buscándolo, sino los medios viniendo a nosotros hambrientos de información.

En Chepo tenemos emisoras y algunas páginas de información que no siempre son serias con la información, a veces dicen cosas que no son verdad y la mayoría de las cosas son bochinchas sensacionalistas. La mayoría de los medios que recibimos vinieron de fuera de la región.

El punto de reunión para las solicitudes de entrevistas con los medios fue la garita de Chepo, que fue nuestro bastión. Allí se tomaba la temperatura a los que tuvieran síntomas, se hacía hisopados a las personas que circulaban en sus vehículos. Si presentaban resistencia para que se les hiciera, entraba en escena SENAFRONT y eso fue lo que nos ayudó. Captamos muchos pacientes transitando con pruebas positivas.

Llegué a un momento de quiebre cuando las personas a mi alrededor comienzan a enfermarse. Se enfermaron mis compañeros cercanos que estaban en la batalla conmigo, juntamente con SENAFRONT. Cada cosa que pasaba iba trayendo una estrategia nueva. El cambio de personal de SENAFRONT, 150 oficiales que vinieron de Chiriquí a relevar los que estaban aquí, fue el acabose. Se enfermaron los Comisionados con los cuales nosotros teníamos comunicación todos los días, y uno de mis compañeros que estaba al pie del cañón conmigo. Aquí en la oficina una administrativa falleció en enero 2021. Un compañero de saneamiento ambiental, gente cercana, amigos, que fallecieron a consecuencia del COVID, compañeros de otras áreas, fue muy duro, muy duro. Pero bueno, estuvimos ahí dando la cara.

Después de la primera etapa, la más difícil que considero yo de la pandemia, lo otro fue comunicarse con la población, hacerle entender a la población que, si tú no te cuidas, te puedes morir. Quizás no te mueras tú, pero se puede morir tu mamá o tu papá o tu abuela o alguien dentro de la casa.

Nos tocó dar declaraciones a los medios muchas veces. Yo no le puedo contar cuántas veces, porque todos los días había una entrevista de radio o de televisión, o por medio escrito, todos los días. Y el dolor de las pérdidas

lo tenía que llevar por dentro, yo no podía decirles que, en aquel momento, tenía a mi mamá en una unidad de cuidados intensivos por COVID o que un amigo había fallecido por lo mismo. Había que ser muy real al momento de dar la información. La gente de radio venía acá, muchas veces fue por teléfono. La televisión venía, también, hacíamos Zoom, que era la moda. Primero la moda fue la garita de Chepo. Todo el mundo quería una entrevista en la garita de Chepo. Querían esa imagen y creo que ese escenario fue una de las ventanas que nos permitió ser un buen vocero de gobierno.

Considero que en los mensajes había que priorizar el tema de cuidarse. Yo considero que el éxito fue “no salgas de casa”. Eso fue bueno. Muchos van a decir que no porque mucha gente quedó sin recursos, no podía salir a ganarse el pan. Pero si no, aquí hubiésemos llorado mucho más. Definitivamente que sí. Panamá no está preparado para esa cantidad de personas al mismo tiempo enfermas. No lo estamos. No lo estuvimos y todavía no lo estamos. Y entonces, ese sí fue el éxito del manejo de la pandemia. Desde el punto de vista del aislamiento, la cuarentena, el seguimiento.


Y como yo se lo dije al inicio de esta entrevista, siempre hemos sido una región con carencia de recursos humanos e insumos. Entonces, con lo que tuvimos a la mano, trabajamos. Y yo le voy a decir algo, que no se dice porque al final el buen maestro no solo habla de su alumno excelente sino ahora del grupo, el grupo es bueno, algo que no se nos va a reconocer”.

Provincia de Veraguas

Dra. Reyna Velarde – Directora Regional de Veraguas (Comunicación personal, 8 de julio 2022)

“Lo más difícil de comunicar a la población fue cómo decirles lo que estaba pasando, el Ministerio de Salud desde el primer momento recomendó que se actualizaran las páginas oficiales donde el MINSA o el gobierno nacional decía lo que estaba pasando.

Fue bien difícil porque esa comunicación, esa tranquilidad, que había que transmitirle a las personas para nosotros también era difícil, porque la pandemia es un sistema dinámico, lo que digo hoy ya mañana es otra cosa, y como al inicio no se sabía mucho, pues todos los días había que estar informando a la población de lo que realmente estaba pasando. Al inicio todo estaba concentrado en Panamá entonces nosotros no podíamos estar porque ellos eran los voceros oficiales, recuerden que ellos daban las conferencias de prensa y todo era a través de ellos. Toda la información se mandaba a Panamá.



Fue difícil porque a nivel local las autoridades querían saber los nombres de las personas y dónde estaban ubicados y en aquel tiempo cuando usted decía COVID y llegaba el funcionario de salud, toda la barriada se alarmaba porque ponían a esas personas como fuera del contexto, que nadie pasara por ahí porque pensaban que el virus volaba y si yo miraba a la persona ya yo quedaba contagiada, porque no se sabía prácticamente nada de lo que era el COVID en aquel entonces.

Tuvimos esa disyuntiva con las autoridades porque no fue fácil mantener la confidencialidad de los pacientes, porque hay una ley que los protege también, eso fue difícil de manejar al inicio. Después que el ministerio brindaba la verdad, nosotros creamos una Sala de Situación aquí en Veraguas, la sala de situación está ahora aquí mismo con nosotros porque tuvimos varias sedes, estuvimos en el Instituto Nacional de Formación Profesional y Capacitación para el Desarrollo Humano (INADEH) que nos prestó todas sus instalaciones porque habían tenido que suspender todos sus cursos.

La sala de situación estaba conformada por los epidemiólogos de MINSA y CSS. Estaban los equipos de respuesta rápida, el grupo de trazabilidad, participaba enfermería, laboratorio, farmacia, todo. Cuando ya se permitió que nosotros pudiéramos arrancar a nivel de región, se daban conferencias de prensa los martes a los medios de comunicación de la situación de COVID aquí en la provincia de Veraguas.

Fuimos la primera provincia en tener el primer caso, a organizarnos a cómo actuar, cómo llegarle a la gente y para llegarle a la gente y comunicar qué era lo que estaba pasando porque muchas veces, como les dije, de que nosotros escondíamos los casos, que no decíamos las cosas como eran, pero no era eso, los casos que decíamos era simplemente que al inicio todo estaba centralizado. Esas críticas venían de los medios y de algunas personas también, pensaban que estábamos ocultando información, sobre las defunciones más que todo, que no decíamos si de verdad eran esas que decíamos. Pero bueno, siempre explicamos y dijimos la verdad. Participé en entrevistas de televisión, Telemetro, SERTV, en la radio. Nosotros tuvimos que informar y los medios nos llamaban para participar bien temprano en los programas, tenía que levantarme a las cinco de la mañana para estar a las seis y quince ya preparada para la entrevista. Sí, jugaron un papel muy importante yo siento que fueron también unos aliados.


Yo creo que el éxito de todo esto, con el apoyo de las actividades de comunicación, se debió a los barridos que hacíamos en casi todos los distritos, casa por casa, buscando. Si salía un caso en Santa Fe, el grupo

iba para allá, a tal pueblito, en tal calle creo que eso nos permitió a nosotros que el Ministerio de Salud tuviera los procesos de trazabilidad muy bien llevados aquí en la provincia de Veraguas. El apoyo que también tuvimos de las autoridades locales y de toda la Junta Técnica que nos ayudó, nos puso a disposición todos los carros para que nos pudiéramos movilizar masivamente, algunas veces llegamos a tener hasta 50 o 60 carros que salían para todos los lugares. Esto fue al inicio, porque después tuvimos un grupo de trazabilidad en cada distrito, para que ellos le pudieran dar seguimiento a ese paciente que daba positivo. Un paciente positivo representaba alrededor de 8 a 10 pacientes más positivos, la cuarentena era de 14 días, era más largo el seguimiento que había que darles a los pacientes y todo lo demás.

La trazabilidad se hizo regularmente, los grupos pasaron muchas vicisitudes en ese trayecto porque por tierra, por mar o aire se tuvieron que trasladar a lugares lejanos, para controlar los contagios al comunicarnos la existencia de un caso positivo en un lugar inaccesible. Nuestra fortaleza era y es todavía, el equipo humano que tenemos, el equipo de trabajo de nosotros y de las instituciones que nos apoyaron porque se hizo en conjunto, igual que la vacunación. No se hubiera llegado al éxito que se llegó, si solamente hubiera participado el MINSA. Igual ocurrió, con las jornadas de vacunación donde fuimos a todos los lugares y se recibió la ayuda del gobernador y la Junta Técnica.

La promoción se hizo en los lugares donde se ubicaba mucha gente como en las terminales de transporte terrestre, en el parque, en la avenida central, en los distritos, dando esa promoción del lavado de manos, del uso de la mascarilla, el alcohol y campañas para hisopar a la población. Yo creo que queda a criterio de cada ciudadano cuidarse, porque el pueblo panameño está bien informado sobre las medidas de bioseguridad. Las administraciones de los centros comerciales se portaron muy bien con nosotros, permitiendo la promoción de la educación sobre COVID en el lugar.

Se recibió donaciones de la empresa privada de alimentación para los funcionarios, porque en aquel primer momento de la pandemia estaba todo cerrado, no hubo restaurantes abiertos. También aquellas que tenían transporte, lo prestaron. Las juntas comunales llevaban comida, la empresa privada, alcohol, gel, papel, toalla. Cada vez que los casos aumentaron, nos reuníamos en la Cámara de Comercio para buscar la comprensión de que lo que menos queríamos nosotros era cerrar ningún establecimiento, sino que se cumplieran las medidas de bioseguridad, ese era nuestro objetivo. Sí, con la empresa nosotros tuvimos muchos debates con ellos y bueno, también nos



ayudaron a entender que una vez que comenzó poco a poco a reactivarse la economía, no teníamos que olvidarnos, que teníamos que cumplir con las medidas de bioseguridad para poder que esa economía siguiera avanzando, porque el temor era que nos volvieran a encerrar.

Al inicio de la pandemia usted podía ver las calles vacías. Toda la gente en su casa esperando ver cómo se daba la situación, hoy afortunadamente hemos superado esa etapa”.

Plan de medios de la comunicación social

La estrategia de comunicación gubernamental contempló la utilización de los sistemas de medios tradicionales y medios digitales.

El sistema de comunicación de los medios tradicionales compuesto por la prensa de circulación nacional, televisión y radio. Se pautó la información para la prensa en los siete periódicos del país. Este fue un medio de comunicación para las entrevistas a actores relevantes vinculados con la pandemia con el propósito de orientar la opinión pública. Las noticias elaboradas por sus periodistas contribuyeron a que la audiencia pudiera fijar la información de manera reflexiva. Los anuncios de interés público elaborados por el gobierno sobre los cronogramas establecidos para controlar la movilidad por sexo, cédula y horario, la reapertura de los sectores de la economía y sobre el proceso de vacunación son ejemplos importantes de las pautas en medios impresos. Se hizo dos folletos insertos en los periódicos en la etapa de vacunación masiva de la población.

La televisión desarrolló un papel preponderante en el primer año de la pandemia porque transmitieron en directo y en pantalla abierta, desde la señal madre de SERTV, todas las conferencias de prensa realizadas. La radio también tuvo una actividad destacada a través de las emisoras locales, regionales, nacionales lo mismo que las emisoras en formato en línea. La participación de los voceros en programas radiales en todas las regiones de salud fue un canal de comunicación utilizado de manera muy relevante. Las autoridades de salud mantuvieron una política de puertas abiertas para responder todos los requerimientos de información de la población y de los periodistas.

La Figura No. 15 muestra el esquema del sistema de los medios tradicionales utilizados en la estrategia de comunicación gubernamental.

Figura No. 15 Sistema de medios tradicionales - MINSA



Fuente: Elaboración propia

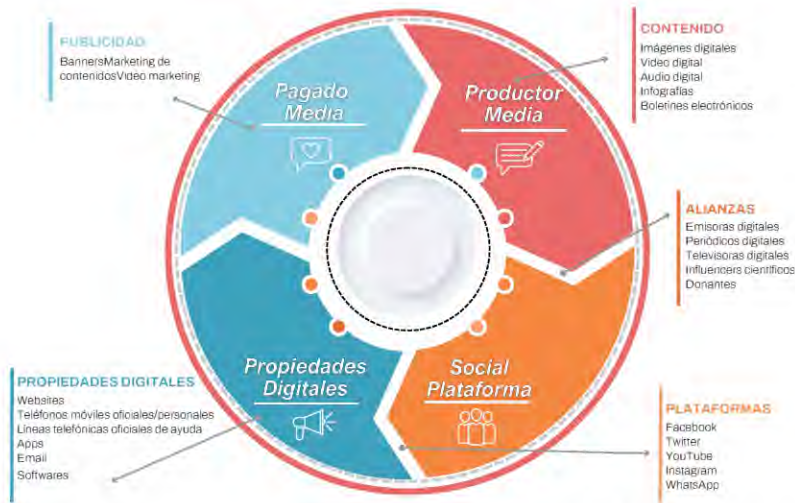
El sistema de comunicación a través de los canales digitales dinamizó el día a día de la población aportando rapidez en la búsqueda de información y contacto inmediato para el usuario. El acceso a las distintas plataformas sociales, como también a las propiedades digitales del MINSA y del gobierno en general. Se compartió la información con los medios digitales de La Prensa, Metro Libre, Mi Diario, La Estrella de Panamá para que fuera publicada en sus páginas web. El sistema de comunicación digital también incluye la publicidad digital por internet que se pautó para la estrategia, las alianzas con emisoras de radio digital, periódicos, televisoras también en el formato digital. La información en formato digital aportada y confeccionada por los mismos donantes de insumos y materiales de todo tipo que recibió el gobierno para beneficiar a la población. Cabe destacar la constitución de nuevos líderes de opinión con activa participación dentro del sistema de comunicación digital del país que se han convertido en influyentes científicos (del anglicismo influencers) y que poseen cientos y miles de seguidores.

Los contenidos de información en formato escrito, imágenes, video, audios generados por el Ministerio de Salud fueron adaptados a los formatos digitales para que la misma información fluyera por todos los canales utilizados.

La Figura No. 16 muestra el esquema del sistema de los medios digitales utilizados en la estrategia de comunicación gubernamental.

Figura No. 16 Sistema de comunicación digital - MINSA

Sistema de Comunicación Digital



Fuente: Elaboración propia

Coordinación para la participación de la comunidad

La participación de la comunidad es el otro pilar del enfoque CRPC, Comunicación de Riesgos y la Participación de la Comunidad, adoptado para la estrategia de comunicación gubernamental.

El objetivo del trabajo operativo que representa la interacción con la comunidad de manera directa, utilizando sobre todo la comunicación interpersonal entre el funcionario y/o voluntario capacitado y el ciudadano, fue el de difundir información y obtener la colaboración para la prevención y control de la pandemia. Este trabajo operativo se realizó en coordinación con instituciones, empresas públicas y privadas, y organizaciones civiles.

Se mencionó que en junio de 2020 para formalizar la participación comunitaria se creó el Centro de Operaciones para el Control y Trazabilidad Comunitaria ante el COVID-19 (COCyCT) cuyo equipo ejecutivo está liderizado por el Ministerio de Salud y sus miembros son representantes de los ministerios de

Seguridad Pública, Desarrollo Social y el ministerio de la Presidencia, la Caja de Seguro Social y las gobernaciones.

El nivel operativo de COCyCT participan los directores regionales del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, los rectores de los gobiernos locales (alcaldes, representantes de corregimiento, diputados, jueces de paz), líderes comunitarios, comités de salud, grupos cívicos y la iglesia católica.

Es un trabajo conjunto de coordinación, para atender a las familias que se encuentran en cuarentena por casos de coronavirus, atender sus necesidades y ayudar a reducir los casos de la enfermedad. Se realiza para detectar casos positivos casa por casa, es un trabajo de vigilancia, detección, ubicación y aislamiento para detener y reducir la propagación del COVID-19. La participación comunitaria es fundamental para lograr los resultados. Las familias que estén en cuarentena deben mantenerse así; por ello, el apoyo de las juntas comunales y los líderes comunitarios es sumamente importante y necesario para tener la información de los casos positivos, y la atención que reciben, aseguró el Dr. Sucre (MINSEG, 20 de junio 2020).

Los medios que se utilizan para incorporar a la población en la lucha contra la enfermedad el perifoneo, volanteo, impresos de promoción de la salud, afiches, comunicación interpersonal (bidireccional) en calle y el monitoreo de pacientes mediante llamadas por teléfono y Whatsapp.

La Figura No. 17 muestra los medios o canales utilizados para promover la participación de la comunidad.

Figura No. 17 Medios para la participación de la comunidad



Distribución de material educativo

Esta actividad tan importante es liderizada por la Dirección de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud para prevenir, contener y mitigar la propagación del COVID-19. En este período de pandemia el equipo estuvo siempre en comunidad, llevando los mensajes para el autocuidado de las personas y las familias.

El contenido elaborado por Promoción de la Salud es utilizado también por la dirección de Comunicación para divulgarlo en los medios de comunicación y a través de todos los canales utilizados en la estrategia de comunicación gubernamental.

De acuerdo con datos proporcionados por el Ministerio de Salud, en el primer año de la pandemia se distribuyeron 773, 495 materiales informativos con contenido de promoción y prevención sobre el nuevo coronavirus en la comunidad y para los medios de comunicación.

Actualización de la información

La actualización de la información fue diaria, de acuerdo con el escenario del momento. En los Comunicados el contenido fue sobre COVID con numeración seguida y fecha. Se redactaron en algunas ocasiones hasta dos por día. En total, fueron 401 comunicados en el primer año. También se redactó “diariamente 15 notas de prensa”, A. Abrego (comunicación personal, 13 mayo 2022).

La información elaborada diariamente se mostraba en la página web que también recibió una actualización diaria y oportuna para divulgar y hacer recomendaciones a la población.

Se hicieron infografías que se mandaban por mensajes de texto y también videos para circularlos en las redes sociales y WhatsApp.

Línea Caliente para orientación de la comunidad

En la redacción del plan operativo (MINSA, enero 2020) aparece el término en la actividad “Habilitación de una Línea Caliente para orientación de la comunidad”. La realidad rebasó la idea de que a través de una línea telefónica de asistencia se pudiera dar respuesta a las dudas de la población cuando surge la necesidad de preguntar a alguien para saber dónde acudir. La primera línea habilitada colapsó y fue eliminada.

El requerimiento de la población de informarse en una crisis como la del COVID, para atender sus necesidades personales siempre será apremiante

y por ello, este aspecto no es menos importante. Se deberá abrir más canales de información donde preguntar. Así, la ministra del Ministerio de Desarrollo Social MIDES), Markova Concepción, hizo referencia a las líneas telefónicas para la prevención u orientación de violencia doméstica (Denuncias Ciudadanas), 524-2345 y el correo electrónico del Ministerio Público. También mencionó el número del Instituto Nacional de la Mujer (INAMU), Línea 182 (Conferencia de prensa, 4 de mayo 2020).

El Dr. Enrique Lao Cortez, director de la Caja de Seguro Social hizo referencia a la utilización de plataformas digitales para revisar las patologías que tiene afectaciones mentales, “De tal suerte que los pacientes que así lo requieran tengan este servicio” (Conferencia de prensa, 21 de julio 2020).

El MIDES anunció que se habilitó la línea telefónica 182, para la atención psicológica, legal y para orientar a las personas que pudieran encontrarse viviendo situación de violencia doméstica. Sara Rodríguez, directora de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNIAF), notificó a la ciudadanía de la existencia de la línea de atención psicológica 6378-7876, donde profesionales de la institución brindaban atención a las familias y menores de edad que lo solicitaran (Conferencia de prensa, 7 de abril 2020).

Se anunció la habilitación de una línea telefónica 523-6813 para atender la salud mental, que se ofrecería desde el Instituto de Salud Mental, para las consultas por síntomas de ansiedad, entre otros. La Secretaría Nacional de Discapacidad (SENADIS), también creó una línea telefónica 504-3342 para ofrecer orientación a las personas con discapacidad frente a las distintas situaciones relacionadas al COVID-19. También una línea de WhatsApp 6678-7846, para que las personas con discapacidad auditiva pudieran hacer videollamadas y recibir orientación en todo lo relacionado al COVID. Por último, se estableció que las personas autistas y sus familiares podrían salir de sus casas en el horario de 3:00 p.m. a 4:00 p.m. para no afectar más su estado de salud (Conferencia de prensa, 14 de abril 2020).

La Autoridad Nacional para la Innovación Gubernamental (AIG) creó mediante inteligencia artificial plataformas tecnológicas de asistencia a pacientes y ciudadanos. Son la asistente virtual R.O.S.A. <https://rosa.innovacion.gob.pa> que significa Respuesta Operativa de Salud Automática y que funcionó desde el 16 de marzo 2020. El programa N.I.C.O. Notificación Individual de Caso Obtenido que daba el mensaje a los ciudadanos que resultaban negativos de las pruebas y la aplicación móvil P.A.C.O. Protección Actualizada de Casos en Observación diseñada para el cuerpo de seguridad como una herramienta que les permitió detener a las personas que no podían circular por ser positivos en COVID-19 (Rosenshain, 2020, pp. 42-44).

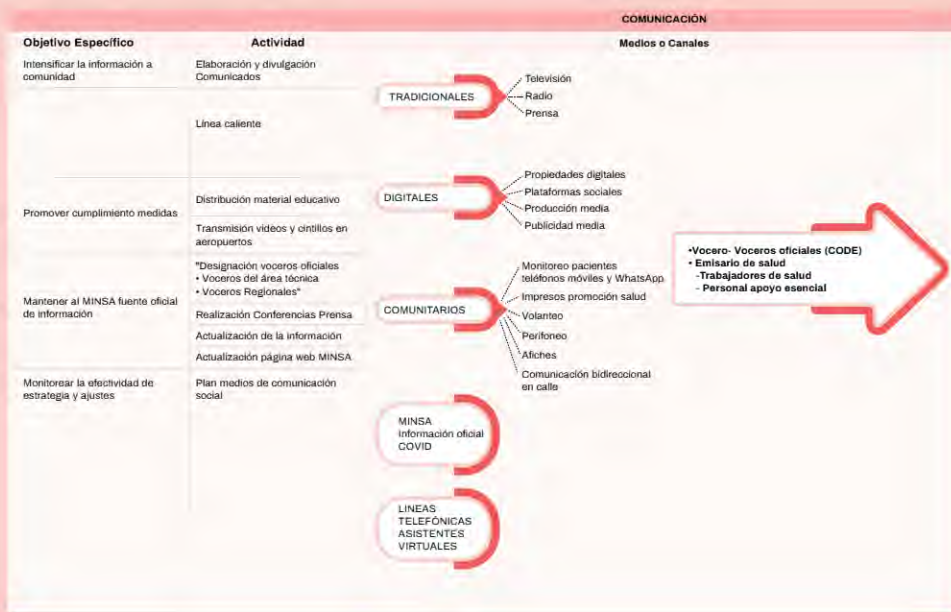
Estrategia de comunicación, Indicadores de logro e impacto

En el momento que el Ministerio de Salud tuvo que afrontar la pandemia COVID-19 contaba con una Dirección de Comunicación fortalecida, de acuerdo con el nuevo director que entró al cargo a partir de julio de 2019. Este hecho fue muy conveniente durante el desarrollo de la pandemia debido a que en esta oficina del MINSA recayó la responsabilidad de liderar la gestión de la comunicación gubernamental en salud.

Y la ventaja es que el Ministerio de Salud ya venía en cierta forma robustecido con sus equipos de fotografía, grabación y edición digital y en su equipo humano. Tenemos un departamento de prensa desde la administración anterior. Vamos a ver, siempre hay espacios


Figura No. 18 COVID-19 Estrategia de comunicación gubernamental

COVID-19 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN GUBERNAMENTAL



y lecciones para aprender, viene desde la crisis del Dietilenglicol. Desde aquel momento se entendió que era importante reforzar el departamento de comunicación. Cuando yo llego a la dirección de Comunicación del MINSA, ya venía robustecida, pero sí me han contado que fue el parteaguas. Siempre es importante reforzar con equipo técnico profesional, pero se tiene un equipo y está muy bien, es uno de los departamentos mayormente bien estructurados. A. Abrego (comunicación personal, 13 mayo 2022).

Hasta aquí se ha revisado todos los componentes de la estrategia de comunicación inicial planteada por el gobierno para el período marzo de 2020 a marzo 2021. La Figura No. 18 presenta la sistematización esquemática de la misma con sus indicadores de logro e impacto.

CONTENIDOS		ALIANZAS		
Riesgo	Comunitarios	Indicador Logro	Indicador impacto	Producto
Dimensión: Enfermedad <ul style="list-style-type: none"> • Qué es COVID-19 • Propagación y contagio • Datos científicos • Sintomatología • Fallecidos e infectados • Convivencia 	Involucra a población Responsabilidad ciudadana Población: <ul style="list-style-type: none"> • Adultos mayores encamados • Mayor 16 años discapacitados • Adultos más 60 años • De 16 a 59 años • En comarcas y difícil acceso • Ocupaciones de riesgo • Población en general 	Cantidad Comunicados emitidos Existencia líneas telefónicas oficiales Existencia Asistentes Virtuales/aplicaciones móviles Cantidad materiales educativos Cantidad videos y cintillos aeropuertos Cantidad Voceros oficiales en Cprensa Cprensa transmitidas Cantidad noticias publicadas MINSA Frecuencia actualización web Existencia mix de comunicación	Cantidad canales transmiten información = 85 • Cantidad Comunicados = 901 Cantidad consultas recibidas y respondidas • Líneas = 7 oficiales • Asistentes virtuales = 3 Cantidad materiales distribuidos = 773,885 Cantidad videos promoción salud = 50 Audiencia calculada Voceros: En Cprensa = 368 Vocerías en radio = 4,326 Vocerías en TV local = 2,880 Cantidad conferencias prensa realizadas = 145 Cantidad noticias publicadas MINSA = 1,736 Cantidad visitantes Verificación por manejador cuentas	Intención inicial estratégica ejecutada
Dimensión: Medidas sanitarias <ul style="list-style-type: none"> • Trazabilidad • Hospitalares • Acciones de gobierno 				
Dimensión: <ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidades • Biológica • Laborales • Financieras • Geográfica • Informativa • Género 				
Dimensión: Temas <ul style="list-style-type: none"> • Dinero • Bolsas de comida • Comunicación en salud • Insultos sanitarios • UCI • Camas y ventiladores • Personal de salud • Información falsa* 				



La comunicación de la estrategia de vacunación del MINSA, Operación Panavac-19

Elaborado por:

Dirección de Comunicaciones del Ministerio de Salud

Cobertura de ejecución:

Del 28 de julio hasta 31 de marzo 2021

La estrategia de comunicación del MINSA para vacunar la población panameña contra el COVID-19 se basó en las 4 fases de la estrategia de vacunación y en el esquema tradicional de vacunación de Panamá. El principal objetivo inicial es persuadir e informar a la población sobre la importancia de vacunarse contra la COVID-19, una inversión importante por parte del Estado panameño. El público meta, es toda la población para vacunar, de acuerdo con las fases y etapas establecidas en la estrategia de vacunación contemplada en la Operación PanavaC-19. Los medios de comunicación para utilizar seguirán siendo los tradicionales, en simbiosis con las nuevas plataformas digitales y redes sociales, al igual que medios alternativos como los mupis, gigantografías, banners, etc. Se nombró la estrategia de vacunación como Operación Panavac-19.

Fases de la estrategia Operación Panavac-19

(Infografía en Anexo No. 3)

◀ Fase 1

- Etapa 1 A: Trabajadores de la salud y personal de apoyo en la primera línea en el sistema público y privado
 - Adultos mayores de 60 años encamados, en asilos y casas hogares
- Etapa 1 B: Trabajadores de la salud no priorizados en la Etapa 1, en el sistema público y privado
 - Grupos esenciales en primera línea tales como: Fuerza Pública, SINAPROC, Bomberos y Cruz Roja, entre otros
 - Población mayor de 16 años con discapacidad certificados en la SENADIS hasta el 31 de diciembre de 2020 y encamados
 - Autoridad de Aseo

◀ Fase 2

- Etapa 2 A: Adultos mayores de 60 años
 - Población de 16 a 59 años con enfermedades crónicas

- Etapa 2 B: Docentes y administrativos de escuelas y universidades públicas y privadas
 - Personal de los CAIPIS

◀ Fase 3

- Etapa 3 A: Población en las comarcas y áreas de difícil acceso
- Etapa 3 B: Población en ocupaciones de riesgo tales como: aeropuertos, aduanas, migración
 - Conductores de transporte público y carga
 - Privados de libertad

◀ Fase 4

- Población de 16 a 59 años sin enfermedades crónicas
- Población general

Plan de comunicación para la Operación Panavac-19

Se elaboró una estrategia de comunicación básica la cual puede ser modificada según se desarrolle el proceso de vacunación en Panamá y las necesidades de este proceso, o por instrucciones del Despacho Superior o de la Dirección General de Comunicación del Estado en la Presidencia de la República.

No se debe olvidar que la lucha contra la COVID-19, no solo en Panamá, sino en el mundo entero es un fenómeno dinámico y cambiante, por ende, las estrategias, en este caso de comunicación se deben ajustar a las necesidades para combatir la pandemia.

Los mensajes más que centrarse en las figuras de las autoridades, buscan informar sobre las acciones emprendidas por el gobierno nacional en la lucha contra el virus, y en este caso del esfuerzo que implica el proceso de vacunación inédito contra este mortal enemigo.

Se acordó como base fundamental engarzar de manera orgánica el esquema de vacunación Nacional (el cual no solo ha sido reconocido a nivel internacional, sino que es completo en todo el sentido de la palabra) con el proceso y metodología que usa el PAI para la vacunación contra la COVID-19.

En algún momento, según se desarrollen las negociaciones y lleguen al país, se podrá replantear la estrategia y su ejecución conforme a la llegada de más vacunas de otras casas farmacéuticas, ya que desde el inicio se trabajó en función de Pfizer, pero Panamá está ampliando su abanico de vacunas.



Objetivos Generales

- Informar y persuadir a la población sobre las ventajas e importancia de vacunarse contra la COVID-19
- Explicar los tipos de vacunas que se colocarán
- Educar sobre qué hacer antes y después de la colocación de la vacuna, al igual que insistir en las bondades de las vacunas
- Informar sobre posibles efectos, razones, causas, estudios, etc.

Objetivos Específicos

1. Elaborar mensajes y campañas que divulguen todas las acciones, y estrategias que desarrolla el Gobierno Nacional (a través del MINSA, CSS) en torno al proceso de vacunación
2. Coordinar con las instituciones públicas, la difusión de información y manejo sobre la vacunación
3. Distribución de notas informativas y material audiovisual actualizado para los medios de comunicación y la comunidad
4. **IMPORTANTE:** Plan de medios y vocerías (incluye trabajo de la mano con la dirección de Promoción de la Salud y el Programa Ampliado de Inmunización-PAI)
5. Activaciones en toda la ciudad capital de la Operación PanaVac-19, mupis, vallas, gigantografías, panfletos, unidades del Metro Bus y estaciones del Metro (aliados estratégicos en las acciones que ha emprendido el MINSA durante la campaña)

Niveles de cobertura

- Cobertura nacional (según determine el Gobierno Nacional se prioriza el público)

Diseño y elaboración

- Elaboración y ejecución de la Estrategia de Comunicación la desarrolla

Aprobación y divulgación

- Diseño de diferentes piezas de comunicación:
 - Comunicados diarios
- Notas de prensa sobre el proceso (locales y regionales)

- Elaboración de piezas audiovisuales enfocadas en el proceso de vacunación
- Distribución a medios (redes, televisión, radio, impresos)
- Acciones:
 - Coberturas noticiosas (entrevistas)
 - Elaboración de notas informativas
 - Monitoreo de medios para verificar opinión pública y generar propuestas
 - Elaboración de vocerías diarias (radiales, televisivas y medios impresos)
 - Confección de piezas audiovisuales (noticiosas, para redes sociales y para medios audiovisuales)
 - Organizar las actividades directas con el despacho superior y demás autoridades
 - Elaboración de campañas publicitarias a nivel nacional
 - Cobertura de todas las actividades que se realizan dentro del MINSa, o/y en las que participan las autoridades de salud

Resultados esperados


- Población informada, sensibilizada y proactiva

Estrategia Nacional, Regional, Local

- Con la finalidad de reforzar la respuesta de los sistemas de salud ante la evolución de la pandemia de COVID-19 en las diferentes regiones de salud del país, se necesita contar con una estrategia de promoción y comunicación frente a la vacunación a nivel nacional, regional y local.
- Se cuenta con un equipo que cubren las diferentes regionales de Salud y que le dan soporte a la estrategia de comunicación.

Puede ser del interés de algunos lectores de este libro, las particularidades del trabajo de comunicación, y por eso lo narraré. Se trata de tres situaciones muy humanas que vivió el equipo de Comunicación del MINSa con esta experiencia. Dos de estas situaciones le ocurrieron al director y la otra, a todo el equipo.

Al conocerse el primer caso COVID en Panamá, el director llegaba a la sede del ministerio conduciendo su automóvil cuando entró la llamada a su celular de la ministra requiriéndolo en el despacho superior.



Vamos a prepararnos porque ya tenemos el primer caso, ella me contaba y yo no me di cuenta de que venía una señora echando para atrás su auto, ella tampoco se dio cuenta, y me golpeo el mío dentro del estacionamiento del ministerio. Me lo chocó muy fuerte. La señora nunca me pagó el choque, tuve que pagarlo de mí dinero. Pero nunca me sentí mal porque para mí lo primordial, no fue el choque, fue que yo ya sabía a lo que me iba a tener que enfrentar, sin saber hasta cuándo.

Pero la anécdota que nunca se me va a olvidar es la del 9 de marzo de 2020 en la primera conferencia de prensa. Cuando todo terminó la ministra me abordó y me dijo sonreída "Tú nunca te diste cuenta, pero yo no fui la que anunció el primer caso, fuiste tú, busca la grabación y verás". Fue cierto, a mí se me salió cuando abrí la conferencia aquel día", A. Abrego (comunicación personal, 13 de mayo 2022).

Al igual que todos los que trabajaron en la pandemia y se vieron afectados de manera personal, el recurso humano de la dirección de Comunicación, también lo fue.

"Yo tuve que solicitar psiquiatras y psicólogos para el equipo de comunicación. Tuvimos un tema de salud mental. Empezando desde el jefe para abajo, un problema de desgaste. Me decían, jefe, estamos trabajando y la gente está encerrada y nosotros estamos aquí visitando hospitales y correteando ministros. ¿Y si nos contagiamos? y si nos morimos? Entonces el camarógrafo tenía que filmar, pero estaba que le temblaba la mano porque igual que todo el mundo, estaba nervioso. Tuvimos que hacernos una estrategia de salud mental, con psiquiatras para algunos, y para otros con psicólogos, para bajarles los niveles de ansiedad. Algunos tomamos medicamentos. Pero sí, aunque ustedes no lo crean, tuvimos psicólogos ahí escuchando los temores de los camarógrafos, de los periodistas", A. Abrego (comunicación personal, 13 de mayo 2022).

Conclusiones


La estrategia de comunicación fue valorada y estudiada en el marco de la política pública de salud. Investigando lo actuado, desde el prisma de la proximidad con la gente, reconociendo la intención de contribuir al bienestar en salud para toda la población de un territorio. Constatando la atención humanizada y conociendo lo que se enseñó, lo que debía conocer la gente, para evitar contraer la enfermedad o salir de ella, velando por la seguridad de los pacientes. Después de conocer un poco sobre todo esto, se usó el prisma de reconocimiento de contenidos, formatos posibles para presentar la información, la relación que mantuvo la institucionalidad del MINSA con los medios de comunicación, tradicionales o nuevos medios.

Los contenidos del trabajo de comunicación desplegado no solamente versaron sobre los aspectos médicos y epidemiológicos, sino también los económicos y sociales. Se destaca en lo investigado la importancia del recurso humano instalado capaz de reaccionar de manera coordinada con el resto de la institucionalidad, sus principales aliados. La pandemia no solo fue la información sobre muertos y personas positivas con COVID, sino todo lo que tiene que el drama humano del temor a morir.

Hubo capacidad técnica para informar mediante todos los medios y con los recursos disponibles. Se recibió apoyo amplio de la sociedad panameña, que dio también muestras de solidaridad y compromiso.

Referencias

- ❖ Castillo-Esparcia, A., Fernández-Souto, A.B., & Puentes-Rivera, I. (2020). Comunicación política y Covid-19. Estrategias del Gobierno de España. *Profesional de la Información*, 29(4). <https://doi.org/10.3145/epi.2020.jul.19>
- ❖ Díaz, H. (2014). La Comunicación en la Educación para la Salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 5(1), 8-13. http://www.aecs.es/5_1_3.pdf
- ❖ Losada Díaz, J. C., Rodríguez Fernández, L. Paniagua Rojano, F. J. (2020). Comunicación gubernamental y emociones en la crisis del Covid-19 en España. *Revista Latina de Comunicación Social*, 78, 23-40. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2020-1467>
- ❖ Ministerio de la Presidencia. (25 junio 2020). MINSA presenta Consejo Consultivo de Salud para seguir lucha contra pandemia. <https://www.presidencia.gob.pa/Noticias/MINSA-presenta-Consejo-Consultivo-de-Salud-para-seguir-lucha-contra-pandemia>
- ❖ Ministerio de Seguridad. (20 junio de 2020). Crean Centro de Operaciones para control y trazabilidad comunitaria ante el COVID-19. <https://www.minseg.gob.pa/2020/06/crean-centro-de-operaciones-para-control-y-trazabilidad-comunitaria-ante-el-covid-19/>

- 
- ❖ Navarro Sequeira, M. G., Rivera Salas, P. E., & Hernández Flores, H. G. (2021). Aproximación desde la Comunicación Responsable Gubernamental y Política al discurso de los líderes latinoamericanos actuales ante la pandemia COVID-19. *Más Poder Local*, (46), 25-48. <https://www.maspoderlocal.com/index.php/mpl/article/view/comunicacion-responsable-gubernamental-latinoamerica-covid-mpl46>
 - ❖ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Estrategia global de comunicación de riesgos y participación de la comunidad para la COVID-19 diciembre del 2020 – mayo del 2021: Orientaciones Provisionales, 23 de diciembre del 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341326>
 - ❖ Relatoría Especial para la Libertad de Expresión. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2021). Principios sobre regulación de la publicidad oficial y libertad de expresión. Documentos oficiales de la Organización de los Estados Americanos (OEA).
 - ❖ Rosenshain, R. (2020). Panamá desarrolla inteligencia artificial ante el COVID-19. *Revista Imagina*, Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, (13), pp. 42-44.
 - ❖ Scheinsohn, D. (2011). Comunicación estratégica: la opinión y el proceso comunicacional. Buenos Aires: Granica.
 - ❖ Tironi, E. & Cavallo, A. (2004). Comunicación Estratégica. Vivir un mundo de señales. Santiago de Chile: Aguilar Chilena de Ediciones, S.A.

Análisis técnico de las
conferencias de prensa

Capítulo
03





Análisis técnico de las conferencias de prensa

Carmen Solano, Claudia Figueroa, Gloris Trujillo, Karen Abrego, Zulema Kant, Rubén Rodríguez, Nairobi Centeno

Contenido

Descripción del objeto de estudio, metodología y material utilizado para el análisis	93
El diseño panameño de las conferencias de prensa	94
Propósitos para comunicar declarados por el gobierno	98
Temas que fueron efectivamente comunicados en las conferencias de prensa	99
Otras situaciones mencionadas en las conferencias de prensa	106
Conclusiones	110
Referencias	111

Dentro de las técnicas utilizadas por los países en sus estrategias de comunicación destaca la realización de conferencias de prensa. En Panamá fue la técnica de comunicación principal utilizada para apoyar la participación social en la prevención, control y mitigación de la enfermedad. Las conferencias realizadas en Panamá tienen particularidades de ejecución propias que hay que evidenciar. En este capítulo se muestra los propósitos a comunicar por parte del gobierno, los temas que fueron comunicados y los soportes de comunicación utilizados en las conferencias de prensa. Se utiliza el enfoque cuantitativo de tipo exploratorio y descriptivo, la técnica del análisis de contenido. Los materiales son un software de análisis de bases de datos y archivos televisivos. Los resultados obtenidos se basaron en lo expresado a través de voceros oficiales que fueron convocados y tuvieron implicaciones para la comprensión de temas importantes para la población y la gobernanza.

La pandemia de COVID-19 es el acontecimiento de salud pública más importante en el país desde que se controló efectivamente la fiebre amarilla a principios del siglo XX, y que fue uno de los factores determinantes que permitieron la construcción del Canal de Panamá (Jaén Suárez, et. ál, 2001, p. 38; Jaén Suárez, 2014, p. 284; Castillero y Conniff, 2019, p. 484).

La técnica conferencia de prensa, así como también los mensajes de los presidentes de la nación, fue adoptada por una variedad de países de Iberoamérica, entre los que se destaca México (Llano Guibarra y Aguila Sánchez, 2020; Benassini, 2020. pp. 9-10; Karam, 2020), España (Castillo-Esparcia, et. ál, 2020, pp. 3-9), Argentina (Heram, 2021, p. 114; Montero,

et. ál, 2021, p. 4; Vitale, 2020, pp. 4-5) y Costa Rica (Navarro Sequeira, 2021, p. 30, 38-40). En su uso, comparten algunos objetivos comunes como: “organizó la agenda comunicacional del gobierno mexicano, convirtiéndose en un “termómetro” del conocimiento general sobre el virus, del manejo de la gestión gubernamental o, inclusive de los avatares políticos que marcaban la agenda” (Llano Guibarra y Aguila Sánchez, 2020, p. 130). Como destaca Karam, “No resulta difícil ver las características de esas conferencias plagadas de citas, estadísticas y referencias que, sobre todo, más que informar, buscan construir confianza, generar asentamiento y transmitir la impresión de que el gobierno está haciendo su trabajo” (Karam, 2020, p. 24).


El análisis de los mensajes dados por las autoridades que participaron y fueron los voceros oficiales, así como el de los presidentes, se justifica con que “La COVID-19 constituye una crisis sanitaria provocada por un virus pandémico que fácilmente escapa la atribución de culpa; pues un virus no tiene cara –como sí la tiene un terrorista– y no se le puede interpelar. Por eso, al juzgar, los ciudadanos pondrán más atención en el líder que en la causa del problema” (Canel, 2020).

Descripción del objeto de estudio, metodología y material utilizado para el análisis

Es un estudio de campo y documental que utiliza métodos de investigación científica-deductiva, con un enfoque cuantitativo, de tipo exploratorio y descriptivo. El enfoque cuantitativo utiliza la técnica de análisis de contenido y escalas de medición cuyos datos son ordenados y tabulados para análisis. Los resultados son tratados estadísticamente y presentados de manera numérica y porcentual. Los materiales son los softwares informáticos FileMaker v.19, y el archivo televisivo del Sistema Estatal de Radio y Televisión (SERTV).

El universo de análisis fue inicialmente N=145 conferencias de prensa emitidas durante el primer año (marzo 2020-marzo 2021) de la pandemia. Panamá fue el país 121 en detectar su primer caso, el 9 de marzo de 2020. Se construyó un instrumento de análisis que permitió hacer un recuento estadístico de frecuencias de repetición de 5 dimensiones, 36 variables y 161 categorías que fueron medidas y codificadas desde el enfoque de vocería, a través de las participaciones de las autoridades y asesores en las conferencias. Las menciones o énfasis de los temas en el discurso oral de los voceros participantes son la unidad básica para codificar y se convierten en el indicador cuantitativo.

Para validar la confiabilidad de este instrumento se tomó una muestra del 10% de las 145 conferencias de prensa disponibles, obteniendo n=14. Esta muestra fue analizada y codificada por 5 personas con el propósito de obtener un porcentaje promedio de acuerdos. El porcentaje de acuerdo es una



medida importante ya que da un resultado de la confiabilidad del instrumento. Esta medida de Acuerdo de Confiabilidad entre Codificadores (Intercoder Reliability, ICR por sus siglas en inglés) es un número que muestra si dos o más codificadores miden lo mismo en el mismo contenido. Un análisis de este tipo tiene que ser realizado por varias personas. No puede ser realizado por una sola persona porque pudiera tener un componente importante de subjetividad. El valor del Acuerdo de Confiabilidad entre Codificadores ayudó a cuantificar de manera segura y a tener la certeza que el grupo evaluador fue homogéneo en cuanto a los criterios de evaluación.

El análisis final se realizó con N=126 conferencias, al descontar n=14 y cinco mensajes emitidos por el presidente de la república que recibieron un análisis aparte. Mediante el programa informático FileMaker v.19 se procesaron y generaron los datos de las conferencias de prensa analizadas. Las “categorías o variables deben funcionar como descriptores para la categorización” (Pita González y Grillo, 2015, p. 2 citado por Llano Guibarra y Aguila, 2020, p. 131) en este material y protocolo de análisis. Las categorías de análisis se convierten en campos de registros.

Este estudio permite conocer técnicas y soportes de comunicación utilizados, los propósitos a comunicar por parte del gobierno y los temas que fueron comunicados por el Ministerio de Salud (MINSA) a través de voceros oficiales para alcanzar el objetivo general 2 del Plan Operativo Nacional del Sistema de Salud para la Prevención y Control del nuevo Coronavirus (2019-vCOV) de enero de 2020, “Lograr una participación social activa en la prevención, control y mitigación de la enfermedad” que fue uno de los dos pilares fundamentales de la estrategia de comunicación del gobierno.

El diseño panameño de las conferencias de prensa

Las conferencias de prensa en directo representaron el principal contacto de las autoridades panameñas con la población durante el primer año de pandemia COVID-19 del 9 marzo 2020 al 30 marzo 2021. La población recibió diariamente la última información oficial de la gestión o acciones del gobierno para hacer frente a la crisis de salud, y las crisis social y económica que la acompañó.

Las conferencias fueron programadas, en los primeros dos meses de la pandemia de manera diaria y en directo a través de las pantallas de los canales de televisión abierta y con cobertura nacional. En los meses siguientes se observó un paulatino espaciamiento de cuatro, a tres y a dos veces en la semana.

La comparecencia de los periodistas de los distintos tipos de medios de comunicación fue presencial durante 5 días. El 14 de marzo las participaciones de los periodistas pasaron a un formato de conferencia virtual para las preguntas y respuestas. Se dijo que la medida fue para “salvaguardar la salud del personal de los medios de comunicación”. En el mes de julio los periodistas volvieron al formato presencial.

La puesta en escena de la primera conferencia de prensa consistió en un panel de siete autoridades del gobierno, presidido por la ministra de Salud, sentadas en una mesa principal, con una gran pantalla electrónica detrás que mostraba la situación del COVID-19 en el mundo mediante la señal de internet. A ambos lados de la mesa, estuvieron acompañados por equipos de profesionales seleccionados de todos los sectores del gobierno. Este diseño no se sostuvo mucho tiempo; el 20 de marzo el escenario fue cambiado con una mesa más pequeña y sin la pantalla electrónica. La escenografía de las conferencias fue ajustada a lo largo del periodo a la presencia en la mesa principal de cada vez a menos personas, hasta llegar al mínimo con solo el ministro de salud o solo el Informe Epidemiológico dado por el Epidemiólogo/a jefe del Ministerio de Salud, sobre todo, en los últimos meses del primer año. Siempre hubo un podio donde un presentador iniciaba, regulaba la participación de los periodistas en aquellas en que hubo presencia de medios y despedía la transmisión en directo.

Soportes de comunicación empleados

El análisis de las conferencias de prensa devuelve una racionalidad interpretativa a un contexto de convivencia excepcional creado por la pandemia y controlado en materia de comunicación masiva, por cuatro de los artículos del Decreto Ejecutivo No. 64 de 28 de enero 2020¹, que determinó la agenda informativa del año 2020. La conferencia de prensa fue un producto comunicativo desarrollado con características propias que se fue configurando a lo largo de la pandemia en cuanto a sus formas de presentación y a los contenidos que viabilizó.

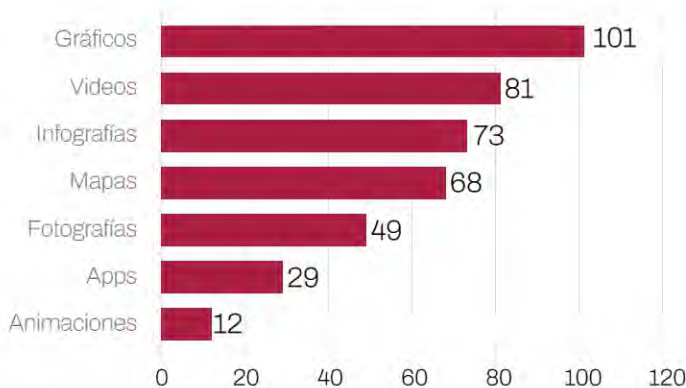
¹ Decreto Ejecutivo No. 64 de 28 de enero 2020 de Ministerio de Salud. Gaceta Oficial No. 28950-B. Artículo 4. Instar a la empresa privada a brindar al Ministerio de Salud toda la cooperación necesaria en la adopción de todas las medidas para prevenir y controlar el riesgo proveniente del brote del nuevo Coronavirus (2019-nCoV) y en materia de promoción de la salud será de carácter obligatorio colaborar con la autoridad de salud en las acciones de divulgación de la información requerida por la población. Artículo 9. El Ministerio de Salud es el único ente oficial autorizado para divulgar información referente a todo lo concerniente al brote del nuevo Coronavirus (2019-nCoV) en el país. Se insta a los medios de comunicación social a abstenerse de difundir información proveniente de las redes sociales y fuentes no autorizadas que puedan causar alarmas injustificadas en la población. Artículo 10. Los medios de comunicación masivos de Panamá, tales como radio, televisión y prensa, así como las Oficinas Institucionales de Relaciones Públicas de las entidades públicas del país coordinarán con la Oficina de Relaciones Públicas del Ministerio de Salud todo lo relativo a la divulgación de la noticia relativa a esta contingencia para garantizar que la información ofrecida al público sea científica y veraz; además, deberán en el desarrollo de sus coberturas noticiosas en las instalaciones de salud, contar con los permisos correspondientes y seguir los parámetros técnicos de bioseguridad, a fin de garantizar su salud y de la población en general. Artículo 11. Los medios de comunicación social masivos difundirán, de manera gratuita y oportuna, los mensajes que promueva el Ministerio de Salud para la prevención, mitigación y control del problema de salud pública existente.

Desde el 9 de marzo al 30 de abril de 2020 se dieron 56 conferencias de prensa, lo que equivale al 62.9% de todas las participaciones de los voceros seleccionados por el gobierno. Las 56 conferencias se realizaron en 53 días ya que hubo tres fechas en que se dieron dos conferencias por día. La cantidad de conferencias disminuyó a 14 en el mes de mayo, a 10 en junio y julio, 7 en agosto, 4 en septiembre, octubre y noviembre; 8 en diciembre; 4 en enero y 5 en febrero de 2021.

Hubo presencia de maestro de ceremonia en el 100% de las conferencias, en las cuales el 80.2% el presentador fue de sexo masculino y el 19.8% de sexo femenino. En solo el 17.5% de las conferencias se utilizó intérprete de lenguaje de señas. Se utilizaron términos religiosos dentro del lenguaje de los voceros en el 73.8% de las conferencias. Este es un fenómeno nuevo en el lenguaje de los funcionarios públicos y por eso se le puso atención. Panamá es formalmente una sociedad laica, lo opuesto son Estados confesionales. La Constitución política acepta la existencia de todas las religiones en la práctica privada y representación pública de todas ellas. Sin embargo, los funcionarios públicos no deben favorecer o privilegiar ninguna de ellas en su accionar o utilizar un lenguaje plagado de figuras religiosas, porque está obligado a utilizar un lenguaje técnico que esté basado en las políticas públicas establecidas para hacer su trabajo. Términos como “bendiciones”, “con la ayuda de Dios”, “tengan fe y sigan creyendo” y otras, no corresponden al lenguaje que debe utilizar un funcionario de gobierno.

Los recursos empleados para dinamizar las conferencias de prensa fueron: Gráficos en 101 conferencias (80.6%), videos en 81 (64.3%), infografías en 73 (57.9%), mapas en 68 (54.0%), fotografías en 49 (38.9%), Apps en 29 (23.0%) conferencias y animaciones en 12 (9.5%).

Figura No. 19 Recursos utilizados durante las conferencias

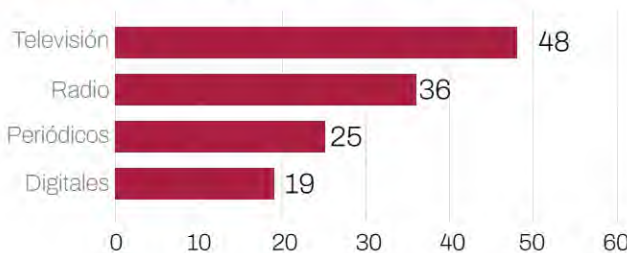


Fuente: Elaboración propia.

En el 88.9% de las conferencias se contextualizó el momento en que estuvo la pandemia dentro de las disertaciones.

En 65.9% de las conferencias hubo presencia y manejo con los periodistas de los medios de comunicación. De éstos, sobresalen las emisoras de televisión cuyos periodistas participaron en 48 conferencias (38.1% del total de conferencias). La radio participó en 36 conferencias (28.6%), los medios escritos –periódicos– en 25 (19.8%) y los medios digitales en 19 conferencias (15.1%).

Figura No. 20 Presencia y tipo de medios

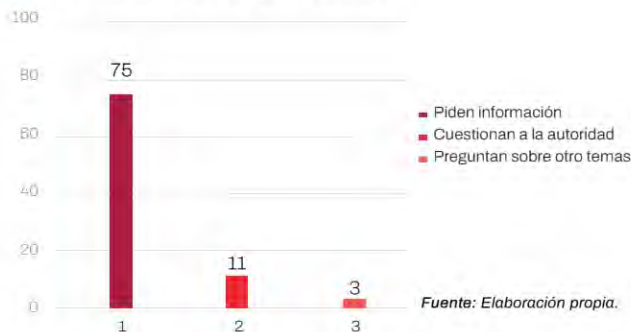


Presencia	Cantidad	Porcentaje
Sí	83	65.9%
No	43	34.1%

Fuente: Elaboración propia.

De las 126 conferencias de prensa analizadas, los periodistas participaron en 83 de éstas (65.9%). Dentro de esta participación de los periodistas, 75 el (84.3%) tuvo como finalidad pedir o solicitar información a los voceros. De igual forma, 11 de las participaciones de los periodistas en las conferencias (12.4%) se enfocaron en cuestionar a la autoridad. Solo en 3 oportunidades (3.3%) la participación de los medios fue para preguntar sobre otros temas.

Figura No. 21 Finalidad de los periodistas



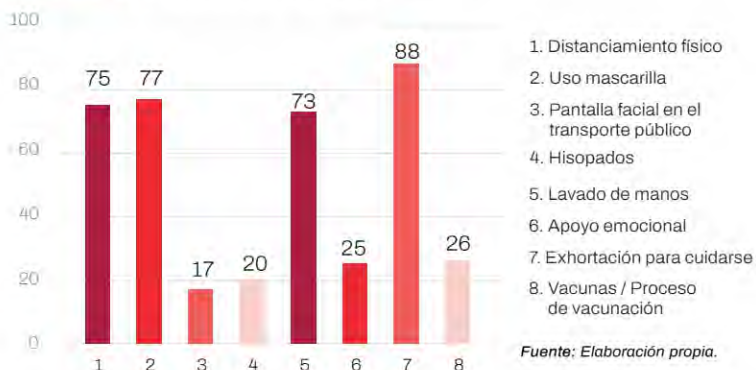
Fuente: Elaboración propia.

Propósitos para comunicar declarados por el gobierno

Durante los dos primeros meses de la pandemia, marzo-abril 2020, los propósitos a comunicar fueron: Evidenciar las gestiones de abastecimiento de material sanitario, fue el 44.6% de las menciones de los voceros en esos dos meses en relación con todo el año. También de informar sobre la comunicación en salud y los apoyos sociales a la población.

Por otra parte, destacan por el énfasis dado en los mensajes de comunicación de salud durante todo el periodo: La exhortación para cuidarse se mencionó en 88 conferencias con menciones de los voceros (69.8%), el uso de mascarilla en 77 conferencias (61.1%), el distanciamiento físico 75 (59.5%) y el lavado de manos en 73 (57.9%). El énfasis sobre vacunas/proceso de vacunación fue un tema que se mencionó en 26 conferencias (20.6%), los hisopados en 20 (15.9%) y pantallas faciales 17 (13.5%). Estos últimos 3 temas no se mencionaron de forma regular como los otros. Las vacunas, por ejemplo, se mencionaron muy poco durante el periodo comprendido entre el 22 de abril de 2020 y 27 de julio de 2020 (solo se mencionaron las vacunas en 4 conferencias); sin embargo, a partir del 28 de julio de 2020 la mención de vacunas se hizo más frecuente. Sobre las pantallas faciales ocurrió algo similar, entre el 6 de abril al 3 de diciembre de 2020 solo se mencionó el tema de las pantallas faciales 3 veces. A partir del 4 de diciembre en adelante, la mención de pantallas faciales se hizo frecuente en las conferencias. Sobre los hisopados, ocurrió algo diferente, su mención fue muy esparcida ya que solo se mencionó en 20 conferencias durante todo el periodo de estudio. A lo anterior, se debe resaltar que la mención de los hisopados fue aún menor entre el 26 de abril al 16 de julio de 2020; se mencionó una sola vez durante este periodo. Sobre la necesidad de apoyo emocional, ésta tuvo menciones en 25 conferencias (19.8%).

Figura No. 22 La comunicación en salud



Sobre los apoyos sociales a la población más vulnerable, estos se canalizaron mediante bonos de dinero y con bolsas de comida. El apoyo con bolsas de comida fue mencionado en el 32.8% de las conferencias y el apoyo con dinero, en 33.9%. Estos temas no fueron tratados de manera enfática en las conferencias de prensa; sin embargo, su divulgación se realizó preferentemente mediante el uso de soportes impresos y videos promocionales.

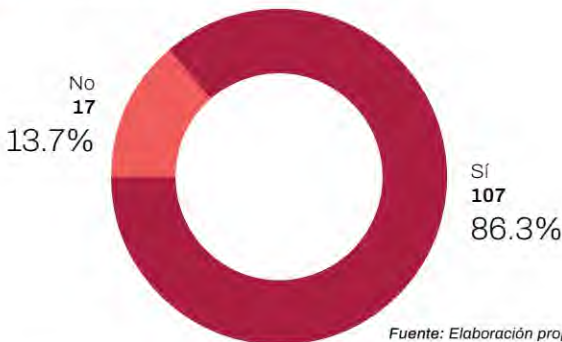
Temas que fueron comunicados de manera contundente en las conferencias de prensa

Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, los temas comunicados de manera contundente fueron: Uso de la trazabilidad, mencionado en el 86.3% de las conferencias; la demostración y declaración de acciones realizadas dentro del discurso de los voceros del gobierno y expertos participantes se mencionaron en todas las conferencias (100%), la postura asumida de eficiencia y efectividad del gobierno contra el COVID-19, fue mencionada por los voceros, en el 67.5% de las conferencias.

Los otros temas mencionados con mucho énfasis fueron las medidas tomadas para la convivencia y el COVID-19 como enfermedad.

La trazabilidad es la acción organizada de búsqueda, por personal especializado de salud, de personas con COVID-19 en el área en que residen. Fue el método utilizado porque detecta y permite medir la cantidad de casos positivos. Es uno de los indicadores que tienen peso para decidir dónde y cuándo aplicar medidas restrictivas.

Figura No. 23 Trazabilidad



Las medidas tomadas por el gobierno para prevenir, controlar y mitigar la enfermedad en la convivencia diaria fueron los aspectos más complejos de manejar en términos de comunicación y así se reflejó de manera determinante en las conferencias de prensa.

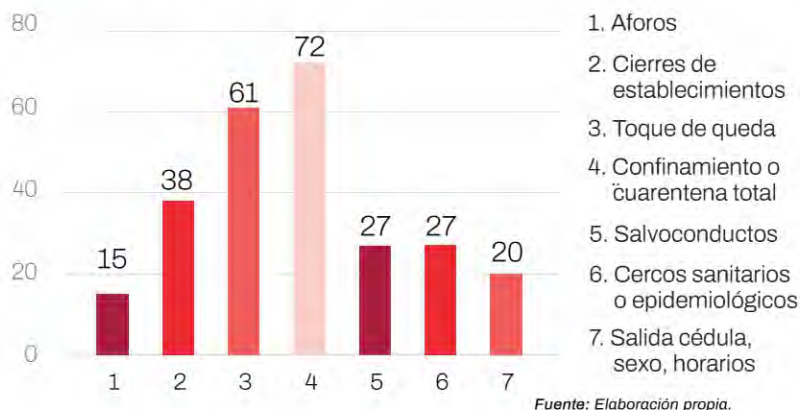
A través del discurso de los principales voceros para contener la circulación del virus, dos ministros de Salud en el periodo, el director de la Caja de Seguro Social y el ministro de Seguridad, se apeló reiteradamente a la responsabilidad ciudadana de involucrarse en el acatamiento de las medidas 95.9% y apelando a la responsabilidad de cuidarse 98.3%.

Figura No. 24 La Responsabilidad ciudadana



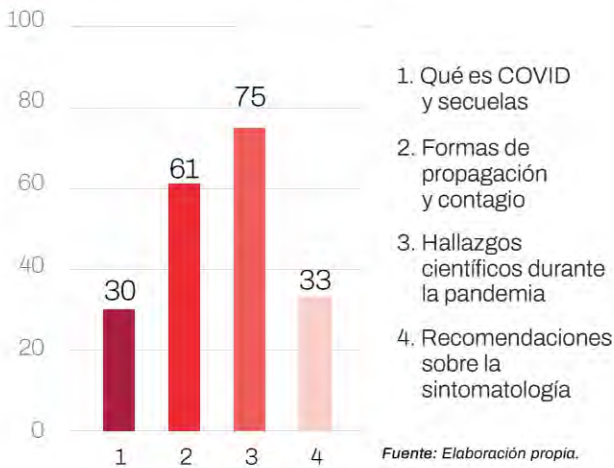
También se enfatizó la importancia de tomar medidas restrictivas para la convivencia, entre las cuales sobresalen: Cuarentena total mencionada en 72 conferencias (57.1%), toques de queda en 61 (48.4%), cierres de establecimientos en 38 conferencias (30.6%), cercos sanitarios en 27 (21.4%), salvoconductos en 27 (21.4%), autorización de salida por cédula, sexo, franjas horarias en 20 (15.9%) y aforos en 15 (11.9%).

Figura No. 25 Mención de las medidas tomadas para la convivencia



Se estudiaron los mensajes del COVID-19 como enfermedad para separarlos y poder diferenciarlos de los otros temas que fueron tratados dentro de las conferencias de prensa. Los aspectos puestos en relieve sobre el COVID-19 como enfermedad fueron: Datos sobre hallazgos científicos a lo largo de la pandemia mencionados en 75 conferencias (59.5%), formas de propagación y contagio en 61 (48.4%), mención sobre qué es COVID y secuelas en 30 conferencias (23.8%) y recomendaciones atendiendo a la sintomatología de la enfermedad en 33 (26.2%).

Figura No. 26 El COVID como enfermedad



Otros temas incluidos fueron la mención y reconocimiento al personal de salud 70.4%, el informe de fallecidos e infectados como parte del Informe Epidemiológico 92.7% y, en menor medida, el combate de la información falsa 13.5% en solo 17 conferencias de prensa.

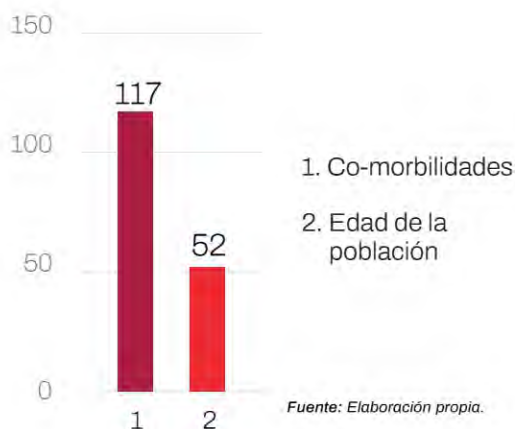
Las Vulnerabilidades

En este estudio las vulnerabilidades son los riesgos que la población padeció por el peligro inminente de contraer el virus, en los aspectos que más la afectan: biológicos, de las garantías laborales, financieras, garantías para las empresas, geográfica, informativa y de género durante el primer año, provocados por la pandemia COVID-19.

La vulnerabilidad biológica se refiere a cuando se mencionaron los rangos de edad de la población más afectada por el COVID-19, 52 menciones y las menciones de enfermedades como diabetes, cáncer, hipertensión, obesidad, afecciones respiratorias, personas con trasplantes de órganos y otras (comorbilidades), 117 veces.



Figura No. 27 Vulnerabilidad biológica



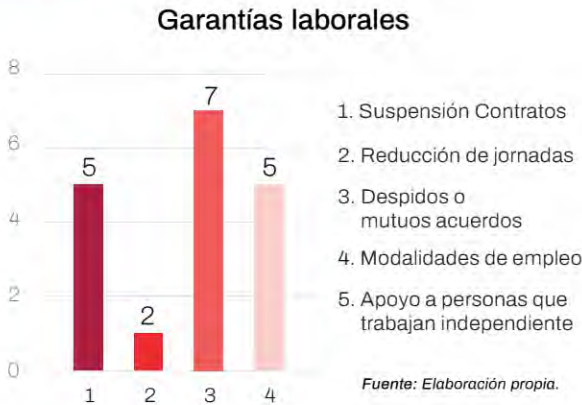
Las garantías laborales se refieren a la mención de las diferentes medidas legales implementadas por el gobierno para regular las relaciones laborales en la pandemia.

La suspensión de contratos con autorización del Ministerio de Trabajo, debido a que las empresas cerraron por orden del Ministerio de Salud conforme a las medidas sanitarias de la pandemia, significó que los trabajadores no estuvieron obligados a laborar y la empresa no estuvo obligada a pagarles salario, pero manteniendo la relación laboral, se mencionó 5 veces. También hubo reducción de jornadas, sólo mencionada 2 veces. Cero (0) veces fueron mencionados los despidos o mutuos acuerdos probablemente porque, con la extensión de la suspensión de los contratos, los empresarios no tuvieron la necesidad de despedir trabajadores, ni pagar una liquidación más la indemnización. Se estableció que todo mutuo acuerdo debía ser entregado por escrito a los trabajadores y esperar un mínimo de 2 días para que este lo revisara y declarara su aceptación, si no respondía, se entendía que el acuerdo era rechazado.

Las modalidades de empleo 7 veces, se refiere a la mención de alguna de las que reconoce la ley en Panamá –vacaciones, licencia sin sueldo, trabajo a disponibilidad (el trabajador sin estar en el lugar de trabajo estará a disposición del empleador durante la jornada laboral) y el teletrabajo– que se mencionaron de manera explícita en el marco de la conferencia. El apoyo a personas que trabajan de manera independiente formales o informales se mencionó 5. Ante la imposibilidad de salir a trabajar de quienes lo hacían de manera informal, el gobierno tomó medidas para contribuir a la supervivencia

de este amplio sector, que antes de la pandemia alcanzaba a 45% de la población económicamente activa. Las pocas menciones del tema laboral en las conferencias de prensa permiten inferir que el importante tema laboral fue soslayado.

Figura No. 28 Vulnerabilidad laboral

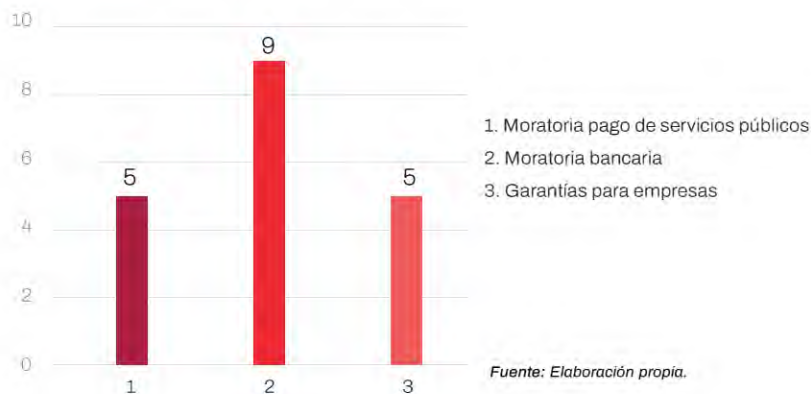


Las garantías financieras se refieren a la mención de las medidas financieras adoptadas por el gobierno, como la moratoria de pago a los servicios públicos, mencionada 5 veces, que contempla los servicios de energía eléctrica, de telefonía fija, móvil e internet, como una medida especial inicialmente por cuatro meses, a partir del 1 de marzo de 2020. La moratoria bancaria se mencionó 9 veces y se refiere a la mención de alguna de las aprobadas, desde el 1 de marzo de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020, que incluyó los pagos de préstamos hipotecarios residenciales, préstamos personales, préstamos de auto, préstamos comerciales, préstamos a la pequeña y mediana empresa, préstamos al sector transporte, sector agropecuario, créditos de consumo para todas las personas afectadas económicamente por la pandemia.

Así como se dieron garantías financieras para los trabajadores, también se dieron para las empresas en forma de créditos y ayudas financieras, mencionadas 5 veces. Las medidas financieras fueron aprobadas para evitar la profundización de la crisis económica y contribuir en el mantenimiento de la paz social durante el primer año de la pandemia, cuando regían las medidas de cuarentena total que impedían a las familias de la clase trabajadora generar los ingresos necesarios para satisfacer sus necesidades y pagar sus deudas.

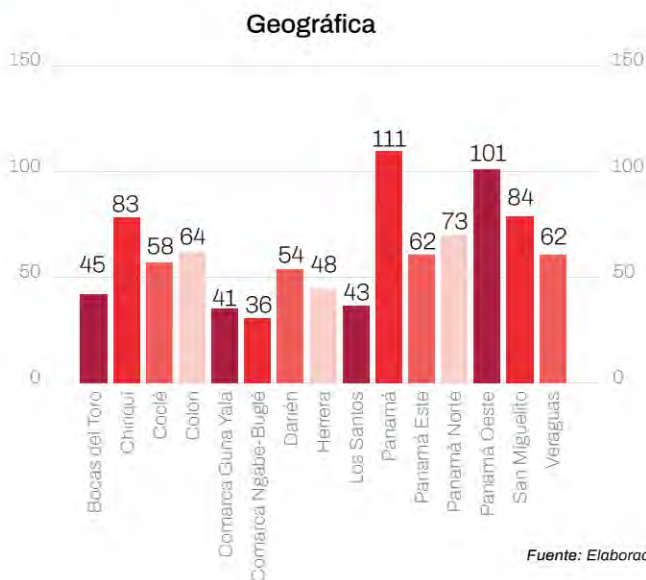


Figura No. 29 Vulnerabilidad financiera



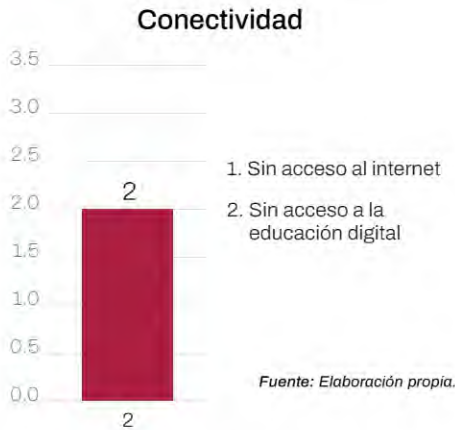
La vulnerabilidad geográfica fue importante porque permitió determinar los lugares geográficos mayormente afectados, pero que fueron mencionados en el marco de las conferencias de prensa por los voceros epidemiólogos, atendiendo a la división geográfica que utiliza el MINSA de 14 Regiones de Salud, sean provincias, regiones y comarcas. Destacaron en la región de Panamá 111 menciones, Panamá Oeste 101, San Miguelito 84, Chiriquí 83 y Panamá Norte 73 veces.

Figura No. 30 Vulnerabilidad geográfica



La brecha de conectividad, mediante internet, de la población vulnerable por pobreza y en confinamiento, no fue mencionada y el acceso a la educación digital fue mencionado solo 2 veces, a pesar de que todo el sistema educativo tuvo que migrar a lo digital.

Figura No. 31 Vulnerabilidad informativa



La vulnerabilidad de género se refirió a la situación de violencia contra la mujer, que fue mencionada 9 veces; los servicios de atención a las mujeres 8, aunque sea grave la situación de violencia que padecen muchas mujeres y niñas en Panamá y que se vivió de manera agravada con la implementación de las medidas de confinamiento. Cero, (0), menciones sobre la atención a personas transgénero quienes viven con una identidad de género distinta a su sexo biológico y que, por tal característica, vieron violentado su derecho al libre tránsito, así como a adquirir alimentos y medicinas durante los meses que se implementó la salida por sexo. Los días que podían circular las mujeres, eran discriminadas porque en su cédula de identidad se indicaba que era hombre, igual sucedió cuando las personas transgénero eran mujeres transexuales. No fue visibilizado este problema que atenta contra los derechos humanos.

Figura No. 32 Vulnerabilidad de género



Otras situaciones mencionadas en las conferencias de prensa

En esta sección se recogen algunos otros hechos importantes que se mencionaron en las conferencias de prensa del primer año de la pandemia. Los números al final del párrafo representan día, mes y año en que se realizó la conferencia.

Gran Aplauso Nacional a las 7:00 p.m. para los trabajadores de la salud, policías y bomberos (15/3/20).

La ministra Rosario Turner destacó que Panamá fue uno de los pocos países donde se aplicó la prueba COVID a cualquier persona que tuvo síntomas o que fue contacto de un caso positivo, que esa pudo ser la razón por la cual Panamá registró un mayor número de casos en comparación con otros países de la región (3/4/20).

La ministra Turner señaló que los niños con algún síndrome cognitivo, que requieran salir de casa como parte de su actividad, pueden hacerlo una vez al día con las personas cuidadoras si tienen una certificación (3/4/20).

Las autoridades de gobierno informaron que se aprobó el Decreto No. 400, con el cual se legalizó el Plan Panamá Solidario, para atender las necesidades urgentes de quienes en realidad lo necesitaban: 1.3 millones de familias. Y explicaron que se distribuirían bolsas de comida en el Panamá rural y en las comarcas indígenas, en las áreas urbanas, se distribuirían bonos de alimentación. Estas acciones serían publicadas previamente en los periódicos y otros medios de comunicación, y se distribuirían mediante calendarios de distribución de los bonos y bolsas de comida (5/4/20).

El 3 y 9 de abril se anunció el inicio del proceso de distribución de medicamentos en las casas, para que las personas con enfermedades crónicas como VIH, cáncer y otras, no tuvieran que salir a buscarlas a los Centros de Salud. El director de la Caja del Seguro Social (CSS) dijo que son 52 mil 630 pacientes registrados con enfermedades crónicas en la CSS (9/4/20).

Se informó que el MINSa acordó que las personas que vivían solas, si el resultado luego de tomar la prueba COVID era positivo, inmediatamente debían ser ubicadas en los hoteles hospitales sin importar su edad. Ya que, por estar solas, no contaban con apoyo para vigilar su estado de salud. Con esta medida, se trató de garantizar que ninguna persona falleciera sola en su domicilio (10/4/20).

La ministra de Educación, Maruja Gorday de Villalobos, anunció la decisión de suspender temporalmente el año escolar. Dijo que los Centros de Atención Infantil y de la Primera Infancia (CAIPI) a nivel nacional, también suspenderían la atención. Explicó que “esta medida no representa de ninguna manera la pérdida del año escolar 2020”. Y señaló que “se excluye a los centros particulares con calendario internacional, que están próximos a terminar el año electivo”. Mientras tanto, indicó que se pondrían a disposición de los estudiantes clases pregrabadas y transmitidas por televisión abierta (15/4/20).


El MINSa informó que de acuerdo con los Decretos No. 500, No. 507 y No. 541, que establecieron la reactivación de las empresas, se mantenía el cierre temporal de establecimientos comerciales como cines, bares, gimnasios y en su lugar se permitía la reapertura de lavanderías, cooperativas de ahorro y de empresas de producción agrícola. Explicó que dichos establecimientos, podían generar sus salvoconductos (21/4/20).

La primera vez que se hace énfasis en el tema de “prevención de violencia” o situaciones de violencia doméstica lo mencionó Markova Concepción, ministra de Desarrollo Social (4/5/20).

Se destacó la ardua labor que llevaron adelante los estamentos de seguridad a nivel nacional y sobre todo en las áreas de difícil acceso, que, con más de 50 días de turnos, llevaron bolsas de comidas y víveres a esas comunidades apartadas y puestos binacionales en la provincia de Darién (8/5/20).

Acciones Coercitivas

El MINSa anunció que abriría expedientes para sancionar y dar seguimiento administrativo a las personas que violan las medidas dictadas por la institución (2/4/23).



Se dijo que las personas que violaran las medidas de cuarentena y otras contra el coronavirus, en adelante serían detenidas durante 24 horas y realizarían trabajo comunitario, como la recolección de basura de las calles. Así mismo, que los conductores que incumplieran las medidas de restricción de movilidad, serían sancionados con multa, retención del vehículo y la suspensión de la licencia por 3 meses (11/4/20).

El ministro de Seguridad Juan Pino, advirtió que los menores de edad que violaran las medidas de cuarentena y toque de queda, podrían recibir la sanción de suspensión por tres meses del pago de la Beca Universal (15/4/23).

Multas para positivos de COVID que no cumplan el periodo de cuarentena; la sanción es el bloqueo de las tarjetas de Metro y Metro Bus (3/7/20).

Levantamiento de restricciones, sin embargo, reiteraron que no era momento de fiestas y que todas las actividades debían ser dentro de la burbuja del hogar (22/9/20).

Multas a los que incumplan y se continúa con el toque de queda (20/10/20).

Viceministro de Comercio e Industria, Omar Montilla, habló de los operativos en los comercios y sanciones. Operativos en las playas, de avisos de operación de los locales comerciales y sobre la venta de licor “en guerra avisada no muere soldado” (20/10/20).

Se mantiene la prohibición de fiestas (27/10/20).

Sanciones y suspensiones de Vale Digital a quienes incumplan la ley (7/12/20).

Sanciones a restaurantes que incumplan la ley. Hicieron visitas a establecimientos (7/12/20).

Nuevamente, “Prohibida la venta y consumo de bebidas alcohólicas incluso en delivery”, ministro Sucre (7/12/20).

Donaciones y Colaboraciones

- Se agradeció a los empresarios que realizaron donaciones de insumos para los hospitales (9/4/20).
- Gestión de donaciones de Minera Panamá (7/7/20).
- Club Activo 20-30 apoyó al país a través de la recaudación privada de fondos y aportes a la infraestructura de atención de pacientes (7/7/20).

- El Club Rotario se incorpora al equipo de trazabilidad y control (14/7/20).
- El Club de Leones formó parte del equipo para asistencia y apoyo logístico de salud, donaciones de hisopados, entre otros insumos (14/7/20).
- Unidos por Panamá, una organización sin fines de lucro cuyo objetivo fue apoyar la implementación y financiamiento del Programa de Atención Domiciliaria para pacientes con COVID-19, también apoyó al gobierno en el proceso de trazabilidad (28/7/23). Específicamente se mencionó del trabajo realizado por ellos en el Corregimiento de Juan Díaz (30/7/23).
- Donaciones de Más Móvil, Digicel, USAID, Embajada de Estados Unidos y Club Activo 20-30 (20/10/20).
- El Club Rotario presentó la campaña “Manos Limpias, vidas sanas”, aportó una donación de 20,000 pastillas de jabón, producción de video animado y material promocional. Ayuda a centros de salud, hospitales, centro para adultos y jóvenes (27/10/20).

Religión

El ministro de Salud, Luis Francisco Sucre, menciona una reunión sostenida con líderes de diferentes religiones del país. Indicó que se hizo ese acercamiento para conversar sobre la situación de la pandemia, la situación económica y también la situación en materia salud mental y espiritual en el país (30/7/23). Sucre agregó que fue una reunión donde el gobierno dio información a los líderes y los líderes a la vez también dieron información para trabajar en conjunto frente a la pandemia (30/7/20).

Además de los representantes del gobierno a esta conferencia de prensa también asistieron representantes de las diferentes religiones del país. Las comunidades de fe firmaron una Carta de Entendimiento con el Ministerio de Salud en la cual se comprometieron a “trabajar de la mano” con los diferentes mecanismos y acciones en todo el país para unirse a la lucha contra la COVID-19 (4/8/20).

El documento se firmó con base a que las comunidades de fe tienen trayectoria profética y experiencia de acompañamiento a las familias, porque querían en aquel momento apoyar la salud integral de la población, se dijo (4/8/23).

Logros

- En junio se lograba aplicar 2,000 pruebas por día (14/6/20).
- Reactivación económica. Se superó el primer pico de la pandemia (22/9/20).

- Capacidad hospitalaria va en aumento y aplican 5 mil pruebas diarias (22/9/20).
- Las personas están saliendo más a lugares abiertos (22/9/20).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la aplicación de pruebas en Panamá fue determinante (22/9/20).
- Panamá segundo país con letalidad más baja en la región (22/9/20).
- Los datos de trazabilidad han sido estudiados para políticas públicas (22/9/20).
- Recuperados en Panamá muy por encima del porcentaje global (10/11/20).
- Panamá #18 de transmisión comunitaria con porcentaje de mortalidad de 2 (10/11/20).
- La trazabilidad indica que nos encontramos entre los países que se realizan más pruebas por cantidad de habitantes. Después de Canadá, Chile y Estados Unidos (10/11/20).
- Panamá está en segundo lugar después de Cuba en porcentaje de letalidad, y con un tipo de transmisión comunitaria diferente que en Cuba donde es un cluster de casos (24/11/20).
- Panamá está en el tercer lugar como el país de la región que aplica más prueba por cantidad de habitantes (24/11/20).
- Panamá recibe Premio OEA – BID a la Excelencia de Gobierno Electrónico en América Latina. Categoría: Gobierno digital frente al COVID (24/11/20).
- Las restricciones en Veraguas y Comarcas presentan un mejor número en cuanto a la reproducción efectiva de COVID-19 índice de transmisión por debajo de 1 (7/12/20).

Conclusiones

Los temas estratégicos dentro de las conferencias de prensa fueron: las acciones del gobierno, los de la comunicación en salud, la trazabilidad, la información científica sobre el COVID-19, la restricción de movilidad, el enunciado de efectividad demostrada por el gobierno en la voz de sus voceros y las formas de propagación y contagio de la enfermedad.

El liderazgo del Ministerio de Salud para centralizar y divulgar la información científica sobre el COVID-19, consignado en el Decreto Ejecutivo No. 64 de 28 de enero 2020, se cumplió en el 59% de las conferencias de prensa. La estrategia de trazabilidad fue un tema enfatizado de manera permanente 86% para instruir a la población en su comportamiento y lograr detectar y medir la cantidad de casos positivos.

Sobre la comunicación en salud recayó los mayores énfasis a comunicar en la exhortación a cuidarse en 69.8% de las conferencias, el uso de mascarilla en 61.1% de las conferencias, el distanciamiento físico en 59.5% y el lavado de manos en el 57.9% de las conferencias. Mientras que, el decretar y hacer cumplir las restricciones de movilidad, confinamiento o cuarentenas y toques de queda entre la población requirió desplegar un gran esfuerzo persuasivo y coercitivo.

La participación de los representantes de los medios de comunicación social en las conferencias de prensa se dio en 83 (65.9%) en relación con el total de las realizadas. La finalidad principal fue obtener información concerniente a la pandemia en 75 de estas, 84.3%, las preguntas fueron dirigidas a pedir datos o respuestas sobre la crisis sanitaria y social pandémica.

Hubo debilidad en el énfasis hacia los mensajes de apoyo emocional (salud mental), durante todo el periodo solo se mencionó en un 19.8% de las conferencias. Se considera poco, y especialmente en los momentos más difíciles del confinamiento cuando la población requirió más este tipo de apoyo.

Muy poco énfasis en las conferencias de prensa a las vulnerabilidades de las garantías de la población en cuanto a asuntos laborales, financieros, garantías para las empresas, vulnerabilidad informativa y de género durante el primer año, provocados por la pandemia COVID-19.

Referencias

- ❖ Benassini, C. Análisis del discurso de la construcción de un encuadre informativo sobre el Modelo Centinela en tres periódicos de la Ciudad de México. (2020). Revista del Centro de Investigación de la Universidad La Salle Vol. 14, No. 53, enero-junio, 239-264 doi: <http://doi.org/10.26457/recein.v14i53.2677>
- ❖ Canel, M. J. (2020, 31 de marzo). Comunicación en tiempos de coronavirus. https://elpais.com/elpais/2020/03/31/opinion/1585667419_111894.html
- ❖ Castellero Calvo, A. y Conniff, M. (2019). Proyectos para la construcción de un canal por Panamá: siglos XVI-XIX. Nueva Historia General de Panamá, Vol. II. Panamá: Ediciones Balboa, S.A.

- ❖ Castillo-Esparcia, A., Fernández-Souto, A.B., y Puentes-Rivera, I. (2020). Comunicación política y Covid-19. Estrategias del Gobierno de España. *Profesional de la Información*, 29(4). <https://doi.org/10.3145/epi.2020.jul.19>
- ❖ Heram, Y. (2021). Intratables en pandemia: Cambios y continuidades en el panelismo televisivo. *Universidad de Palermo. Cuadernos* 136, 24, 113-127. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/139388>
- ❖ Jaén Suárez, O., Alvarado, C., Vargas, C., Adames, Abdiel & Comisión del Canal de Panamá. (2001). *El Canal de Panamá*.
- ❖ Jaén Suárez, O. (2014). *500 años de la Cuenca del Pacífico*. Panamá: Ediciones Balboa, S.A.
- ❖ Karam Cárdenas, T. (2020). Funciones comunicativas y altibajos discursivos de la autoridad sanitaria en México ante la pandemia de la COVID-19. *Sintaxis*, 15–34. <https://doi.org/10.36105/stx.2020edespcovid-19.01>
- ❖ Llano Guibarra, N. y Aguila, J. (2020). Conferencias de prensa y COVID-19: explorando la respuesta gubernamental mexicana desde la comunicación en salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 128-141. <http://doi.org/10.20318/recs.2020.5451>
- ❖ Ministerio de la Presidencia. Decreto Ejecutivo No. 64 de 28 de enero 2020. Que adopta las medidas necesarias que sean imprescindibles e impostergables, contenidas en el Plan Nacional ante la amenaza por el brote del nuevo coronavirus (2019-ncov) definido por el Ministerio de Salud. <https://www.conep.org.pa/covid-19/decreto-ejecutivo-no-64-de-28-de-enero-de-2020/>
- ❖ Montero, A. y Cané, M. (2021). Cuidar, explicar, gobernar: El discurso de Alberto Fernández durante la pandemia de COVID-19 en Argentina. *Universidad Nacional de Rosario*, 87-108. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/138144>
- ❖ Navarro Sequeira, M. G., Rivera Salas, P. E., y Hernández Flores, H. G. (2021). Aproximación desde la Comunicación Responsable Gubernamental y Política al discurso de los líderes latinoamericanos actuales ante la pandemia COVID-19. *Más Poder Local*, (46), 25-48. <https://www.maspoderlocal.com/index.php/mpl/article/view/comunicacion-responsable-gubernamental-latinoamerica-covid-mpl46>
- ❖ Vitale, M. (2020). Discurso presidencial sobre el COVID-19. El caso de Alberto Fernández en Argentina. *Federación Latinoamericana de Semiótica*. deSignis, Vol. 33, julio-, pp. 113-125 doi: <https://doi.org/10.35659/designis.i33p113-125>

Análisis técnico de la
comunicación escrita

Capítulo
04





Análisis técnico de la **comunicación escrita**

Gloris V. Trujillo Montenegro

Contenido

Introducción	114
Descripción del objeto de estudio, metodología y material utilizado para el análisis	115
Conceptos evaluados en los comunicados de prensa	116
La proximidad con la población al momento de comunicar	117
Los encuadres o frames	118
La claridad	121
Cincuenta (50) frases más comunes en comunicados emitidos por el MINSA, sin diccionario de categorización	121
Responsabilidad ante la pandemia y las entidades principales en la comunicación del gobierno	123
Acciones del gobierno en la comunicación escrita	124
Comunicación de la propagación del virus y prevención del contagio	125
Cluster Jerárquico de relación de palabras frecuentemente asociadas	125
Conclusiones	127
Referencia	128

Introducción

Los comunicados de prensa son una técnica importante utilizada en las estrategias de la comunicación gubernamental. Estos comunicados son dirigidos a los diferentes medios de comunicación con información de la institución y el fin de que sea publicado por dichos medios (Roberts, 2016, 89). El presente capítulo es un análisis sobre cómo el gobierno comunicaba a los medios la información oficial y a la población la información de interés sobre el COVID-19 durante el primer año de la pandemia en Panamá. Los comunicados fueron dirigidos a los medios de comunicación y también fueron publicados en redes sociales y sitios web para la difusión al público en general.

Los comunicados de prensa ayudan a controlar la narrativa, y en la era de desinformación, fue imperativo para las autoridades durante la pandemia poder abordar los temas de interés para la población y ser la fuente de información confiable y veraz.


Descripción del objeto de estudio, metodología y material utilizado para el análisis

El objetivo de este estudio fue analizar los mensajes institucionales planteados en los comunicados de prensa emitidos por el Ministerio de Salud (MINSa). Cabe señalar que las crisis de salud traen consigo un sin fin de información para los públicos, pero las redes sociales han cambiado esa dinámica de propagación de información ya que hacen que la misma sea más rápida, fácil y en un menor tiempo (Zarocostas, 2020).

Para el análisis de la comunicación escrita del MINSa en la pandemia COVID-19 se consideraron todos los comunicados de prensa emitidos desde el 9 de marzo 2021, siendo el comunicado número uno, hasta el comunicado emitido el 31 de marzo 2021 completando así lo que esta investigación define como el primer año de la pandemia en Panamá. El primer comunicado fue emitido tras la confirmación del primer caso positivo de COVID-19 en el país. Se eligió este rango desde el primer caso del COVID-19 hasta el inicio de una comunicación más enfocada en la vacunación de la población. La unidad de análisis son los comunicados de prensa.

Estos comunicados fueron la comunicación escrita oficial que el ministerio compartió directamente con los medios de comunicación y que publicó en plataformas como su página web www.minsa.gob.pa en formato texto, su página de Facebook como Ministerio de Salud de Panamá, Twitter e Instagram ambos como @MINSaPma, también la página web creada para informar sobre la situación www.yomeinformopma.org y los publicados en el sitio web de la televisora estatal www.sertv.gob.pa. En los sitios web los comunicados fueron publicados en formato texto, mientras que en las redes sociales Facebook, Twitter e Instagram fueron publicados como imágenes por la naturaleza de la red social. Los comunicados fueron recopilados principalmente de los sitios web www.minsa.gob.pa y www.yomeinformopma.org. La recopilación de los comunicados se realizó en enero 2022. Al momento de la recolección, hubo comunicados que ya no se mantenían disponibles en las páginas web anteriormente mencionadas, por lo que se tomaron de Instagram y fueron transcritos a texto en Word para luego ser importados a las plataformas QDA Miner y Wordstat para su análisis. Fueron 401 comunicados recopilados. La estructura de los comunicados incluía el informe epidemiológico, cuyos datos fueron compartidos también en las conferencias de prensa y en todos los medios de comunicación utilizados en la estrategia. El MINSa incluyó los datos epidemiológicos desde el comunicado No. 22, pero esta información no se consideró en el análisis de este estudio.

El programa QDA Miner permitió un análisis cualitativo para manejar la data y la inclusión de las variables de fecha y ministro para comparaciones de cómo



cambió la comunicación y su enfoque durante el primer año de la pandemia. Este software permitió importar los comunicados en formato Word para luego ser analizados cuantitativamente en WordStat. Ambas herramientas permiten explorar la data de manera deductiva e inductiva para así poder identificar patrones y tendencias en la comunicación. Al utilizar las variables de tiempo, se pudo observar los cambios en la comunicación.

Una vez en WordStat, software de análisis contenido, se manejó la data de manera exploratoria para identificar palabras claves y frases más comunes dentro los comunicados. Este paso permitió una familiarización con la data para así crear un diccionario de categorización que luego sería corrido en la herramienta y así identificar frases y temas destacados.

El hecho de crear un diccionario de categorización desde una primera exploración de la data en palabras y frases, dio una guía para poder incluir y no dejar algún concepto o frase que pudiera indicar una tendencia o tema importante dentro de la data. Se utilizó la frecuencia de frases y palabras como la estadística descriptiva para esta etapa de la investigación.

Se utilizó el programa Google Trends para identificar en Panamá, en el periodo del 9 de marzo 2020 al 31 de marzo 2021, qué estaban buscando los panameños en general y sobre el COVID-19. Esta información fue relevante para el análisis de los comunicados de prensa.

Conceptos evaluados en los comunicados de prensa

El gobierno, por medio del MINSA puso en marcha una estrategia de comunicación de riesgo, que según la Organización Panamericana de la Salud, hace mención al intercambio de información en tiempo real, que es la que comunica recomendaciones y opiniones, entre expertos y/o funcionarios y personas que se enfrentan a una amenaza o riesgo para su sobrevivencia, su salud o su bienestar económico o social. La comunicación de riesgo tiene como principal objetivo que aquellas personas expuestas al riesgo puedan tener la capacidad de tomar decisiones informadas frente a desastres, amenazas y disminuir el riesgo, como propagación de enfermedades mediante las medidas y acciones de prevención y protección (OPS, 2018).

Una pandemia es una situación de riesgo y crisis, por lo que aplicar principios de comunicación de riesgo de manera efectiva ayudará a cumplir su objetivo de informar a las personas de tomar decisiones informadas ante situaciones de riesgo como la pandemia de COVID-19.

Tabla No. 9 Principios de la comunicación de riesgo de acuerdo al enfoque

PRINCIPIO DE LA COMUNICACIÓN DE RIESGO	ENFOQUE
Comunique al público de forma rápida y frecuente	Cómo comunicar
Comunique con transparencia y honestidad	
Comunique con una sola voz: Coordine con socios y otros actores	
Use una aproximación integral	
Comunique aún en medio de la incertidumbre	
Muestre empatía, solidaridad y comprensión	Participación ciudadana
Involucre a las comunidades	
Escuche y responda a las preocupaciones del público	
Contribuya con la construcción y apropiación de las capacidades nacionales	Respuestas para combatir el riesgo

Fuente: Elaboración propia con información de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2018.

Para el análisis de los comunicados de prensa generados y publicados por el MINSA, se delimitaron tres conceptos a evaluar: la proximidad con la población al momento de comunicarse, los encuadres utilizados en dicha comunicación y la claridad.

La proximidad con la población al momento de comunicar

La proximidad es definida según la Real Academia Española como la cualidad de próximo y próximo es definido como cercano, que dista poco en el espacio o en el tiempo. Para este estudio la proximidad en los comunicados de prensa es definida operativamente como la utilización de frases coloquiales que son utilizadas como tácticas de comunicación para generar confianza en las audiencias. Este concepto abarca el principio de la comunicación de riesgo enfocado en ‘aproximación integral y muestra de empatía, solidaridad y comprensión’ (OPS, 2018).

La proximidad con la población identificó frases coloquiales en los comunicados y contabilizado de manera automatizada obteniendo los siguientes resultados:

Tabla No. 10 Cinco frases coloquiales más comunes generadas en comunicados

	FRECUENCIA	No. comunicados	% comunicados
NO_BAJAR_LA_GUARDIA	57	57	14.21%
AGRADECE_A	10	10	2.49%
GOBIERNO_NACIONAL_REITERA	8	7	1.75%
REITERAMOS	5	5	1.25%
FELICITA_A	3	3	0.75%

Fuente: Elaboración propia.

La frase “no bajar la guardia” y sus variantes, tuvo una frecuencia de 57 veces dando un total de 14.2% presencia en los comunicados de prensa, seguido de “agradece a” con una frecuencia de 10 repeticiones, en los comunicados a mayor detalle se observa que los agradecimientos son al equipo que trabajaba día a día en detener la pandemia y a la población por seguir indicaciones.

Los encuadres o frames

Se seleccionó la teoría del encuadre para analizar cómo el gobierno informaba mediante sus comunicados durante el primer año de la pandemia de COVID-19 ya que la manera en la que se presenta la información o se “encuadra” puede dar forma a los temas y esto ayuda a las personas que reciben los mensajes a interpretarlo (Hallakan, 1999).

Los frames son marcos que residen en las mentes de las personas que les dan forma a las cosas, lo que permite darle sentido a lo que ocurre alrededor; estos elementos presentes en la comunicación influyen en la manera en cómo se transmiten, procesan e interpretan los datos. A partir de allí fue que la teoría dio el salto a los estudios de comunicación, por el trabajo que hacían los periodistas al interpretar las realidades para darlas a conocer a sus audiencias (Sádaba en Canel y Gurrionero, 2008, p. 18).

La teoría del framing “no tiene una definición clara, Entman (1993) plantea que este es un paradigma fragmentado porque se origina desde las vertientes de donde se ha investigado. Una de las raíces del framing surge de la sociología interpretativa la cual considera que en entendimiento que hacen los individuos de la vida cotidiana y la realidad está relacionado con la interpretación y la definición de las situaciones (Ardevol-Abrea, 2015, p. 428).

Entman (1993) exhibe la idea de cómo los marcos o frames se incrustan y se manifiestan en los textos y cómo este proceso incide en el pensamiento humano, de acuerdo con él, esto ocurre por medio de la transferencia de la información.

El framing desde el oficio del periodismo, según Muñoz (2015) es ejemplificado así: El periodista, para poder transmitir acontecimientos a través de las noticias, genera un punto de vista o enfoque de estos asuntos a través de un proceso de selección y realce de aspectos claves presentes en el contenido informativo.

Tipología de frames o encuadres

Hay muchas clasificaciones después de Entman (1993), que de acuerdo con Sábada (2006) están catalogadas como frames generales (que sirven para estudiar el tratamiento del suceso y su cobertura), y frames específicos que pertenecen a temáticas o eventos puntuales, como las categorías planteadas por Neuman, Just y Criger (1992). De acuerdo con Semetko y Valkenburg (2000), los tipos de frames que se pueden circunscribir para noticias/comunicados, son siete: “Encuadre basado en conflicto, interés humano, atribución de responsabilidad, consecuencias económicas, moralidad, asunto y juego estratégico”. No se debe analizar solamente palabras ya que puede generar falsos positivos en el conteo de frecuencias por lo que se analizaron frases para reducir posibles errores. La automatización detectó y permitió, con frases claves elegidas por los investigadores, analizar utilizando los siguientes encuadres en la comunicación escrita:

1. Encuadre basado en atribución de responsabilidad: El relato se centra en analizar las responsabilidades (acciones del gobierno, o de individuos o grupos específicos).
2. Encuadre basado en asunto: Se busca descubrir cuáles temas o problemas fueron planteados en los comunicados, que son la selección de los asuntos priorizados por el gobierno (teoría de la agenda setting) para comunicar durante la pandemia.
3. Encuadre basado en el juego estratégico: Presenta la estrategia y las tácticas políticas, la posición del gobierno explícitos en los mensajes elaborados.

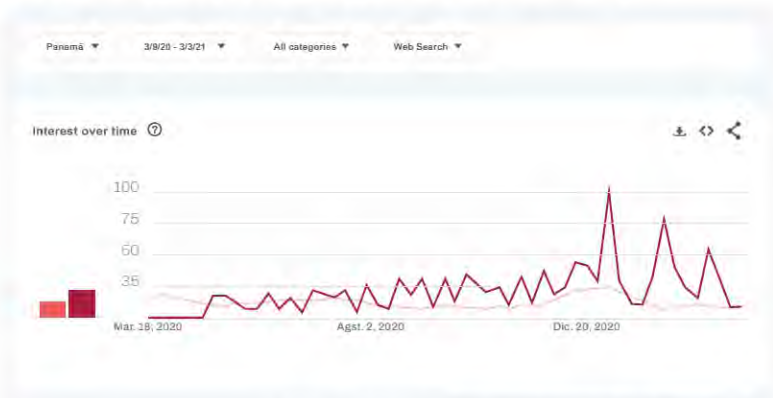
Para determinar el tipo de framing predominante se adaptó una matriz de verificación con las unidades de frecuencia que se buscan dentro de los textos para determinar el tipo de encuadre.

El análisis de encuadres por medio de frecuencias permitió describir principios de la comunicación de riesgo como, el comunicar a una sola voz que se representa en el encuadre de atribución de responsabilidad y contribución con la construcción y apropiación de las capacidades nacionales (estrategias, acciones y soluciones para combatir el riesgo), analizado en el encuadre basado en el juego estratégico. Con los resultados de búsquedas con mayor tendencia en Panamá obtenidos con Google Trends, se incluyó el principio de comunicación de riesgo ‘escuchar y responder a las preocupaciones de la comunidad’ en el encuadre de asunto. Esos resultados evidenciaron que estaba consultando la ciudadanía al buscador Google en aquel período de tiempo, es decir, temas de su interés.

Los temas más buscados fueron “vale digital”, “bono solidario”, “Panamá Solidario”, “verificar vale digital” y “vale digital Panamá”. Los cinco representaron una confirmación que la población estuvo pendiente de las acciones que fueron propuestas por el gobierno a través de su estrategia de comunicación para ayudar a los ciudadanos de manera económica durante la pandemia. Cuando se colocó como palabra clave COVID en el buscador, lo más buscado en Panamá fue: “COVID 19 en Panamá”, “síntomas del COVID 19”, “Panamá COVID 19”, “COVID 19 vacuna” y “qué es COVID 19”. Si se comparan los conceptos de búsqueda “COVID” vs vale digital, vale digital tiene mayor tendencia en el buscador.

Con esto se demuestra que si bien la ciudadanía estaba interesada en saber qué es el COVID, síntomas, su situación en Panamá, sobre la vacuna, también hubo un gran interés sobre cómo el vale digital ayudaría a su economía durante la pandemia. Estos resultados nos demuestran que la ciudadanía buscaba saber sobre la enfermedad COVID, la situación del COVID en Panamá, síntomas, vacuna y sobre su situación económica.

Figura No. 33. Pantalla resultado de búsquedas de conceptos COVID-19 en color rojo claro versus VALE DIGITAL en rojo intenso



Fuente: Elaboración propia generada mediante Google Google Trends.

La claridad

La claridad de un texto se puede describir y evaluar con base a su legibilidad. De acuerdo con Allende (1994), la legibilidad “es el conjunto de características de los textos que favorecen o dificultan una comunicación más o menos eficaz entre ellos y los lectores, de acuerdo con la competencia de éstos y con las condiciones en que realizan la lectura”. Es decir que características de textos evaluadas en conjunto que ayudan a leer el mensaje. Para medir la claridad de los textos utilizados en los comunicados emitidos por el MINSA e utilizó el índice de Flesch por medio de Office Word.

Tabla No. 11 Análisis descriptivo de la legibilidad de los textos pertenecientes a los 401 comunicados emitidos por el MINSA en el primer año de la pandemia

VARIABLE	INDICA
Índice de Flesch	91%
Número de palabras	176,579

Fuente: Elaboración propia.

Cincuenta (50) frases más comunes en comunicados emitidos por el MINSA

Las 50 frases más frecuentes en los 401 comunicados emitidos por el MINSA se presentan en la Tabla No. 4., la cual muestra la frecuencia de veces repetidas, número de comunicados en los que aparece y el porcentaje equivalente, la longitud de la frase, es decir, cuantas palabras la conforman y el TF.IDF (en inglés), que es una medida del software, en español se presenta como Frecuencia de plazo ponderada (FT) por Frecuencia de Documento Inversa (FDI). Tal ponderación se basa en la suposición de que cuanto más a menudo aparece un término en un documento, más representativo es su contenido; sin embargo, cuantos más documentos en los que aparece el término, menos discriminatorio es. Primero, se sacó una tabla exploratoria y luego se configuró un diccionario de Wordstat, esta herramienta de diccionario tiene como objetivo unificar palabras o frases como MINSA y Ministerio de Salud para que sean contabilizadas dentro de la misma categoría.

Una vez corrida la tabla de frecuencias, se identificó que las medidas de bioseguridad y prevención más mencionadas fueron: distanciamiento físico, uso de mascarillas, lavado constante de mano, uso de gel alcoholado entrando en las 50 frases más mencionadas.

Tabla No. 12. Cincuenta (50) frases más comunes en comunicados emitidos por el MINSA

	Frecuencia	No. Casos	% Casos	Longitud	FT•FDI
MINISTERIO DE SALUD MINSA	473	330	82.29%	3	40.0
GOBIERNO NACIONAL	321	210	65.09%	2	90.2
LUIS FRANCISCO	218	199	49.63%	2	66.3
PANAMÁ OESTE	143	104	30.42%	2	83.8
DISTANCIAMIENTO FÍSICO	141	110	29.18%	2	79.2
SEGURO SOCIAL	135	122	27.68%	2	69.8
MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	130	100	27.43%	3	78.4
SAN MIGUELITO	125	85	26.93%	2	84.2
PÁGINA WEB	115	111	26.68%	2	64.1
REDES SOCIALES	114	111	26.68%	2	63.6
CUENTAS OFICIALES	110	110	26.68%	2	61.8
CENTRO DE ATENCIÓN	109	107	26.68%	3	62.5
INFORMACIÓN OFICIAL REFERENTE	107	107	26.18%	3	61.4
PANAMÁ Y LAS ACCIONES	107	107	26.18%	4	61.4
PROCESO DE VACUNACIÓN	106	55	25.19%	3	91.5
NÚMERO DE WHATSAPP	105	105	23.19%	3	61.1
TODA INFORMACIÓN OFICIAL REFERENTE	101	101	21.20%	4	60.5
USO CORRECTO	94	85	20.45%	2	63.3
COVID EN PANAMÁ	93	82	19.45%	3	64.1
CASOS POSITIVOS	91	74	18.45%	2	66.8
NIVEL NACIONAL	85	61	17.21%	2	69.5
CUARENTENA TOTAL	81	60	17.21%	2	66.8
PANAMÁ SOLIDARIO	79	56	16.71%	2	67.5
TOQUE DE QUEDA	79	60	16.46%	3	65.2
CUIDADOS INTENSIVOS	74	63	16.21%	2	59.5
ADULTOS MAYORES	73	49	15.96%	2	66.6
EQUIPOS UNIFICADOS	73	67	15.96%	2	56.7
USO CORRECTO DE MASCARILLAS	72	68	15.71%	4	55.5
EQUIPOS UNIFICADOS DE TRAZABILIDAD	70	65	15.21%	4	55.3
LAVADO CONSTANTE DE MANOS	70	69	14.96%	4	53.5
GEL ALCOHOLADO	68	64	14.46%	2	54.2
PROTÉGETE PANAMÁ	65	51	13.72%	2	58.2
MEDIDAS COMO EL DISTANCIAMIENTO FÍSICO	64	64	13.47%	5	51.0
CAPACIDAD INSTALADA	61	48	12.72%	2	56.2
PERSONAL DE SALUD	59	49	12.47%	3	53.9
PACIENTES POSITIVOS	58	46	12.22%	2	54.5
AUTORIDADES LOCALES	57	45	12.22%	2	54.1
PROGRAMA AMPLIADO	56	54	11.97%	2	48.8
CORTIZO COHEN	55	42	11.97%	2	53.9
BAJAR LA GUARDIA	54	50	11.72%	3	48.8
MAYORES DE AÑOS	52	36	11.47%	3	54.4
PANAMÁ Y PANAMÁ OESTE	52	40	11.47%	4	52.1

	Frecuencia	No. Casos	% Casos	Longitud	FT•FDI
VICEMINISTRA DE SALUD	52	44	11.22%	3	49.9
PACIENTES COVID	51	42	10.97%	2	50.0
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN	51	49	10.97%	4	46.6
EQUIPOS UNIFICADOS DE TRAZABILIDAD EUT	50	48	10.47%	5	46.1
DOSIS DE LA VACUNA	48	31	10.47%	4	53.4
FIN DE SEMANA	48	42	10.47%	3	47.0
ROSARIO TURNER	48	47	10.22%	2	44.7

Fuente: Elaboración propia generado por WordStat.

Responsabilidad ante la pandemia y las entidades principales en la comunicación del gobierno

Para los frames o encuadres de comunicación se utilizaron: atribución de responsabilidad, de asunto y de juego estratégico. En la Figura No. 2 se puede observar las entidades que lideraban con menciones en los comunicados. El Ministerio de Salud con presencia en 94% (n=380) de los comunicados, seguidos por la frase ‘el gobierno nacional’ en 52.37% de presencia en comunicados (n=210) y luego la Caja de Seguro Social con 29.18% (n=117). Esto se debe a que los comunicados eran emitidos por el MINSA en representación del gobierno nacional y que la segunda instancia de salud del país, es la Caja de Seguro Social. Esto también avala el una forma de la redacción institucional donde se estila reiter el nombre de la institución y el nombre de sus autoridades.

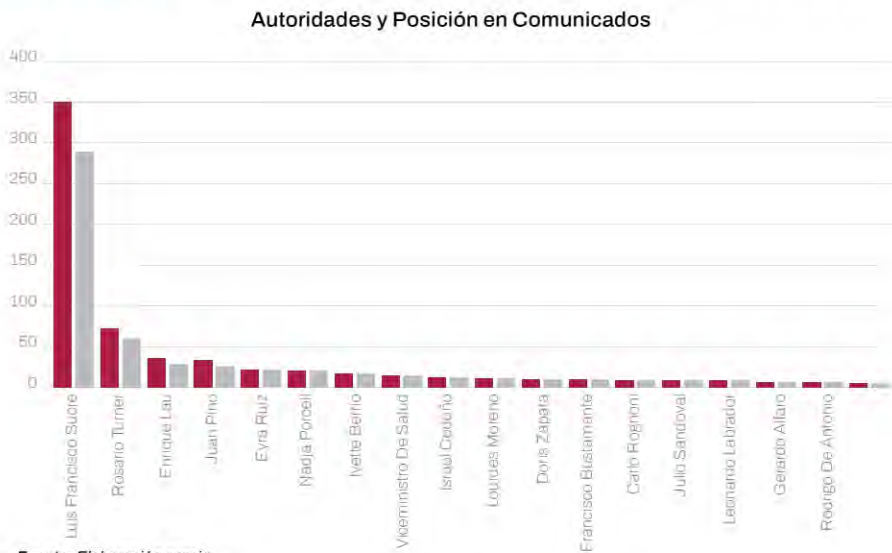
Figura No. 34 Responsabilidad ante la pandemia y las entidades principales en la comunicación del Estado



Para el encuadre de asunto se utilizaron como palabras claves las 20 autoridades seleccionadas para análisis de esta investigación y su frecuencia de presencia. Las autoridades informaban sobre su trabajo como parte de la estrategia contra la COVID-19, Figura No. 3.

Las autoridades más mencionadas fueron quienes ocuparon los cargos de ministros de Salud, Luis Sucre con presencia de un 73.04% (n=290) y Rosario Turner con 16.12% (n=64), seguido por el director de la Caja de Seguro Social, Enrique Lau 7.30% (n=29) y Juan Pino, ministro de Seguridad 5.79% (n=23). Estos resultados concuerdan con el análisis anterior del MINSA que fue la entidad más mencionada por ser la representante de salud del gobierno, el vocero de la institución es su ministro regente.

Figura No. 35 Frecuencia de presencia de autoridades en comunicados



Acciones del gobierno en la comunicación escrita

Para las acciones del gobierno, lideraba la comunicación donde informaban sobre los insumos que se estaban proporcionando al personal médico, paciente y población en general, con un 16.46% (n=66) de presencia en todos los comunicados, seguido de mención de recurso humano y contrataciones con 6.48% (n=29).

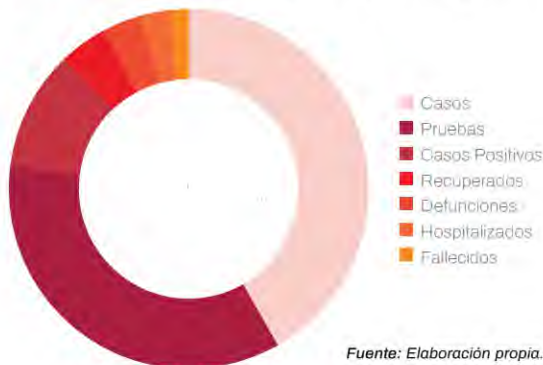
Figura No. 36 Acciones de gobierno en comunicación escrita



Comunicación de la propagación del virus y prevención del contagio

Además del Informe Epidemiológico que compartía el MINSA, los comunicados de prensa mencionaban otros detalles sobre la propagación y contagio de la COVID-19. El dato principal mencionado fue la cantidad de casos 40.9% (n=164) seguido de la cantidad de pruebas realizadas 33.42% (n=134).

Figura No. 37 Comunicación de propagación y contagio



Cluster Jerárquico de relación de palabras frecuentemente asociadas

La Figura No. 6 muestra conceptos que desde un primer análisis se realizan a lo largo de los 401 comunicados analizados con WordStat. Por ejemplo, se ve una relación entre términos como: ministerio, salud, población, medidas,

En el comunicado No. 269 publicado en el mes de noviembre 2020 se mencionan los grupos prioritarios para la aplicación de la vacuna: “vacunas se aplicarían en primer lugar a los trabajadores de la salud, los estamentos de seguridad, el Cuerpo de Bomberos de Panamá y a los ciudadanos mayores de 60 años de edad”.

Antes de la llegada de la vacuna a Panamá el enfoque de la comunicación era informativo como estrategia para comunicar qué hacía el gobierno para preparar su llegada y quiénes serían los primeros en recibirlas, cómo fue su adquisición y las autoridades involucradas para administrarlas.

Conclusiones

Dentro de la comunicación escrita emitida por el Ministerio de Salud se identificaron encuadres o frames que permitieron caracterizar cómo abordaron la COVID-19 durante el primer año de la pandemia en Panamá. El frame de atribución de la responsabilidad se enfoca en identificar qué autoridades dentro del Gobierno Nacional fueron reconocidas como las mayormente responsables durante la pandemia y su primer año. El MINSA y el gobierno nacional fueron los principales responsables, seguido por la segunda entidad de salud más importante del país, la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Seguridad. Identificar a los jugadores principales dentro de la comunicación influirá otras variables como los temas tratados, su frecuencia y sus características al ser tratados.

Semetko y Valkenburg (2000) definen el encuadre de atribución de responsabilidad como el relato que se centra en analizar responsabilidad que incluyen acciones de gobierno o individuos. Considerando lo anterior, se identificaron las acciones de gobierno más frecuentemente mencionadas. El tema mayormente mencionado como acción de gobierno fueron los insumos, seguido del recurso humano que se enlazaría a otro encuadre también dentro de la clasificación de Semetko, el encuadre de interés humano. Una crisis sanitaria es un tema de interés humano y los comunicados del gobierno fueron una herramienta importante para mantener la comunicación con los medios de comunicación y con la ciudadanía en un momento de crisis.

Considerada la gran cantidad de temas que el gobierno nacional debía abordar, es importante reconocer qué temas priorizaron y mencionaron con más frecuencia, ya que eso ayudó a identificar su agenda y cómo se relacionaba con la comunicación en crisis que se ejecutaba durante la pandemia. Conocer las acciones protagonistas durante el primer año de COVID-19 es importante para complementar con otros formatos de comunicación estudiados como conferencias de prensa y material audiovisual.

Referencias

- ❖ Alliende González F. (1994). La legibilidad de los textos. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1994; p. 24.
- ❖ Ardèvol-Abreu, A. (2015): Framing o teoría del encuadre en comunicación. Orígenes, desarrollo y panorama actual en España. *Revista Latina de Comunicación Social*, 70, pp. 423 a 450. <http://www.revistalatinacs.org/070/paper/1053/23es.html> DOI: 10.4185/RLCS-2015-1053.
- ❖ Cantalejo, Inés y Simón Lorda, Pablo. (2003). Medición de la legibilidad de textos escritos: Correlación entre método manual de Flesch y métodos informáticos. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*. Vol. 31, Nº. 2, 2003, pp. 104-108 y 31. 10.1016/S0212-6567(03)79146-X.
- ❖ Entman, R. M. (1993). Framing: Toward a clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43, 51–58. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x>
- ❖ Hallahan, K. (1999). Seven models of framing: Implications for public relations. *Journal of Public Relations Research*, 11(3), 205-242. DOI: 10.1207/s1532754xjpr1103_02
- ❖ Ministerio de Salud. Oficina Integral de Riesgos y Desastres en Salud (MINSA, Compiler). (n.d.). <https://www.minsa.gob.pa/oficina/oficina-integral-de-riesgos-y-desastres-en-salud>
- ❖ Muñiz, Carlos. (2020). El framing como proyecto de investigación: una revisión de los conceptos, ámbitos y métodos de estudio. *Profesional de la Información*. 29. e290623. 10.3145/epi.2020.nov.23.
- ❖ Neuman, W. R., Just, M. R., & Crigler, A. N. (1992). *Common knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- ❖ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, “proximidad”. Consultado en <https://dle.rae.es/proximidad> el 1 de mayo de 2023.
- ❖ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, “proximo”. Consultado en <https://dle.rae.es/pr%C3%B3ximo> el 1 de mayo de 2023.
- ❖ Roberts, J. (2016). *Writing for Strategic Communication Industries*. The Ohio State University. <https://ohiostate.pressbooks.pub/stratcommwriting/>
- ❖ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública: directrices de la OMS sobre políticas y prácticas para la comunicación de riesgos en emergencias (CRE)*. Ginebra.
- ❖ Sádaba, T. (2004). Enfoques periodísticos y marcos de participación política. Una aproximación conjunta a la teoría del encuadre. *Política y Sociedad*, 41, 65-76. <https://core.ac.uk/download/pdf/211021245.pdf>
- ❖ Semetko, Holli y Valkenburg, Patti. (2000). Framing European Politics: A Content Analysis of Press and Television News. *Journal of Communication*. 50. 93 - 109. 10.1111/j.1460-2466.2000.tb02843.x.
- ❖ Zarocostas, J. How to fight an infodemic. *Lancet* 2020, 395, 676. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30461-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30461-X/fulltext)

Análisis técnico de la
comunicación audiovisual
de promoción de la salud
en pandemia

Capítulo
05





Análisis técnico de la comunicación audiovisual de promoción de la salud en pandemia

Karen Abrego, Claudia Figueroa y Rubén Rodríguez

Contenido

Introducción	130
La comunicación audiovisual de promoción de la salud en pandemia	131
Descripción del objeto de estudio, metodología y material utilizado para el análisis	132
Características técnicas de los productos audiovisuales analizados	134
Objetivos de comunicación audiovisual para promover el mensaje gubernamental	140
Claridad del mensaje	140
Atractivo visual de los contenidos	141
Conclusiones	141
Referencias	142

Introducción

La comunicación audiovisual, a través de todos sus recursos, fue utilizada por los sistemas de salud con los objetivos principales de salvar vidas, promover la salud y prevenir la propagación del virus de la pandemia COVID-19 en el mundo.

La comunicación audiovisual de promoción de la salud en pandemia COVID-19 apoyó los esfuerzos para informar al público sobre los riesgos del virus y las medidas preventivas que se debieron tomar. En ese sentido, la comunicación gubernamental utilizó diferentes estrategias para lograr los objetivos de lograr el cumplimiento del necesario distanciamiento físico y social, el uso de mascarillas, campañas de concientización que informan al público sobre los síntomas de la enfermedad, las medidas preventivas que se debían tomar y los videos educativos.

En este capítulo se describe el análisis realizado en videos de comunicación gubernamental producidos en pandemia, para promover la salud contra el COVID-19. Se tomaron en cuenta aspectos como los contenidos, tipo de video, locaciones, duración, protagonistas, el atractivo visual de los contenidos, los objetivos de comunicación del mensaje, la claridad del mensaje y su credibilidad.

La comunicación audiovisual de promoción de la salud en pandemia

La comunicación en salud ha sido reconocida como un elemento crucial en los resultados y desenlaces de los procesos de salud-enfermedad (Mendoza Maldonado, 2021). Por eso se han desarrollado diferentes estrategias de comunicación centradas en lograr que el individuo y la población en general adopten conductas saludables (Ibid.).

En contexto pandémico, adquirió gran relevancia educando a la población para la adopción de los comportamientos requeridos y el cumplimiento de las medidas preventivas. La comunicación audiovisual, en particular, “ha demostrado ser una herramienta eficaz para transmitir mensajes claros, impactantes y de fácil comprensión” (González Gartland, 2019).

La comunicación audiovisual puede ser utilizada para transmitir información importante sobre la prevención y el tratamiento de enfermedades, así como para educar a la población sobre los riesgos y beneficios de ciertos comportamientos (Arana Arrieta, 2020).


La comunicación audiovisual de promoción de la salud en el contexto de la pandemia utilizó un enfoque basado en la evidencia y el uso de técnicas persuasivas, esta modalidad de comunicación tuvo la capacidad de generar un impacto significativo preparando a la población para adoptar las medidas sanitarias que ayudaban a contener la propagación del virus.

Algunos de los beneficios y ventajas de la comunicación audiovisual en la promoción de la salud son:

que puede llegar a un público más amplio y diverso que otros medios de comunicación, puede ser más efectiva para transmitir información compleja o abstracta, puede ser más atractiva y entretenida que otras técnicas de comunicación e impacta la vista y el oído, con múltiples imágenes, sonidos y colores haciéndolo con todos los sentidos” (Marketing Inteli, s.f.).

Las estrategias y enfoques de la comunicación audiovisual de promoción de la salud durante la pandemia tomaron en cuenta, además de los nuevos medios digitales, la utilización de medios audiovisuales tradicionales como la televisión y la radio porque siguen siendo importantes para difundir mensajes ya que pueden llegar a un público más amplio y diverso.

La utilización de elementos visuales, sonoros y narrativos puede ayudar a captar la atención y generar impacto emocional (Sánchez, 2020).



Para llegar a diferentes grupos demográficos, es importante que las estrategias y enfoques de la comunicación audiovisual de promoción de la salud tengan una adaptación cultural y lingüística de los mensajes. Esto se debe a que cada grupo demográfico tiene su propia cultura y lenguaje. Por lo tanto, es importante que los mensajes sean culturalmente apropiados y estén en el idioma adecuado (Navas, 2013).

Descripción del objeto de estudio, metodología y material utilizado para el análisis

La comunicación audiovisual analizada fue la que elaboró y promovió el Ministerio de Salud contra el COVID-19. Se seleccionaron únicamente los videos que tuvieran relación con las medidas de prevención y la necesidad de cumplir las medidas sanitarias propuestas a la población. Videos que informaran, sensibilizaran, motivaran a los ciudadanos a auto cuidarse de la enfermedad y no contagiar a otras personas.

Estos productos audiovisuales (audio y sonido) pueden ser videos para la promoción de la salud enfrentando el COVID-19, presentaciones animadas y otros, utilizados con el mismo propósito. Los videos analizados fueron capturados de redes sociales o canales de Youtube del MINSA, SERTV. El análisis visual se realizó con imágenes preexistentes y no imágenes creadas en la investigación (Banks, 2014).

Se utilizó un protocolo creado para hacer el análisis de contenido que se confrontó con los contenidos visionados. Los datos fueron procesados mediante la aplicación informática hoja de cálculo Microsoft Excel v16.0 y manipulados en el programa *Jamovi*¹ para realizar las tablas de frecuencias de cada variable. Fueron veintisiete (27) vídeos promocionales publicados en línea entre el 12 de marzo del año 2020 y 28 de febrero del 2021 que se pudieron capturar. De acuerdo con datos proporcionados por el MINSA, se produjeron 50 piezas audiovisuales, por lo que el equipo analizó el 54% de lo producido (A. Abrego, comunicación personal, 13 de mayo de 2022).

La búsqueda y selección de los vídeos se realizó atendiendo a las temáticas relacionadas con la información, prevención y medidas sanitarias para atender los efectos del COVID-19. Se excluyó el material de promoción institucional y/o videos que fueron parte de otras campañas de salud pública del MINSA que no fueron sobre COVID-19. La técnica utilizada fue el análisis de contenido, ya que ésta es una técnica conveniente para el estudio de contenido audiovisual, de manera objetiva y sistemática (Wilcox, Cameron y Xifra, 2012).

1 Jamovi es una plataforma estadística abierta y gratuita, de uso intuitivo y que puede proporcionar los últimos avances en metodología estadística. Recuperado de <https://www.jamovi.org/about.html>

Cada video identificado fue contabilizado y revisado para caracterizar el contenido de la totalidad, como primer paso para diseñar el instrumento de análisis de la información. Se valoraron los objetivos de la comunicación, útiles para analizar el contenido cualitativo en los vídeos promocionales de salud, pues “Los objetivos delimitados guían el diseño, la implementación y la evaluación de las estrategias de comunicación” (González Gartland, 2019, p. 68).

Se diseñó el instrumento con una perspectiva cuantitativa-cualitativa, considerando variables de producción audiovisual, contenidos de salud y protagonismo. Para codificar las respuestas se asignaron valores numéricos. Se elaboraron tres documentos: Instrumento de registro (matriz de llenado), protocolo de análisis (donde se establecen las variables y sus categorías) y guía codificadora (donde se definen cada una de las variables). Paso seguido, se validaron los instrumentos mediante la revisión de dos investigadoras y la realización de una prueba en una muestra $n = 3$ donde ambas especialistas evaluaron el nivel de confiabilidad del análisis a través de los instrumentos.

Se empleó un análisis de frecuencia de variables y categorías para cuantificar por tipo de video, contenido y protagonismo. En la Tabla No. 1 se observan las dimensiones, variables y categorías analizadas en cada video.

Tabla No. 13. Dimensión, variables y categorías – Comunicación audiovisual

Dimensión	Variable	Categorías
Video	Tipo de video	Animado/No animado
Audio	Voz en off	Presente/Ausente
	Sexo de la voz	Mujer/Hombre
	Música de fondo	Sí/No
Texto	Subtítulos	Sí/No
Locación	Espacio	Exterior/Interior
	Zona	Urbano/Rural
	Monumentos históricos o sitio de interés	Presente/Ausente
Duración	Extensión	0:01 a 0:15/ 0:16-0:30/ 0:31-1:00/ 1:01-1:30/ 1:31-2:00/ Más de 2:00
Contenido	Tema de video	Enfermedad / Medidas sanitarias COVID-19/ Promoción de profesionales de la salud/ Involucrar a la población/ Información de salud
	Énfasis	Sí/No

Dimensión	Variable	Categorías
Protagonistas	Tipo de protagonista	Profesionales de la salud/Autoridades de gobierno/ Figuras públicas/Público en general
	Etnicidad	Persona de ascendencia europea/ Ascendencia afrodescendiente/ Ascendencia asiática/Ascendencia indígena/Ascendencia mixta
Comunicación de la salud	Objetivo mensaje	Informar/difundir/sensibilizar/ entretener/ motivar/promover/convocar
	Claridad mensaje	Es claro/no es claro
	Cantidad de ideas	Una idea/más de una idea
	Aspectos visuales	Es atractivo/no es atractivo
	Credibilidad	Es creíble/no se presenta creíble

Fuente: Elaboración propia.

Características técnicas de los productos audiovisuales analizados

En esta investigación se caracterizaron los videos de acuerdo con su tipo, audio utilizado, texto, locaciones, duración, contenido y protagonistas.

La variable tipo de video, se refiere a que pueden ser animados o no animados. Las ventajas de los videos no animados son que pueden ser más económicos y pueden requerir menos tiempo para producirlos. Las desventajas son que pueden ser menos atractivos visualmente y pueden ser más difíciles de entender. Las ventajas de los videos animados son que pueden ser más atractivos visualmente y pueden ser más fáciles de entender. Las desventajas son que pueden ser más costosos y pueden requerir más tiempo para producirlos (Ikusee, 2018).

Según el tipo de video, la mayor frecuencia se presenta en No animados, con 74.1% del total.

Tabla No. 14

Tipo de Video		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
No animado	20	74.1
Animado	7	25.9

Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión audio se indagó sobre el uso de voz en off, sexo de la voz y música de fondo. El recurso de voz en off es una técnica utilizada en la producción audiovisual en la que se escucha la voz de un narrador que no aparece en la pantalla.

Se recurrió a la voz en off en 44.4% de los vídeos. Cabe resaltar que 55.6% del total de los videos no utilizó el recurso de voz en off.

Tabla No. 15

Voz en Off		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
No	15	55.6
Sí	12	44.4

Fuente: Elaboración propia.

El sexo de la voz fue preponderantemente de hombres, con 29.6% del total, lo cual representa casi el doble de la voz de las mujeres, con apenas 14.8%.

Tabla No. 16

Sexo voz en Off		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
No aplica	15	55.6
Hombre	8	29.6
Mujer	4	14.8

Fuente: Elaboración propia.

La música de fondo es una técnica utilizada en la producción audiovisual en la que se escucha música mientras se muestra el video. En la investigación pudimos observar que la mayoría de los videos, el 96.3%, tenían música de fondo.

Tabla No. 17

Música de fondo		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
Sí	26	96.3
No	1	3.7

Fuente: Elaboración propia.

Textos se refiere a la presencia de ideas escritas, y no solo habladas en el video, llamados subtítulos. Sobre la existencia de texto, 85.2% de los videos contó con subtítulos en idioma español. Los videos con subtítulos en idioma español son importantes porque permiten que las personas que no hablan el idioma original del video puedan entenderlo.

Tabla No. 18

Subtítulos		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
Sí	23	85.2
No	4	14.8

Fuente: Elaboración propia.

Las locaciones exteriores son aquellas que se encuentran fuera de un edificio o estructura cerrada, como parques, jardines, calles y avenidas, bosques y/o paisajes de naturaleza. Las locaciones interiores son aquellas que se encuentran dentro de un edificio o estructura cerrada, como una oficina o una instalación relacionada con el tema del video (Núñez, s.f.). Las locaciones son importantes porque ayudan al espectador a situarse en un contexto espacial determinado.

Las locaciones más utilizadas fueron en el interior, 48.1%, y las de solo exterior, 14.8%.

Tabla No. 19

Locaciones-exterior / interior		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
Solo interior	13	48.1
No aplica	6	22.2
Ambas	4	14.8
Solo Exterior	4	14.8

Fuente: Elaboración propia.

No se identificaron videos en locaciones rurales, por lo cual 77.8% de los videos fueron filmados en áreas urbanas.

Tabla No. 20

Locaciones- urbano / rural		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
Urbano	21	77.8
No aplica	6	22.2
Rurales	0	0

Fuente: Elaboración propia.

Sólo 7.4% de los videos fueron grabados en locaciones con monumentos históricos o sitios de interés y 70.4% no incluyeron este tipo de imágenes. Esto significa que la mayoría de las grabaciones se realizaron en estudios por lo que se pudo obtener sonidos más limpios, precisos y con la mejor condición acústica.

Tabla No. 21

Locaciones- monumentos históricos/sitios de interés		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
Ausente	19	70.4
No aplica	6	22.2
Presente	2	7.4

Fuente: Elaboración propia.

La duración se refiere al tiempo ideal de un video para captar la atención y que permita un uso múltiple, para redes u otros medios. Las plataformas de uso pueden variar de acuerdo con el contenido del video. Los videos explicativos exitosos pueden durar desde 30 segundos hasta 2 minutos. El promedio recomendable es de 90 segundos (Agus, s.f.). Los videos más cortos es lo ideal para maximizar la cantidad de personas que lo vean (Ibid.).

Una métrica importante para tener en cuenta es la tasa de retención, que representa cuántas personas miran el contenido hasta que termine (Santos, s.f.).

El resultado de la duración de los videos analizados, el tiempo fue de entre treinta segundos y un minuto, con 74.1% del total.

Tabla No. 22

Extensión (en segundos)		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
0:31-1:00	20	74.1
1:01-1:30	3	11.1
0:16-0:30	2	7.4
0:01-0:15	1	3.7
1:31-2:00	1	3.7

Fuente: Elaboración propia.

En la variable temas, se observa que los más recurrentes fueron los relacionados a las medidas sanitarias COVID-19 e información de salud, con 51.9% y 18.5% del total respectivamente. Este resultado demuestra que la mayoría de los encuestados están interesados en temas relacionados con las medidas sanitarias COVID-19 y la información de salud pues eran los temas prioritarios durante la pandemia.

Tabla No. 23

Temas en los videos		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
Medidas sanitarias COVID-19	14	51.9
Información de salud	5	18.5
Enfermedad	3	11.1
Promoción de profesionales de la salud	3	11.1
Involucrar a la población	2	7.4

Fuente: Elaboración propia.

El 77.8% de los videos utilizó la técnica de re-enfatizar el tema al final de cada contenido audiovisual. La técnica de re-enfatizar el tema en los videos es una estrategia utilizada para resaltar y reforzar la información o mensaje principal que se quiere transmitir. Consiste en repetir y resumir a los puntos o palabras claves a lo largo del video para asegurarse de que los espectadores capten y retengan la información más importante (TheFigCo, 2022).

Tabla No. 24

Énfasis		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
Sí	21	77.8
No	6	22.2

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al protagonismo, en 40.7% de los videos fue el público en general, incluidos pacientes. En el caso de los pacientes, el protagonismo en los videos puede ser una herramienta útil para fomentar la participación del paciente en la toma de decisiones sobre opciones de tratamiento personales.

Tabla No. 25

Protagonistas		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
Público en general (pacientes incluidos)	11	40.7
Profesionales de la salud	7	25.9
Personas públicas	4	14.8
No aplica	4	14.8
Autoridades de gobierno	1	3.7


Fuente: Elaboración propia.

Según la etnicidad, la mayor frecuencia se registra en 37% para la aparición de personas de ascendencia mixta en los videos, y la menor, 11.1%, para las personas de ascendencia afrodescendiente.

Tabla No. 26

Etnicidad		
Niveles	Cantidad	Porcentaje
Personas de ascendencia mixta	10	37.0
Personas de ascendencia europea	9	33.3
No aplica	5	18.5
Personas de ascendencia afrodescendiente	3	11.1

Fuente: Elaboración propia.



Objetivos de comunicación audiovisual para promover el mensaje gubernamental

Los videos de promoción de la salud suelen tener como objetivo principal informar, educar y concienciar al público sobre temas relacionados con la salud y el bienestar. Pueden enfocarse en transmitir información sobre enfermedades, promover estilos de vida saludables, fomentar la prevención y el cuidado de la salud, o proporcionar instrucciones claras sobre cómo llevar a cabo determinadas acciones relacionadas con la salud (González Gartland, 2019).

Sin embargo, aunque el entretenimiento y la convocatoria pueden ser efectivos para llegar a un público más amplio y mantener su interés, no son necesariamente objetivos comunicativos prioritarios en crisis de salud. En algunos contextos, la claridad de la información, la credibilidad de la fuente y la efectividad en la transmisión del mensaje pueden considerarse más importantes que el entretenimiento o la convocatoria.

La evaluación cualitativa de los mensajes de los vídeos se realizó mediante cinco variables: informa, difunde, sensibiliza, entretiene, motiva, promueve, convoca, cuando en la propuesta narrativa estuvo la presencia o ausencia de la cualidad.

En los objetivos de comunicación del mensaje gubernamental la tendencia la marcó difundir, 33.33%, seguido por promover con 25.92%, motivar, 18.51% de los mensajes, informar 14.81% y, por último, sensibilizar con 7.40%. Mientras que entretener y convocar, no estuvieron entre los objetivos comunicativos de los vídeos de promoción de la salud.

Claridad del mensaje

La claridad del mensaje en la comunicación audiovisual de promoción de la salud en pandemia es fundamental para que las personas puedan tomar decisiones informadas sobre cómo cuidar su salud y para evitar los rumores y la desinformación (OPS, s.f.). Es importante que la información sea precisa, oportuna y frecuente en un lenguaje que la gente entienda, a través de canales fiables (OPS, s.f.).

Sobre la variable claridad, del análisis se obtuvo que solo uno de los veintisiete vídeos no fue totalmente claro en el contenido de su discurso.

De la variable cantidad de ideas, correspondiente al principio de comunicar una sola idea en cada producto comunicacional, fue el enfoque que prevaleció en la estructura discursiva y en el contenido de los vídeos, según la valoración de los investigadores.

Atractivo visual de los contenidos

El atractivo visual de los videos de promoción de la salud es importante para captar la atención del público y asegurar que el mensaje sea comprendido.

Para hacer que el contenido de un video sea visualmente atractivo, se pueden seguir los siguientes consejos:

- Dejar suficiente espacio en blanco
- Hacer uso del color
- Incluir imágenes y videos
- Utilizar gráficos e infografías
- Incluir hipervínculos o enlaces
- Usar listas con viñetas
- Seleccionar estilos de fuente con cuidado
- Usar un formato fácil de leer, como encabezados, viñetas y párrafos cortos
- Usar ejemplos y casos reales para ilustrar los puntos y hacer el contenido más interesante (Klopov, 2023).


En este estudio, la mayoría de los videos, por encima del 80%, fueron valorados como atractivos visualmente. Cinco (5) de los 27 videos, el 18.50%, presentaron pobreza en el formato audiovisual.

Sobre la variable credibilidad, la mayor parte de los mensajes fueron calificados como creíbles, es decir 81.50%. Mientras que 18.50% de los videos, fueron evaluados como no creíbles.

Conclusiones

La comunicación audiovisual es una técnica eficaz para educar a la población porque puede ser más atractiva, entretenida, utiliza imagen, sonidos y colores además de captar la atención del observador y capacidad de generar impacto emocional.

Los videos seleccionados tuvieron relación con las medidas de prevención y la necesidad de cumplir las medidas sanitarias propuestas por la población. Fueron videos que informaron, sensibilizaron, motivaron a los ciudadanos a auto cuidarse de la enfermedad y no contagiar a otras personas.



El tipo de video no animado, 74.1%, fue el seleccionado por el MINSA para promoción de la salud. Utilizó el recurso de la voz en off en un 55% de los mismos, con locuciones mayormente masculina, utilizando ampliamente la música, 96%, y subtítulos en 85% de los mismos. Se grabó preferentemente en espacios urbanos y el tiempo de duración principal estuvo entre 0:31 y 60 segundos.

El tema más difundido fue el de las medidas sanitarias, 51.9%, y los protagonistas en los videos fue el público en general incluyendo los pacientes.

Referencias

- ❖ Agus. (s.f.). ¿Cuál es la duración ideal para mi video? [Video]. Wideo. Recuperado de <https://wideo.co/es/blog/cual-es-la-duracion-ideal-para-mi-video/>
- ❖ Arana Arrieta, E., Mimenza Castillo, L., y Narbaiza Amillategi, B. (2020). Pandemia, consumo audiovisual y tendencias de futuro en comunicación. *Revista de Comunicación y Salud: RCyS*, 10(2), 149-183. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7697394>
- ❖ Banks, M. (2014). *Los datos visuales en Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- ❖ Gil, M.; Gómez de Travesero, R. y Almansa, A. (2020). YouTube y coronavirus: análisis del consumo de vídeos sobre la pandemia COVID-19. *Revista Latina de Comunicación Social*, 78, 121-153. <https://www.doi.org/10.4185/RLCS-2020-1471>

Desinformación
durante la pandemia
COVID-19

Capítulo
06





Desinformación

durante la pandemia COVID-19

Contenido

Conceptos: Desinformación y noticias falsas	145
Desinformación en el contexto de la pandemia	146
Las dimensiones de la desinformación	149
Desinformación en pandemia, el contexto social de Panamá	151
Bulos globales o noticias falsas	152
Definición del término ‘bulo’	152
Principales bulos globales durante el primer año de COVID-19	152
Revisión de hechos o Fact-checking	158
Algunos ejemplos de cómo se ha utilizado el fact-checking para combatir la desinformación	159
En redes sociales	159
En las organizaciones	159
Mecanismos de fact-checking en Panamá	161
Desinformación y bulos en Panamá durante el primer año de la pandemia	162
¿Qué se puede hacer? Capacitación y Formación	162
Alfabetización mediática	163
Conclusiones	164
Referencias	165

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha transformado nuestra vida cotidiana, especialmente en la forma en que consumimos información. Los medios digitales, como las redes sociales y los servicios de mensajería, han sido el canal para una enorme cantidad de información relacionada con la pandemia, pero también han proliferado las noticias falsas y la desinformación.

En este capítulo, se exploran las múltiples dimensiones sobre la desinformación durante la pandemia, se analizan ejemplos de bulos difundidos en redes sociales durante los años 2020 y 2021 en Panamá, cuando los casos de COVID-19 aumentaron significativamente. También se revisan métodos académicos para reconocer y prevenir la desinformación en los medios digitales, como la verificación de los datos y la alfabetización mediática.

El objetivo es aumentar la comprensión de la desinformación en el contexto de la pandemia y mostrar algunos métodos para su abordaje.

Conceptos: Desinformación y noticias falsas

La pandemia de la COVID-19 ha cambiado nuestras vidas y ha alterado la cotidianidad de muchas maneras, y una de las más notables fue la forma en que consumimos información. Con la creciente importancia de los medios digitales, como las redes sociales y los servicios de mensajería instantánea, se ha visto una cantidad inmensa de información acerca de la pandemia que fluye a través de estos medios, pero también una gran cantidad de noticias falsas o, en otros casos, desinformación que ha sido difundida a través de ellos.

Gracias a internet, este tipo de información adquiere una dimensión nueva en la que se consideran factores como la velocidad, amplitud y universalidad, vectores que potencian el auge de su difusión, amparados en la participación, el anonimato, la fuente oculta y la dificultad para borrar su rastro (Alonso y Orta, 2015 citado en Alonso González, 2019).


Desde el surgimiento de las redes sociales en la década de 2000, la desinformación se ha convertido en un problema cada vez más preocupante en todo el mundo y ha sido objeto de intensos debates y discusiones sobre cómo abordar el problema de manera efectiva.

A esto se agrega que, aunque los conceptos de noticias falsas y desinformación se relacionan constantemente bajo definiciones similares a lo largo del último lustro, lo cierto es que la diferencia entre ambos puede ser sutil, pero importante.

Las noticias falsas o “fake news”, elegidas como palabra del año por el diccionario británico Collins (Fernández, 2019), se refiere a información intencionalmente inventada o distorsionada para que parezca real, y se difunde como si fuera una noticia real. Por lo general, las noticias falsas se crean para engañar o influir en la opinión pública. Las noticias falsas pueden incluir historias exageradas o distorsionadas, declaraciones fabricadas o información engañosa presentada como hechos.

Por otro lado, la “desinformación” se refiere a información que puede ser falsa o verdadera, pero que se presenta de una manera engañosa o incompleta, con el objetivo de influir en la opinión pública. La desinformación no necesariamente se crea intencionalmente, pero se difunde de manera que puede ser engañosa o manipuladora.

Al revisar la definición de ambos términos, podemos distinguir que las fake news son información intencionalmente falsa, mientras que la “desinformación” es información que puede ser verdadera o falsa, pero que se presenta de una manera engañosa o manipuladora. Ambas acciones pueden tener un impacto



negativo en la sociedad, ya que pueden influir en la toma de decisiones y en la opinión pública, lo que puede beneficiar o perjudicar a un sujeto o situación en cuestión.

En 2019, Carlos Rodríguez Pérez compartió en el ensayo “No diga fake news, di desinformación: una revisión sobre el fenómeno de las noticias falsas y sus implicaciones” que se debe considerar reemplazar el concepto de fake news por el de desinformación, ya que este último término abarca todas las dimensiones de la desinformación que abundan en internet, como medios de comunicación fallidos, bulos, información tendenciosa o engañosa, información manipulada o propaganda.

Esta discrepancia en las definiciones y lo encontrado durante una revisión sistematizada de la literatura bajo un enfoque cualitativo-interpretativo¹ (García-Marín y Salvat, 2021), respetando las convenciones de la investigación exploratoria que analiza la bibliografía científica relacionada con el objeto de estudio (Rodríguez-Fernández, 2019), permitió el enfoque, para el propósito de este texto, exclusivamente en la desinformación.

Desinformación en el contexto de la pandemia

La pandemia de COVID-19 ha afectado especialmente a los países con mayor desigualdad social y económica, como Panamá (Sánchez-Galán, 2019; Enríquez y Sáenz, 2021). Según la Organización Panamericana de la Salud, Panamá tiene la mayor tasa de incidencia de COVID-19 en Centroamérica (Navarro y Sánchez-Galán, 2022), debido en parte a la alta tasa de pruebas diagnósticas que realiza. Sin embargo, este esfuerzo por detectar y contener el virus se vio amenazado por la desinformación que circuló por internet y las redes sociales, generando confusión, miedo y desconfianza entre la población.

La desinformación sobre el COVID-19 abarca desde el origen del virus, hasta las medidas de prevención y los supuestos tratamientos o curas milagrosas que no tienen evidencia científica.

Hemos sido testigos de una cantidad realmente preocupante de desinformación. Este “tsunami de desinformación” sobre la pandemia, que golpeó durante meses (y aún lo hace) a medios de comunicación, redes sociales y sitios web (Rosa, 2020), acarrió consigo teorías de conspiración, agendas ocultas e incluso curas falsas para la COVID-19.

Esta desinformación fue difundida de manera profusa, aprovechando la inmediatez de los medios digitales, y llegando así a una audiencia masiva que

¹ Analiza mediante técnicas de análisis de contenido y análisis temático para identificar patrones, temas y relaciones entre los datos.

a menudo no tiene los conocimientos necesarios para discernir la veracidad de esta información.

El alcance que han logrado los medios digitales puede ser particularmente peligroso durante una pandemia, cuando la información precisa y oportuna puede ser la diferencia entre la vida y la muerte. La propagación de información falsa y engañosa puede llevar a que las personas tomen decisiones equivocadas acerca de su salud y la de sus seres queridos.

Una referencia al amplio alcance y poder de difusión de esta información puede ser lo alcanzado por el estudio “Noticias falsas y desinformación sobre el COVID-19: análisis comparativo de seis países iberoamericanos” por Coba, Gutiérrez y Díaz en 2020.

En este estudio se analizaron 371 publicaciones de países como España, Colombia, Perú, Ecuador, Bolivia y Argentina. Estas publicaciones fueron previamente verificadas por *fact-checkers*² y se descubrió que llevaban información falsa a través de redes sociales. Se encontró que un porcentaje de ellas se repetían dentro de las redes sociales de estos países. Se encontraron supuestas curas y consejos de salud falsos que, de ser tomados en serio, pueden no ser beneficiosos para las personas durante este periodo tan delicado.


Otra referencia importante puede ser el resultado de lo analizado en España por Almansa-Martínez, Fernández-Torres y Rodríguez-Fernández en 2022. Durante su investigación titulada “Desinformación en España un año después de la COVID-19” se analizaron 225 publicaciones verificadas en 2021 por las plataformas de fact-checking Maldito Buló³ y Neutral⁴. Su análisis arroja resultados que muestran una gran difusión de desinformación alrededor de temas como el debate político y la pandemia de la COVID-19, siendo estos últimos encabezados por información vinculada a las vacunas y el proceso de vacunación.

Dentro de estos resultados, la mitad de las informaciones falsas detectadas fueron creadas por personas que no son conocidas socialmente o por personas cuya identidad se desconoce y difundidas especialmente en redes sociales como Twitter (Boyd, Golder y Lotan, 2010), y en aplicaciones de mensajería instantánea como WhatsApp.

² Hace referencia al Fact Check. Si bien esta labor existe desde el inicio del periodismo, en particular en el periodismo de investigación, desde la primera década del siglo XXI emergieron medios que se dedican exclusivamente a la verificación de hechos, sobre todo en Internet.

³ Maldito Buló es una herramienta de verificación de bulos y noticias extendidas en internet. Perteneció a la publicación digital Maldita.es, un medio sin ánimo de lucro centrado en controlar la desinformación en la red y el discurso político a través de la verificación de hecho o ‘fact-checking’, así como crear una comunidad consciente y capaz de luchar contra la desinformación.

⁴ Neutral.es es un proyecto periodístico centrado en datos, fact-checking y transparencia pública. Ellos priorizan el uso de nuevas narrativas y de la tecnología y cuentan con un equipo constituido por periodistas, ingenieros, expertos en inteligencia artificial, editores, realizadores, documentalistas entre otros.



Es preciso recordar que el internet es una fuente de información para el cuidado de la salud al alcance de muchas personas en el mundo (Espinoza-Portilla y Mazuelos-Cardoza, 2020). Sin embargo, aunque la tecnología puede ser una herramienta poderosa para mantenernos informados, también puede ser utilizada para difundir información falsa, perjudicial y que puede llegar a ser una amenaza incluso en los más delicados procesos sociales, como el de los sistemas democráticos (Valverde Berrocoso, González Fernández y Acevedo Borrega, 2022).

Para los consumidores de información, es crucial asegurar que las fuentes de noticias sean confiables y verificadas, y evitar difundir información que no haya sido confirmada por fuentes oficiales y creíbles.

Por eso, es importante recalcar que la desinformación se entiende como la difusión de información falsa o engañosa con la intención de manipular o engañar a las personas. Ha existido desde hace mucho tiempo, pero con el advenimiento de los medios digitales y las redes sociales, se ha vuelto más fácil y accesible difundir información falsa a una gran cantidad de personas en un corto período de tiempo (Badillo, 2019).

En los medios digitales la desinformación puede ser peligrosa, ya que las convenciones de estos medios pueden impulsar su difusión de manera rápida y amplia, y puede ser difícil de desmentir o corregir una vez se ha propagado.

Sánchez Tarragó (2020) destaca la importancia de realizar más investigaciones sobre cómo divulgar la ciencia de manera clara, sencilla y atractiva para que llegue mejor al público. También resalta la necesidad de que los investigadores tengan una mayor presencia en las redes sociales y divulguen la ciencia en los mismos campos de batalla simbólica que hoy son ocupados por la desinformación.

Esta idea es ampliada por Martínez Cardama y Algora Cancho (2019), quienes destacan el papel crucial de las bibliotecas universitarias como agentes infomediarios⁵ para concienciar sobre las noticias falsas, la desinformación y su problemática.

Los individuos tienen la responsabilidad de verificar la información que se consume y comparte. Solo así se están tomando decisiones informadas y puede haber seguridad acerca de la salud personal y la de las comunidades.

⁵ Es un negocio online que se dedica a administrar el exceso de información propia de Internet.

Las dimensiones de la desinformación

La desinformación es un fenómeno que ha estado presente en la historia de la humanidad⁶ (González, 2021), pero que en la actualidad ha adquirido nuevas dimensiones debido a la proliferación de las tecnologías de la información y la comunicación.

Cuando se define el término dimensiones de la desinformación, se hace referencia explícitamente a las diferentes formas en que la información falsa, engañosa o incompleta se distribuye, ya sea intencionalmente o no, afectando a las personas y a la sociedad en su conjunto. Estas dimensiones son de suma importancia en la actual era de creciente desinformación, donde la velocidad y la facilidad con la que se comparten noticias y opiniones en línea aumentan exponencialmente.

Una de las dimensiones de la desinformación en los medios de comunicación es la falta de veracidad en la información presentada.


En el Reino Unido, en 1998, se realizó un estudio que sugería una relación entre una vacuna infantil común y el autismo, lo que generó un gran temor en el público general sobre la seguridad de la vacuna. Como respuesta, el Departamento de Salud del Reino Unido y varias organizaciones de salud señalaron de inmediato la falta de evidencia para tales afirmaciones y pidieron a los padres que no rechazaran la vacuna. Posteriormente, los medios de comunicación informaron ampliamente que ninguna de las afirmaciones originales había sido confirmada (Lewandowsky, et. ál., 2012).

Durante la pandemia de COVID-19, se difundieron noticias que mostraban imágenes de hospitales abarrotados de pacientes, sin proporcionar un contexto adecuado sobre la capacidad del sistema de salud y los esfuerzos para hacer frente a la pandemia.

Entonces como ahora, la Internet es considerada una fuente importante de información, sin embargo, su contenido no está regulado y su veracidad puede ser cuestionable. Para la mayoría de los usuarios, resulta complicado evaluar la fiabilidad de la información de salud que se encuentra en la red (Cuan-Baltazar et. ál, 2020).

Otra dimensión de la desinformación en los medios de comunicación es el sesgo ideológico. A menudo se utiliza para favorecer una perspectiva ideológica en particular (Masip, Suau, y Ruiz-Caballero, 2020), en lugar de

⁶ La desinformación ha sido utilizada en diferentes momentos y contextos de la historia, desde la propaganda política en la Antigua Grecia hasta la manipulación de noticias durante la Guerra Fría. Aunque es difícil precisar los primeros indicios de desinformación, se sabe que ha sido una práctica común desde tiempos remotos. Con la expansión de las tecnologías de la información y la comunicación en la actualidad, la desinformación ha adquirido nuevas dimensiones y se ha convertido en un problema global de gran envergadura.



proporcionar información objetiva e imparcial. Esta técnica puede utilizarse en una variedad de contextos, desde el político hasta religioso y científico y puede tener graves consecuencias para la sociedad.

Asimismo, la manipulación emocional es otra dimensión de la desinformación en los medios de comunicación. Esta técnica de persuasión puede ser muy efectiva, ya que las emociones son una parte fundamental de la forma en que las personas procesan la información.

Por ejemplo, la desinformación a nivel internacional se centró en posibles curas o tratamientos para el COVID-19 (Coba, Gutiérrez y Díaz, 2020), que fueron temas sensibles durante la pandemia. Se puede detectar cuando se utilizan testimonios emotivos de pacientes que han experimentado mejoras significativas después de recibir cierto tratamiento, sin proporcionar información sobre los posibles efectos secundarios o riesgos asociados.

La desinformación puede adoptar diversas formas, como la presentación de información cierta pero descontextualizada o con datos parciales que distorsionan su significado. Esto puede conducir a una interpretación incorrecta de los hechos o a una percepción errónea de la información (McIntyre, 2018). Además, la desinformación puede seleccionar de manera selectiva la información relevante con el objetivo de manipular la percepción de los hechos (Lewandowsky et. ál., 2017).

Es fundamental tener presente que la desinformación en los medios de comunicación es un fenómeno complejo y multifacético que puede manifestarse de diversas formas. Para poder identificar y combatir de manera efectiva estas dimensiones de la desinformación, es crucial comprender su complejidad.

Los diferentes aspectos y características de las dimensiones de la desinformación nos permiten analizar el fenómeno desde diversos enfoques y comprender sus efectos en la sociedad. La academia ha estudiado este fenómeno e identificado varias de estas dimensiones, las cuales pueden variar según la perspectiva y el contexto. Algunas de ellas incluyen el sensacionalismo⁷, la propagación de rumores⁸, los *deepfakes*⁹, entre otras.

La presencia de estas dimensiones de la desinformación es especialmente importante en las redes sociales debido a la generación de opiniones, percepciones y otros contenidos. Por lo tanto, es de vital importancia que los

⁷ Esta técnica se utiliza a menudo en los medios de comunicación y en las redes sociales, con el objetivo de atraer la atención de la audiencia o generar controversia.

⁸ Un rumor se puede definir como "una proposición no verificada para creer que tiene relevancia temática para personas involucradas activamente en su difusión" (Rosnow y Kimmel, 2000).

⁹ Es un vídeo en el que se muestran imágenes falsas, habitualmente del rostro de una persona, que parecen ser reales y que se han producido utilizando inteligencia artificial.

usuarios sean conscientes de estas dimensiones y se instruyan en identificar y evitar este tipo de información en línea, a fin de garantizar que puedan tomar decisiones informadas y bien fundamentadas.

Desinformación en pandemia, el contexto social de Panamá

Dentro de nuestro contexto social, la desinformación en los medios digitales durante la pandemia en Panamá fue un problema importante, y es fundamental que se tomen medidas para abordar esta situación.

La desinformación se ha convertido en una pandemia paralela a la del COVID-19, infectando las redes sociales, la comunicación en general y los medios. La desinformación afectó a Panamá de diversas maneras. Algunos medios propagaron información falsa sobre los migrantes¹⁰, lo que generó una escalada de desinformación. UNESCO¹¹ publicó un informe sobre la desinformación durante la pandemia en Latinoamérica, incluyendo Panamá. En Panamá, la desinformación se convirtió en una lucha entre el gobierno y la oposición, y se dio un ejemplo de ello cuando se habló de la llegada del COVID-19 al país.


Como en otras partes del mundo, los panameños canalizaron a través de los medios su búsqueda de seguridad, en especial lo referente al debate sobre las vacunas contra el COVID-19, que estuvo muy presente en las redes sociales desde el mismo inicio de la crisis sanitaria (Larrondo Ureta, Peña Fernández y Morales i Gras, 2021). Las plataformas digitales han sido uno de los recursos más importantes para mantenernos informados acerca de la pandemia, desde noticias sobre casos y medidas de prevención hasta actualizaciones sobre la distribución de vacunas. Las agencias de las Naciones Unidas en Panamá contribuyeron con la organización de conversatorios sobre mitos y verdades en torno al COVID-19 y la desinformación.

Las dimensiones de la desinformación mencionadas previamente, especialmente en el ámbito de las redes sociales, han tenido un impacto significativo en la percepción de la población acerca de la pandemia de COVID-19 en Panamá. Se requiere que los ciudadanos sean críticos con la información que reciben y que los medios de comunicación estén conscientes de las intenciones detrás de este tipo de comportamiento.

Como sociedad, debemos instar a los responsables de la gestión de estas plataformas a tomar medidas y reducir la propagación de la desinformación, garantizando así la veracidad y objetividad de la información que se difunde en línea. Además, no podemos ignorar la responsabilidad de los medios de comunicación y las autoridades gubernamentales en asegurarse de que la

10 Enlace: La escalada de desinformación durante la pandemia y cómo contenerla.

11 UNESCO ha publicado varios artículos destacando el protagonismo de las instituciones educativas y de las familias como respuesta a la pandemia COVID-19.



información presentada a la población sea objetiva, verificada y basada en hechos concretos.

Bulos globales o noticias falsas

Definición del término ‘bulo’

El término ‘bulo’ se utiliza para referirse a contenidos falsos que se difunden intencionalmente y que pueden tener diversos propósitos, desde la broma o parodia hasta el fraude económico. En la actualidad, este término ha ganado aceptación entre investigadores y periodistas como una forma de reconocer y combatir la desinformación (Guallar et. ál., 2020).

Los bulos de desinformación pueden adoptar diversas formas, desde noticias falsas hasta teorías de la conspiración y propaganda política. Como señala Salaverría et ál. (2020), se trata de contenidos falsos que son difundidos intencionalmente con múltiples motivos. Algunos bulos tienen como objetivo influir en las elecciones, mientras que otros buscan sembrar la discordia y el caos en la sociedad.

Por esta razón, los usuarios de Internet tienen la responsabilidad de verificar la información que se difunde. Es importante que se tomen medidas para evitar la difusión de bulos y contribuir a la educación de otras personas compartiendo recursos y herramientas para detectarlos (Noain Sánchez, 2021). Al verificar la información antes de compartirla, los usuarios pueden asegurarse de que están promoviendo información precisa y basada en evidencia científica.

Esto requiere habilidades y conocimiento específicos, además de fomentar la alfabetización digital y la educación mediática para que los usuarios de Internet disminuyan esa tendencia correlativa de interés por las noticias falsas (Gracia y Martínez, 2020).

Principales bulos globales durante el primer año de COVID-19

Durante la pandemia de COVID-19, se han propagado muchos bulos y teorías de la conspiración relacionadas con la enfermedad. A continuación, se presentan algunos ejemplos de bulos detectados durante la pandemia de COVID-19:

El virus fue creado en un laboratorio

Hubo muchos rumores y teorías de la conspiración en torno a la creación del virus COVID-19 en un laboratorio. Sin embargo, los expertos en salud pública y la comunidad científica internacional han concluido que el virus se originó en animales y luego se transmitió a los humanos.

Figura No. 39 Bulo sobre la creación del virus COVID-19



La ivermectina es efectiva contra el COVID-19

La ivermectina es un medicamento antiparasitario que se ha utilizado para tratar enfermedades como la sarna. A pesar de que algunos estudios preliminares sugirieron que podría ser efectivo contra el COVID-19, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros expertos en salud pública han señalado que aún no hay suficientes pruebas para respaldar su uso contra el virus.

Figura No. 40 Bulo sobre la falsa efectividad de la ivermectina



Las vacunas COVID-19 contienen microchips

Se ha propagado la falsa afirmación de que las vacunas COVID-19 contienen microchips que pueden ser utilizados para rastrear a las personas que las reciben. Esto es completamente falso, y las vacunas COVID-19 están diseñadas para proteger a las personas contra la enfermedad.

Figura No. 41 Bulo sobre microchips en las vacunas de la COVID-19

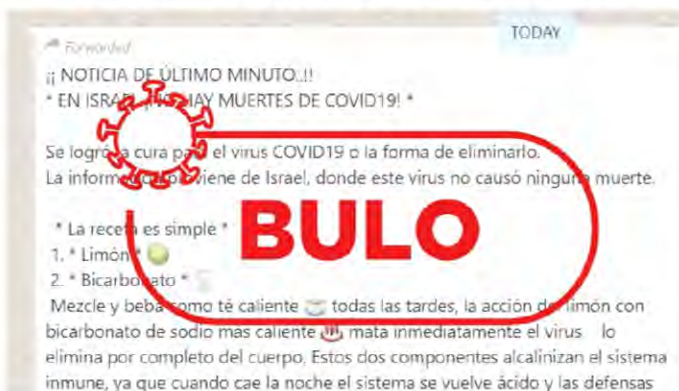


Fuente: <https://www.servimedia.es/noticias/1888736>

La COVID-19 es solo una gripe

Al principio de la pandemia, algunas personas minimizaron la gravedad del virus y lo compararon con la gripe común. Sin embargo, la COVID-19 ha demostrado ser mucho más contagiosa y mortal que la gripe, y ha tenido un impacto significativo en la salud pública y la economía mundial.

Figura No. 42 Bulo sobre la gravedad del virus COVID-19



Fuente: <https://www.rtve.es/noticias/20200629/bulo-bicarbonato-limon-elimina-covid-remedio-israel/2023537.shtml>

Las mascarillas no son efectivas contra la COVID-19

En el inicio de la pandemia, algunos sugirieron que las mascarillas no eran efectivas para prevenir la propagación del virus. Sin embargo, los expertos en salud pública y la evidencia científica han demostrado que las mascarillas pueden ayudar a reducir la transmisión del virus.

Figura No. 43 Bulo sobre la efectividad de las mascarillas



Fuente: <https://maldita.es/malditaciencia/20210114/no-causan-hipoxia-cancer-bulos-desinformaciones-mascarillas/>

Las pruebas COVID-19 son inexactas

Se ha difundido información falsa sobre la inexactitud de las pruebas COVID-19, sugiriendo que las pruebas están dando falsos positivos y falsos negativos. Sin embargo, las pruebas COVID-19 son una herramienta importante para detectar y controlar la propagación del virus, y las autoridades sanitarias han trabajado para mejorar la precisión de las pruebas

Figura No. 44 Bulo sobre la efectividad de las PCR



Fuente: <https://www.rtve.es/noticias/20210422/bulos-sobre-oms-prueba-pcr-covid/2087287.shtml>

La COVID-19 es una conspiración

Algunos usuarios de Twitter han difundido teorías de la conspiración sobre la COVID-19, sugiriendo que la enfermedad es una invención o que se está utilizando para controlar a la población. Estas afirmaciones son completamente falsas y están destinadas a sembrar la desconfianza y la confusión.

Figura No. 45 Bulo sobre teorías de conspiración



Fuente: <https://maldita.es/malditobulo/20210810/bill-gates-confirmado-implantar-chips-vacunas-covid-19/>

El gobierno está ocultando información sobre la COVID-19

Se ha sugerido que el gobierno panameño está ocultando información sobre la COVID-19, incluyendo el número real de casos y muertes. Sin embargo, el gobierno ha proporcionado información regular sobre la situación de la pandemia en el país y ha trabajado para aumentar la transparencia y la responsabilidad en la gestión de la pandemia.

Figura No. 46 Bulo sobre información gubernamental acerca de la COVID-19

#CORONABULOS

- Helicópteros o aviones del Ejército van a fumigar tu ciudad -

No, no van a pasar helicópteros ni aviones del Ejército fumigando tu ciudad ni ninguna otra para desinfectar. La misión de las FFAA, por orden ministerial y a través de la UME, se basa en la desinfección de determinadas zonas como aeropuertos y residencias de mayores, así como la construcción de hospitales de campaña.

**No difundas miedo.
No difundas #CoronaBulos**

→ **Descubre más bulos
en @malditobulo**

Fuente: <https://izquierdaunida.org/2020/03/24/coronabulos/>

Las vacunas COVID-19 son peligrosas

Se han difundido afirmaciones falsas sobre la seguridad de las vacunas COVID-19, sugiriendo que las vacunas pueden causar efectos secundarios graves o que contienen sustancias dañinas. Sin embargo, las vacunas contra la COVID-19 han sido sometidas a rigurosos ensayos clínicos y han sido aprobadas por las autoridades sanitarias internacionales como seguras y efectivas en la prevención del virus.

Figura No. 47 Bulo sobre la peligrosidad de las vacunas contra la COVID-19




Fuente: <https://www.rtve.es/noticias/20230414/bulo-suiza-no-detiene-vacunacion-contracovid-19/2438803.shtml>

La propagación de bulos a través de las redes sociales puede tener graves consecuencias para la salud pública, especialmente durante una pandemia. La difusión de información incorrecta puede aumentar la ansiedad y el pánico en la población, lo que puede llevar a un mayor riesgo de contagio y un mayor estrés en el sistema de salud (Li et. ál., 2020). Además, los autores señalan que la información errónea puede llevar a una falta de cumplimiento de las medidas de prevención y tratamiento, lo que puede agravar aún más la situación.

En un estudio reciente, Rozenbeek y Van der Linden (2020) identificaron varias técnicas comunes utilizadas para difundir desinformación, como el uso de fuentes no confiables, la manipulación de imágenes¹² y la creación de teorías de conspiración. Los autores destacan la importancia de la

¹² La manipulación de imágenes en las redes sociales es una práctica común, especialmente en situaciones de crisis, elecciones políticas, protestas y otros eventos importantes. La facilidad con la que se pueden manipular y compartir imágenes en línea, junto con el alcance y la velocidad de las redes sociales, ha llevado a un aumento significativo en la difusión de imágenes manipuladas.



verificación cruzada de información¹³ y la consulta de fuentes múltiples y diversas para evitar caer en la trampa de la desinformación. La manipulación de producciones visuales es esencial en la fabricación de los bulos, lo que les hace más difíciles de detectar, frente a las técnicas de creación de noticias falsas, menos sofisticadas en su producción (Aparici et. ál., 2019).

Revisión de hechos o Fact-checking

El fact-checking se refiere a la verificación de hechos y datos para determinar la veracidad de una información. Estos servicios de verificación de noticias y los medios de comunicación pueden ser una herramienta importante para combatir la desinformación (Walter et al., 2020).

El proceso de fact-checking es un método riguroso para verificar la precisión de la información que se encuentra en los medios de comunicación y en otros canales de información. Según Kovach y Rosenstiel (2012), es “el proceso de revisar y verificar hechos y afirmaciones en una pieza de información, desde la fuente hasta la conclusión”. Este proceso es importante para asegurar que la información proporcionada al público sea precisa y confiable.

Este proceso generalmente comienza seleccionando un tema que se va a verificar. Luego se lleva a cabo una investigación exhaustiva utilizando fuentes confiables y verificables. “La clave para la efectividad del fact-checking es el uso de fuentes primarias y secundarias confiables” (Walter et. ál, 2020, p. 361).

Una vez recopilada la información, se lleva a cabo una evaluación crítica de la veracidad de la afirmación o declaración en cuestión. Como señala Tandoc, Lim y Ling (2018), “la evaluación crítica es esencial en el proceso de fact-checking” (p. 72) para determinar la veracidad de una afirmación. Esta evaluación puede incluir la revisión de la precisión de los hechos, la interpretación de los datos y la consideración de cualquier sesgo o error potencial.

Finalmente, si se encuentra que la afirmación es falsa o engañosa, se comunica esta información al público a través de diversos medios. Según la periodista Brooke Borel (2023), “la comunicación clara y efectiva es esencial para el éxito del fact-checking”. Además, se puede contactar a la fuente original para corregir o retractar la información errónea.

Es importante tener en cuenta que el proceso de fact-checking puede variar dependiendo de la organización o la persona que lo lleva a cabo. Como señala

¹³ Es un proceso mediante el cual se compara y se verifica la información de varias fuentes diferentes para determinar su precisión y fiabilidad. Es una técnica utilizada para reducir el riesgo de error y evitar la propagación de información incorrecta y desinformación.

Kovach y Rosenstiel (2012), “no hay un solo estándar para el fact-checking”, pero el proceso generalmente sigue los pasos descritos anteriormente. El fact-checking es fundamental para garantizar que la información proporcionada al público sea precisa y confiable, lo que es esencial para una ciudadanía educada y crítica.

Algunos ejemplos de cómo se ha utilizado el fact-checking para combatir la desinformación

En redes sociales

Las redes sociales, como Facebook y Twitter, han incorporado herramientas de fact-checking en sus plataformas para ayudar a combatir la desinformación. Estas herramientas se utilizan para identificar información falsa o engañosa y para alertar a los usuarios sobre la inexactitud de la información.

Twitter ha implementado una política de información engañosa en la que etiquetan tuits que contienen información falsa o engañosa y proporcionan un enlace a una página de información adicional que proporciona un contexto más preciso. También han implementado herramientas como *Birdwatch*¹⁴, un programa lanzado por la plataforma en 2021 para la comprobación de datos por parte de los propios usuarios, quienes ayudan a identificar la información que consideran que es incorrecta en los tuits y aportan anotaciones con contexto.


Por otro lado, para combatir la difusión de información errónea y proporcionar a las personas información más confiable, Facebook está asociado con verificadores de datos independientes, certificados por la organización imparcial Fact-Checking Network (IFCN)¹⁵. Facebook ha implementado una política de verificación de hechos en la que trabajan con organizaciones de verificación de hechos externas para revisar el contenido y etiquetar las publicaciones que contienen información falsa o engañosa. También han implementado medidas para reducir la distribución de contenido que contenga este tipo de información.

En las organizaciones

La verificación es una herramienta utilizada por las organizaciones de verificación de hechos para comprobar la veracidad de las afirmaciones

¹⁴ Según Twitter, la idea detrás de Birdwatch es crear un sistema de autocontrol comunitario para combatir la información engañosa y las noticias falsas en la plataforma. La empresa espera que el uso de notas y etiquetas de Birdwatch ayudará a los usuarios a tomar decisiones informadas al momento de consumir contenido en Twitter.

¹⁵ La International Fact-Checking Network (IFCN) es una red global de organizaciones de verificación de hechos que promueve la precisión y la transparencia en el periodismo. Fue fundada en 2015 y está alojada por el Instituto Poynter en Florida, Estados Unidos. La IFCN establece estándares para la verificación de hechos y otorga un sello de aprobación a las organizaciones que cumplen con estos estándares.



hechas durante eventos en vivo, como discursos políticos, debates o entrevistas. Este proceso de verificación rápida permite a los periodistas y a los ciudadanos conocer la exactitud de las afirmaciones en tiempo real.

Un ejemplo reciente de verificación en tiempo real de fact-checking fue durante el debate presidencial de Estados Unidos en septiembre de 2020 entre Donald Trump y Joe Biden. Durante el debate, se hicieron varias afirmaciones que fueron verificadas por organizaciones como PolitiFact, FactCheck.org y The Washington Post. Por ejemplo, cuando Trump afirmó que la Ley de Cuidado de Salud Asequible de Obama (Obamacare) “no es buena”, PolitiFact calificó esta afirmación como “falsa” y proporcionó pruebas para respaldar su conclusión.

Otro ejemplo fue durante el discurso de aceptación de Donald Trump durante su nominación por el Partido Republicano en agosto de 2020. Durante su discurso, Trump afirmó que “Biden quiere eliminar las protecciones para las condiciones preexistentes”. El New York Times realizó una verificación en tiempo real y calificó esta afirmación como “engañoso” porque Biden ha expresado su apoyo a mantener las protecciones para las condiciones preexistentes.

La verificación de datos se ha convertido en una práctica cada vez más común en todo el mundo, en respuesta a la necesidad de combatir la desinformación y la propagación de noticias falsas. En Estados Unidos, existen varias organizaciones que han sido creadas específicamente para verificar la exactitud de la información que se publica en los medios de comunicación y en las redes sociales. Algunas de estas organizaciones incluyen PolitiFact, FactCheck.org y The Washington Post Fact Checker.

En Brasil, Agência Lupa es una organización que se creó a partir de la unión de varias organizaciones de medios de comunicación. Su objetivo es verificar la información que se publica en los medios de comunicación y en las redes sociales para garantizar que sea precisa y confiable.

En España, también existen varias organizaciones de fact-checking, como Newtral, Maldita.es y El Objetivo. Estas organizaciones se dedican a verificar la exactitud de la información y a desmentir noticias falsas que se difunden en los medios de comunicación y en las redes sociales.

En Argentina, Chequeado es una organización que se dedica a verificar la exactitud de la información y a desmentir noticias falsas. La organización fue fundada en 2010 y se ha convertido en una de las principales referencias en la lucha contra la desinformación en América Latina.

En Francia, Les Décodeurs es una organización que verifica la información que se publica en los medios de comunicación y en las redes sociales. La

organización trabaja en estrecha colaboración con Le Monde, uno de los periódicos más importantes del país.

Mecanismos de fact-checking en Panamá

En Panamá, la lucha contra la desinformación y las noticias falsas también ha impulsado la creación de iniciativas de fact-checking. Uno de los ejemplos más destacados es el de La Prensa, uno de los medios de comunicación más importantes del país.

Para garantizar que la información que publican sea precisa y verificada, La Prensa ha creado un departamento de verificación de noticias¹⁶. Este equipo se encarga de verificar la exactitud de la información que se publica en sus plataformas digitales y en sus ediciones impresas. A través de este proceso, buscan evitar la propagación de noticias falsas y brindar a sus lectores información confiable y verificada.

El Tribunal Electoral de Panamá ha propuesto una iniciativa interesante para combatir la desinformación en los procesos electorales¹⁷. Según un artículo del periodista Gustavo Aparicio en La Estrella de Panamá, a partir de las elecciones generales de 2024, la difusión de noticias falsas puede ser tipificada como una falta electoral sancionable con multas, mientras que la desinformación que pueda perjudicar cualquier proceso electoral o los servicios que brinda el TE puede ser considerada un delito electoral, sancionable incluso con cárcel.

El magistrado del TE Alfredo Juncá explicó que, aunque difundir noticias falsas como particular es algo falto de ética, no es un delito. Sin embargo, difundir noticias falsas y desinformación de manera organizada y financiada sí es un atentado contra la democracia y debe ser sancionado. En el caso de las noticias falsas, la sanción que se propone es una multa de \$2,000 a \$5,000 y se ha añadido una figura novedosa, la retractación pública.

Es importante destacar que la desinformación en los medios digitales puede influir de manera significativa en un proceso electoral o, en el caso de la pandemia de COVID-19, puede atacar contra la salud pública.

Con el aumento de la desinformación en las redes sociales y otros medios de comunicación, iniciativas de verificación de datos como esta son cada vez más importantes. Garantizar la veracidad de la información que se publica es crucial para evitar la propagación de noticias falsas y prevenir consecuencias graves en la sociedad.

¹⁶ La Prensa cuida rigurosamente la calidad y la precisión de las informaciones que se publican, como uno de los pilares de la credibilidad de una organización de noticias. Fuente: <https://www.prensa.com/buenas-practicas/>

¹⁷ Fuente: TE propone sancionar con cárcel la desinformación electoral (laestrella.com.pa)



Desinformación y bulos en Panamá durante el primer año de la pandemia

Durante la pandemia del COVID-19, hubo una proliferación de información errónea, desinformación y teorías conspirativas en las redes sociales panameñas. Estos bulos incluyen afirmaciones sobre la eficacia de remedios caseros, la causa del virus y las intenciones de organizaciones y personas influyentes.

Uno de los bulos más extendidos en las redes sociales panameñas fue la afirmación de que el dióxido de cloro cura el COVID-19. A pesar de la falta de evidencia científica que respalde esta afirmación, se promovió su uso en algunos grupos y comunidades.

Otro bulo común en las redes sociales panameñas fue la idea de que consumir alimentos alcalinos ayuda a combatir el COVID-19. Aunque una dieta saludable es importante para mantener un sistema inmunológico fuerte, no hay evidencia científica que respalde la afirmación de que los alimentos alcalinos puedan prevenir o curar la enfermedad.

Un bulo particularmente peligroso fue la idea de que el COVID-19 fue causado por el 5G. Esta teoría conspirativa ha sido ampliamente desacreditada por la comunidad científica, y no hay evidencia que respalde la idea de que la tecnología 5G pueda causar el COVID-19.

Otras incluyen la idea de que el jengibre, el limón, la cebolla y el ajo neutralizan el COVID-19, que hacer vaporizaciones con eucalipto cura la enfermedad, que el COVID-19 fue creado en un laboratorio chino, que la Fundación Gates quiere reducir la población mundial y que las vacunas son malas o mortales.

Estos bulos fueron potencialmente peligrosos porque pudieron llevar a personas a tomar decisiones erróneas sobre su salud y seguridad. Además, socavan la confianza en las autoridades de salud pública y en la ciencia en general. Es importante que las personas verifiquen la información que encuentran en las redes sociales y se aseguren de que provenga de fuentes confiables y basadas en evidencia científica.

¿Qué se puede hacer? Capacitación y Formación

Puede incluir diversos cursos o talleres que enseñan habilidades esenciales como la verificación de hechos, la identificación de sesgos en los medios de comunicación y la evaluación de la calidad de la información. Las personas participantes aprenden a utilizar herramientas de verificación en línea y técnicas de investigación para identificar fuentes confiables y verificar la información que encuentran.

Además, la capacitación en fact-checking puede enseñar cómo identificar y evitar la propagación de información errónea y desinformación en las redes sociales y otros canales de información. Se aprende a evaluar críticamente la información que encuentra y a detectar las señales de advertencia de noticias falsas y teorías conspirativas.


Según la Guía para principiantes para establecer una organización de fact-checking en América Latina y el Caribe de la UNESCO (2022), cuando nos enfrentamos al nuevo coronavirus, se tomaron en cuenta diversas palabras clave para detectar desinformación. Estas incluían “coronavirus”, “COVID-19”, “virus” y “pandemia”. Sin embargo, una vez familiarizados con las desinformaciones que circulan sobre el virus, se consideraron otras palabras como “plandemia”, un término ampliamente utilizado por los propagadores de desinformación. Además, encontraron útil agregar palabras alternativas en las búsquedas, como “COVID” en lugar de “COVID”, ya que muchos desinformantes reemplazan letras por números para evadir los algoritmos de ciertas redes sociales que restringen la difusión de información falsa. Es importante destacar que los caminos de la desinformación no son lineales ni siempre los mismos (p. 10). Sin embargo, a lo largo de los años, distintos verificadores de hechos han observado que muchas veces siguen un patrón similar desde el origen de una desinformación hasta que se vuelve viral.

Alfabetización mediática

Actualmente, una de las metodologías más efectivas para combatir la desinformación es la alfabetización mediática, la cual se refiere a la capacidad de comprender, interactuar y analizar los contenidos mediáticos (Pérez-Tornero, 2008). En un contexto en el que la desinformación en los medios digitales está en aumento, su importancia es más relevante que nunca. De hecho, hay un renovado interés en su desarrollo y difusión para un uso más efectivo.

Dado que las nuevas generaciones obtienen gran parte de su información de las redes sociales y otros recursos en línea, resulta crucial que aprendan a identificar y descifrar bulos y desinformación en general (Fernández-García, 2017). Por lo tanto, la alfabetización mediática se convierte en una práctica importante para desarrollar habilidades críticas que les permitan a los ciudadanos discernir entre información fiable y desinformación en el entorno digital.

La alfabetización mediática es una estrategia centrada en enseñar a las personas acerca de los medios de comunicación utilizados en su sociedad, cómo operan y cómo analizarlos de manera crítica. A través de esta práctica, se pueden adquirir herramientas para utilizar los medios de comunicación con el fin de comunicarse de manera efectiva con otros. Según Fedorov



(2011), la alfabetización mediática es cada vez más importante para enseñar a las personas a discernir la información veraz de la desinformación en los medios de comunicación.

Además, implica el desarrollo de habilidades para evaluar la calidad y veracidad de la información, identificar fuentes de información confiables y detectar la manipulación y la propaganda que a menudo se difunden en los medios de comunicación. Al adquirir estas habilidades, las personas pueden tomar decisiones más informadas y críticas sobre la información que consumen y comparten en línea.

La educación y la alfabetización en salud digital son fundamentales para combatir la desinformación y garantizar que la información proporcionada sea precisa y útil (Zhao et. ál., 2021). Esto es importante no solo para controlar el gran número de bulos sobre salud y ciencia, sino también para evitar la difusión de numerosos contenidos falsos relacionados con temas políticos y gubernamentales (Salaverría et. ál., 2020).

Conclusiones

La propagación de la desinformación representa una amenaza significativa para la sociedad y la democracia. Sin embargo, existen diversas metodologías que pueden emplearse para combatirla de manera efectiva. La alfabetización mediática es fundamental, ya que enseña a las personas a ser críticas y analíticas con la información que reciben, a verificar fuentes confiables y a distinguir entre hechos y opiniones.

Además, fortalecer la educación en ciencia y tecnología permite a las personas evaluar de manera crítica la información relacionada con estos temas y discernir entre información confiable y desinformación. Promover la verificación de hechos a través de organizaciones especializadas también resulta crucial en la lucha contra la desinformación.

El fomento del pensamiento crítico en todas las áreas de la vida ayuda a detectar la desinformación con mayor facilidad, al cuestionar la información y buscar evidencia que respalde las afirmaciones. Asimismo, limitar el alcance de la desinformación mediante acciones efectivas en las plataformas de redes sociales, como la eliminación de contenido falso y la promoción de información confiable, contribuye a contrarrestar su propagación.

La lucha contra la desinformación requiere una combinación de educación, verificación de hechos, pensamiento crítico y acciones de las plataformas de redes sociales. Al colaborar en la implementación de estas metodologías y otras estrategias, podemos construir una comunidad más informada y resistente a la desinformación. Es imperante fomentar una cultura de verificación de


datos y promover el acceso a fuentes confiables de información, lo que nos permitirá tomar decisiones informadas y proteger nuestra vida cotidiana y nuestra democracia de los efectos negativos de la desinformación.

Referencias

- ❖ Almansa-Martínez, A., Fernández-Torres, M. J., y Rodríguez-Fernández, L. (2022). Desinformación en España un año después de la COVID-19. Análisis de las verificaciones de Newtral y Maldita. *Revista Latina de Comunicación Social*, (80), 183-200.
- ❖ Alonso González, M. (2019). Fake News: desinformación en la era de la sociedad de la información. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, 45, 29-52.
- ❖ Aparici, R., García-Marín, D., & Rincón-Manzano, L. (2019). Noticias falsas, bulos y trending topics. Anatomía y estrategias de la desinformación en el conflicto catalán. *Profesional de la Información*, 28(3).
- ❖ Badillo, Á. (2019). La sociedad de la desinformación: propaganda, «fake news» y la nueva geopolítica de la información. Documento de trabajo, 8, 2019-14.
- ❖ Blanco-Alfonso, I., Chaparro-Domínguez, M. Á., y Repiso, R. (2021). El fact-checking como estrategia global para contener la desinformación.
- ❖ Borel, B. (2023). *The Chicago guide to fact-checking*. University of Chicago Press.
- ❖ Boyd, D., Golder, S., y Lotan, G. (2010). Tweet, tweet, retweet: Conversational aspects of retweeting on Twitter. *Proceedings of the 2010 43rd Hawaii International Conference on System Sciences*.
- ❖ Buckingham, D. (2019). Media education and the battle against fake news. *Journal of Children and Media*, 13(1), 1-5.
- ❖ Coba, L. G., Gutiérrez, P. C., y Díaz, J. A. G. (2020). La Noticias falsas y desinformación sobre el Covid-19: análisis comparativo de seis países iberoamericanos. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 237-264.
- ❖ Cuan-Baltazar, J. Y., Muñoz-Pérez, M. J., Robledo-Vega, C., Pérez-Zepeda, M. F., y Soto-Vega, E. (2020). Misinformation of COVID-19 on the internet: infodemiology study. *JMIR public health and surveillance*, 6(2), e18444.
- ❖ Diethelm, P., y McKee, M. (2009). Denialism: what is it and how should scientists respond?. *European Journal of Public Health*, 19(1), 2-4.
- ❖ Enríquez, A., y Sáenz, C. (2021). Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA.
- ❖ Espinoza-Portilla, E., y Mazuelos-Cardoza, C. (2020). Desinformación sobre temas de salud en las redes sociales. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 31(2).
- ❖ Fedorov, A. (2011). Alfabetización mediática en el mundo. *Infoamérica: Iberoamerican Communication Review*, 5, 3-7.

- ❖ Fernández, L. R. (2019). Desinformación y comunicación organizacional: estudio sobre el impacto de las fake news. *Revista Latina de Comunicación Social*, (74), 1714-1728.
- ❖ Fernández-García, N. (2017). Fake news: una oportunidad para la alfabetización mediática. *Nueva Sociedad*, (269).
- ❖ García-Marín, D., y Salvat Martinrey, G. (2021). Investigación sobre desinformación en España.
- ❖ González, M. A. (2021). Desinformación y coronavirus: el origen de las fake news en tiempos de pandemia. *Revista de Ciencias de la Comunicación e Información*, 1-25.
- ❖ Gracia, A. D. V., y Martínez, V. C. (2020). Bulos durante la pandemia del COVID-19 en España: un estudio a través de Google Trends. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 169-182.
- ❖ Guallar, J., Codina, L., Freixa, P., y Pérez-Montoro, M. (2020). Desinformación, bulos, curación y verificación. Revisión de estudios en Iberoamérica 2017-2020. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 22(3), 595-613.
- ❖ Kovach, B., y Rosenstiel, T. (2012). *Los elementos del periodismo*. Aguilar.
- ❖ Larrondo Ureta, A., Peña Fernández, S., y Morales i Gras, J. (2021). Desinformación, vacunas y COVID-19. Análisis de la infodemia y la conversación digital en Twitter.
- ❖ Lasswell, H. D. (1948). The structure and function of communication in society. En L. Bryson (Ed.), *The communication of ideas* (pp. 37-51). Harper y Row.
- ❖ Lewandowsky, S., Ecker, U. K., y Cook, J. (2017). Beyond Misinformation: Understanding and Coping with the "Post-Truth" Era. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 6(4), 353-369.
- ❖ Lewandowsky, S., Ecker, U. K., Seifert, C. M., Schwarz, N., y Cook, J. (2012). Misinformation and its correction: Continued influence and successful debiasing. *Psychological science in the public interest*, 13(3), 106-131.
- ❖ Li, H., Liu, S. M., Yu, X. H., Tang, S. L., y Tang, C. K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(5), 105951.
- ❖ Martínez Cardama, S., y Algora Cancho, L. (2019). Lucha contra la desinformación desde las bibliotecas universitarias.
- ❖ Masip, P., Suau, J., y Ruiz-Caballero, C. (2020). Percepciones sobre medios de comunicación y desinformación: ideología y polarización en el sistema mediático español. *Profesional de la Información*, 29(5).
- ❖ McIntyre, L. (2018). *Post-truth*. MIT Press.
- ❖ Navarro, V., y Sánchez-Galán, J. (2022). Correlación de la incidencia de casos de Covid-19 con variables climáticas en la República de Panamá.

- ❖ Noain Sánchez, A. (2021). Desinformación y COVID-19: Análisis cuantitativo a través de los bulos desmentidos en Latinoamérica y España.
- ❖ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2022). Una guía para principiantes para establecer una organización de fact-checking en América Latina y el Caribe. Recuperada de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000380932.locale=en>
- ❖ Pérez, C. R. (2019). No diga fake news, di desinformación: una revisión sobre el fenómeno de las noticias falsas y sus implicaciones. *Comunicación*, (40), 65-74.
- ❖ Pérez-Tornero, J. M. (2008). La sociedad multipantallas: retos para la alfabetización mediática. *Comunicar: Revista Científica de Comunicación y Educación*, 16(31), 15-25.
- ❖ Rodríguez-Fernández, L. (2019). Desinformación: retos profesionales para el sector de la comunicación. *Profesional de la Información*, 28(3).
- ❖ Roozenbeek, J., y van der Linden, S. (2020). The fake news game: actively inoculating against the risk of misinformation. *Journal of Risk Research*, 23(5-6), 695-702.
- ❖ Rosa, R. M. (2020). Desinformación y pandemia: La nueva realidad. Ediciones Pirámide.
- ❖ Rosnow, R. L., y Kimmel, E. L. (2000). Rumors and rumor control: A manager's guide to understanding and combatting rumors. Routledge.
- ❖ Saad, A. S. (2011). El sensacionalismo o la "insurrección" de las masas. *Razón y Palabra*, (78).
- ❖ Salaverría, R., Buslón, N., López-Pan, F., León, B., López-Goñi, I., y Erviti, M. C. (2020). Desinformación en tiempos de pandemia: tipología de los bulos sobre la Covid-19. *El profesional de la información (EPI)*, 29(3).
- ❖ Salaverría, R., García de Torres, E., Llorens, A., y León, B. (2020). Nuevas formas de desinformación y fake news: taxonomía y ejemplos. *El profesional de la información*, 29(3), e290301.
- ❖ Sánchez Tarragó, N. (2020). Desinformación en tiempos de COVID-19: ¿Qué podemos hacer para enfrentarla? *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 31(2).
- ❖ Sánchez-Galán, E. A. (2019). El crecimiento económico y la desigualdad en Panamá: una aproximación urbano-rural. *Visión Antataura*, 3(2), 68-82.
- ❖ Tandoc Jr, E. C., Lim, Z. W., y Ling, R. (2018). Defining "fake news" A typology of scholarly definitions. *Digital journalism*, 6(2), 137-153.
- ❖ Tandoc, E. C., Lim, Z. W., y Ling, R. (2018). Defining "fake news". *Digital Journalism*, 6(2), 137-153.
- ❖ Tufekci, Z. (2018). *Twitter and Tear Gas: The Power and Fragility of Networked Protest*. Yale University Press.

- 
- ❖ Valverde Berrocoso, J., González Fernández, A., y Acevedo Borrega, J. (2022). Desinformación y multialfabetización: Una revisión sistemática de la literatura. *Comunicar: Revista Científica Iberoamericana de Comunicación y Educación*.
 - ❖ Walter, N., Cohen, J., Holbert, R. L., y Morag, Y. (2020). Fact-checking: A meta-analysis of what works and for whom. *Political Communication*, 37(3), 350-375.
 - ❖ Wardle, C., y Derakhshan, H. (2017). Information disorder: Toward an interdisciplinary framework for research and policy making. Council of Europe report, 16.
 - ❖ Zhao, Y., Cheng, S., Yu, X., Xu, H., y Li, Z. (2021). Digital health literacy and information-related behaviors among university students: a cross-sectional study in China. *BMC Public Health*, 21(1), 1-

Impacto de la estrategia y
caracterización del discurso
gubernamental

Capítulo
07





Impacto de la estrategia y caracterización del discurso gubernamental

Carmen G. Solano Villanueva

Contenido

Introducción	170
Evaluación del impacto de la estrategia de comunicación del gobierno	171
El discurso gubernamental	180
Algunas recomendaciones:	182
Sobre la estrategia de comunicación	182
Sobre temas no abordados lo suficiente en el discurso gubernamental	183
Conclusiones	184
Referencias	184

Introducción

En este capítulo se evalúa el impacto de la estrategia de comunicación gubernamental, se caracteriza el discurso, y como producto de la evaluación de la estrategia, se plantean algunas recomendaciones para mejora en aquellos aspectos donde se considera que hubo alguna debilidad.

La evaluación del impacto de la estrategia se hizo utilizando los resultados obtenidos de los productos comunicativos tangibles analizados: comunicados, decretos, conferencias de prensa y videos de promoción de la salud que fueron difundidos. Para sustentar esta evaluación, se utilizó un programa informático para correr la base de datos de las conferencias de prensa buscando las correlaciones que se generan y confrontar estos datos con la intención inicial del MINSA para comunicar.

Se caracterizó el discurso gubernamental dentro del marco de los datos obtenidos relativos a los temas esenciales priorizados en los mensajes discursivos propuestos a la población y el aporte personal de los voceros con sus conocimientos y capacidades personales para convencer y persuadir a los panameños a las conductas deseadas por el gobierno.

Evaluación del impacto de la estrategia de comunicación del gobierno


Para evaluar el impacto de la estrategia se requirió la existencia previa de un plan de trabajo definido donde se expusieran las intenciones y propósitos para afrontar el COVID-19 (Villaveces, et. ál, 2005, p. 126). El Ministerio de Salud (MINSa) publicó normativas importantes y dos planes: uno, en enero 2020 Plan Operativo Nacional del Sistema de Salud para la Prevención y Control del nuevo Coronavirus (2029-nCoV) y el otro, Plan de Acción ante un brote o epidemia de COVID-19 en el territorio nacional, en febrero de 2020. Estos documentos contienen la política pública de salud para afrontar la pandemia. De tal manera, que fue posible hacer este análisis del impacto de la estrategia de comunicación para afrontar la pandemia, debido a la existencia de una política de salud previamente determinada.

El análisis implicó utilizar los siguientes parámetros: 1) que fuera posible determinar las consecuencias que se esperaban conseguir con la estrategia 2) verificar las actividades programadas y realizadas con los medios disponibles 3) conocer los resultados que se producen por tales actividades y la relación que se genera (la huella o señal que deja) entre estas acciones y las intenciones de comunicación declaradas (Ibid.).

Los resultados permiten medir el impacto de la estrategia ya que “el impacto se mide constatando los resultados y poniéndolos en correlación con la intención inicial” (Ibid., p. 127). Los resultados pueden ser tangibles, intangibles, previstos e imprevistos. Y las formas para medir los resultados son a través de: Los productos tangibles (noticias, comunicados, decretos, conferencias de prensa, etc.) que son verificables y puestos en circulación; los logros y los efectos (Ibid. p. 127 y 128).

Para buscar correlaciones entre lo propuesto con lo emitido se utilizó la base de datos de las conferencias de prensa. Primero, se calculó el total de las frecuencias de las distintas variables, planteadas para esta investigación, mencionadas en el discurso gubernamental entre el período marzo 2020-marzo 2021. Después, se hizo el cálculo porcentual de cuántas de estas fueron mencionadas en el período de marzo-abril del 2020. Se repitió este procedimiento para averiguar la misma distribución para el período de noviembre 2020-enero 2021.

Se realizaron pruebas descriptivas correlacionales (chi-cuadrado) entre los diferentes temas abordados en todas las conferencias de prensa y se colocaron aquellos que se encontraron más relevantes para la investigación. Los materiales utilizados fueron el software SPSS y Excel.



Las conferencias de prensa fueron analizadas en cinco dimensiones: estructura, la enfermedad, medidas sanitarias, vulnerabilidades y temas abordados. La dimensión Medidas Sanitarias contiene la variable Medidas para la Convivencia, a su vez compuesta de siete categorías: Aforos, cierre de establecimientos, toque de queda, confinamiento, salvoconductos, cercos sanitarios, cédula, sexo, horarios. Estos principios regularon la convivencia de los ciudadanos y marcaron la paz o la intranquilidad de las personas en este difícil período.

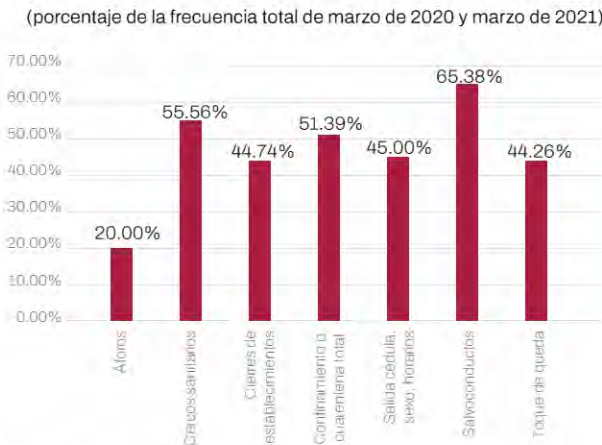
1. Los aforos: Se refiere a la cantidad de personas que se pueden acomodar en un recinto, como, por ejemplo, una sala de cine, teatro, estadio, salón de reuniones, así como salas de centros de convenciones, etc. Durante la pandemia el término se refirió a la cantidad de **personas permitidas para estar juntas a la vez en un lugar**. En los trabajos en que las personas permanecieron presenciales, hubo aforos definidos para mantener el personal en las oficinas de bancos, ministerios y empresas.
2. Cierres (y apertura) de establecimientos: Empezaron desde el momento en que se establecieron controles fronterizos sanitarios, se cerraron completamente las escuelas y las clases se dictaron mediante plataformas digitales, guarderías, confinamiento en casa, etc. En Panamá se implementó un esquema que fue cerrar y abrir lugares por sectores productivos o “bloques”, como nombraron esta acción, que fue el término usado para regular cierres y aperturas de locales de las distintas actividades económicas, sociales, comerciales y gubernamentales.
3. Toque de queda: Su definición “es una medida gubernativa de carácter excepcional, que prohíbe o restringe el libre tránsito en ciertas horas del día, se dictamina en ciudades o estados y por diferentes motivos. Por lo general, se les advierte o se les prohíbe a los ciudadanos la libre circulación por vías públicas. Esta es una “medida gubernativa que, en circunstancias excepcionales, prohíbe el tránsito o permanencia en las calles de una ciudad durante determinadas horas, generalmente nocturnas” (RAE, 1992).
4. Confinamiento o “cuarentena total”: Internacionalmente se utiliza el término confinamiento y en Panamá se utilizó cuarentena total, que implicó que las personas no pudieron circular libremente por las calles y permanecer en sus hogares obligatoriamente todas las horas del día.
5. Salvoconductos: Durante la aplicación a la población de la medida de cuarentena total, los salvoconductos fueron la autorización para que personas de determinadas profesiones imprescindibles para garantizar la vida (personal de salud, seguridad pública, farmacias, supermercados, personal clave y operativo del sector de gobierno, banca, puertos,

aeropuertos, etc.) sí pudieran desplazarse y transitar hacia sus trabajos. Fueron emitidos por el Ministerio de Comercio (MICI), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Autoridad de Turismo (ATP), Ministerio de Desarrollo Agropecuario (MIDA, para los productores) y el Ministerio de Salud (MINSA) para sus empleados.


6. Cercos sanitarios o epidemiológicos: Un cerco epidemiológico consiste en el control y la vigilancia en los lugares por los cuales transita una persona, con el fin de evitar la propagación de un virus. Cerco sanitario es el conjunto de acciones de control realizadas por las autoridades sanitarias con el fin de disminuir o evitar la propagación de enfermedades en la población.
7. Autorizaciones de salida diferenciales por cédula, sexo, horarios: Fue una medida impuesta en Panamá para controlar y restringir la libre salida de casa a las personas durante el período de cuarentena total. Consistió en solamente permitir salidas para comprar alimentos y medicinas a las personas; los hombres un día y para las mujeres otro, atendiendo al último número de las cédulas de identidad personal o pasaporte de las personas mayores de edad (0,1,2,3,4,5,6,7,8,9), vinculándolos con períodos horarios de dos horas por salida.

Entre marzo y abril del 2020 se hizo un promedio de 46.62% de todas las menciones de los temas bajo la variable Principios de Convivencia con relación a todo el período marzo de 2020 y marzo de 2021.

Figura No. 48 Frecuencia de menciones de categorías de Convivencia marzo – abril 2020



Fuente: Elaboración propia.



La dimensión Enfermedad contiene cinco variables: Qué es COVID-19 y secuelas, propagación y contagio, datos científicos, sintomatología y fallecidos e infectados.

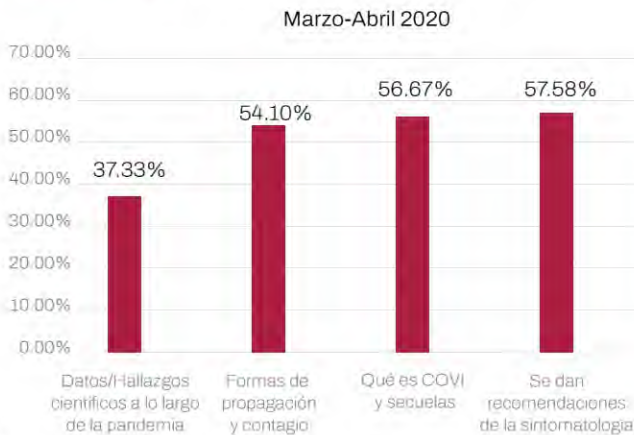
1. Qué es COVID y secuelas: Se registró esta variable cuando los voceros mencionaron una o varias de las siguientes informaciones disponibles acerca de COVID-19: Que es un nuevo virus capaz de causar neumonía grave y en algunos casos fatal. Que se puede contagiarse incluso durante el período de incubación, mencionaban la cantidad de días de incubación (que fue perfeccionándose según transcurría la pandemia), se decía que la enfermedad podía manifestarse hasta el día 14 en el paciente. Que los primeros síntomas son fiebre, dificultad respiratoria, tos, aumento de la frecuencia respiratoria, dolor muscular, fatiga, dolor de cabeza y diarrea. Se recomendaba que las personas debían lavarse las manos con agua y jabón frecuentemente, ya que las gotas que se emiten al estornudar, toser o hablar pueden quedarse en las manos donde el virus puede sobrevivir. Que hay que evitar tener contacto con personas enfermas de vía respiratoria. Que la infección por COVID-19 trae consigo una serie de consecuencias o secuelas que pueden ser tratadas en las clínicas post-COVID. Que la mejor medida de prevención es la vacunación completa contra el COVID-19.
2. Formas de propagación y contagio: Se refiere a “Los riesgos de contagio con el virus de la COVID-19 son más altos en espacios cerrados, con gran número de personas y poca ventilación en los que las personas infectadas pasan mucho tiempo en proximidad muy cercana. Al parecer, en esos entornos el virus se propaga con mayor facilidad por medio de gotículas respiratorias o aerosoles, por lo que es aún más importante adoptar precauciones” (OMS, 2020).
3. Datos/Hallazgos científicos que se mencionan a lo largo de la pandemia: Se refiere a toda nueva información médica que se ofrece a la audiencia como un avance para la comprensión de la pandemia, producto de las investigaciones que se desarrollan en el mundo y en el país, con el propósito de poder controlar la pandemia, los contagios, la propagación y salvar la vida de los pacientes.
4. Se dan recomendaciones y explica la sintomatología de la enfermedad: Fue registrado cuando el vocero hizo un esfuerzo adicional de explicar qué síntomas tiene la persona para sospechar que tiene COVID, o explica más profundamente el proceso de desarrollo de la enfermedad en el individuo y qué debe hacer. Los síntomas más comunes de la COVID-19 son fiebre, tos seca y cansancio. Otros síntomas menos frecuentes que pueden afectar a algunos pacientes son la pérdida del gusto o el olfato, dolor corporal, dolor de cabeza, faringoamigdalitis, congestión nasal,

ojos enrojecidos, diarrea o erupción cutánea. Se recomendó permanecer en casa en autoaislamiento, aún cuando la persona presentara síntomas leves como tos, dolor de cabeza y febrícula, hasta su recuperación. La persona afectada debía llamar y solicita orientación a su servicio telefónico de atención de salud.

5. Dan informe de fallecidos e infectados: El Informe Epidemiológico. La pandemia trajo un conteo diario de personas fallecidas e infectadas con la enfermedad desde los primeros días. Y la referencia a estos datos, **fue un elemento de interés diario para toda la población**. Esto se dijo en casi todas las conferencias mediante la alusión directa de los voceros-epidemiólogos.

Entre marzo y abril del 2020 se hicieron un promedio de 51.42% de todas las menciones de los temas bajo la dimensión Enfermedad y variable COVID-19 como enfermedad, con relación al período marzo de 2020 y marzo de 2021.


Figura No. 49 COVID-19 como Enfermedad



Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión Temas se encuentra la variable Comunicación de la Salud, que contiene ocho categorías:

1. Distanciamiento físico: Se recomendó un distanciamiento físico de dos metros, para detener la propagación comunitaria de COVID-19. “Basado en la guía del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDS por sus siglas en inglés) para detener la propagación comunitaria de COVID-19, en interiores y exteriores.



Hay autores que consideran importante diferenciar los conceptos de distanciamiento y distanciamiento social (Villegas M., 2020):

Distanciamiento físico se refiere a la separación física entre las personas, es un conjunto de medidas no farmacéuticas de control de las infecciones con el objetivo de detener o desacelerar la propagación de una enfermedad contagiosa. El motivo del distanciamiento físico es reducir las posibilidades de contacto entre las personas infectadas y no infectadas, con la finalidad de minimizar la transmisión de enfermedades, la morbilidad y, en última instancia la mortalidad (Sánchez-Villena y de La Fuente, 2020).

Distanciamiento social es el acto de alejarse de lugares concurridos y restricción de la interacción entre las personas evitando el contacto directo entre ellas. También implica el cierre de lugares donde hay mayor concentración de personas, como escuelas, centros comerciales, sitios para eventos sociales, oficinas, entre otros. Este concepto se resume en separar al hombre de la sociedad en la que vive, lo cual se considera una gran contradicción (Ibid.).

2. Uso mascarilla y/

3. Lavado de manos: La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) recomienda:

Las mascarillas deben utilizarse como parte de una estrategia integral de medidas para suprimir la transmisión y salvar vidas; el uso de una mascarilla por sí sola no basta para proporcionar una protección adecuada contra la COVID-19.

Si la COVID-19 se propaga en su comunidad, cuídese adoptando algunas precauciones sencillas, por ejemplo, manteniendo el distanciamiento físico, llevando mascarilla, ventilando bien las habitaciones, evitando las aglomeraciones, lavándose las manos y cubriéndose la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo al toser. Consulte las recomendaciones de su lugar de residencia y trabajo. Todas las medidas son necesarias.

4. Pantallas faciales en el transporte público.

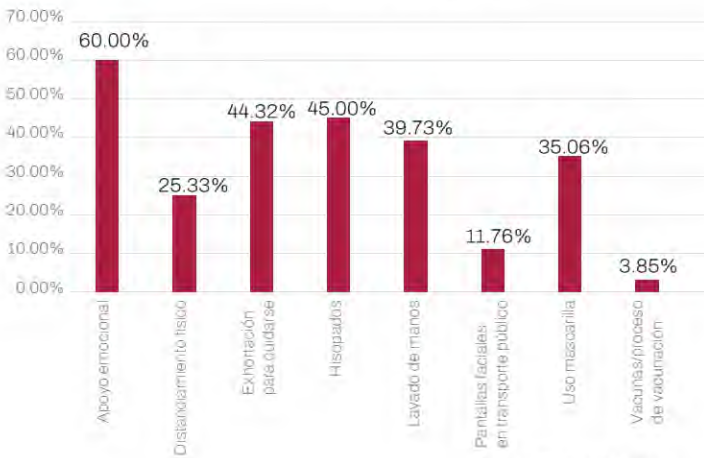
5. Hisopados: Es la prueba que realiza el Ministerio de Salud y laboratorios del sector privado para diagnóstico de COVID-19. Deben someterse a la prueba las personas que tienen síntomas compatibles de COVID-19 (fiebre de 37,5°C o más, tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, dolor muscular, cefalea, diarrea y/o vómitos, congestión nasal, pérdida súbita de gusto u olfato).

6. Apoyo emocional: Se incluye esta categoría ya que solo aquellos países que tienen organizado un buen servicio sanitario de salud mental para la población antes de la pandemia pudieron afrontar exitosamente este importante aspecto de salud que afectó y sigue afectando a la población.
7. Exhortación para cuidarse: Cuando el vocero incita a la población con palabras, razones y ruegos a que “se cuide”, que significa que observe las medidas sanitarias propuestas y que también cuide a su familia.
8. Vacunas/proceso de vacunación: Antes de llegar a agosto-septiembre 2020, que fue el periodo en el cual se comenzó a hablar en firme de un proceso de vacunación, se mencionaba de forma esporádica y solo en el marco de la importancia que tendría la aprobación de la vacuna contra el COVID-19.

Si se retiran las categorías distanciamiento físico, pantallas faciales y vacunas (las cuales no eran relevantes por estar en efecto la cuarentena total) se puede constatar que entre marzo y abril del 2020 se hicieron en promedio el 44.82% de todos los anuncios de los temas bajo el indicador de Comunicación de la Salud en el período marzo de 2020 y marzo de 2021.

Figura No. 50 Comunicación de la Salud

Marzo-Abril 2020



Fuente: Elaboración propia.

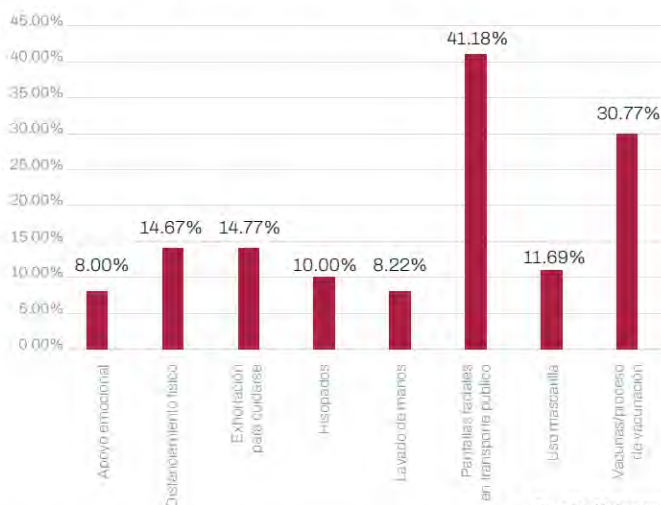
Producto de la misma evolución de la pandemia, la importancia de ciertos temas varió en el tiempo transcurrido entre noviembre 2020 y enero 2021.

Se observó un aumento significativo para la variable Comunicación de la Salud en cuanto al uso de las pantallas faciales durante el período noviembre 2020 a enero 2021, con el 41% de las menciones sobre las medidas

tomadas para prevenir la enfermedad que fueron mencionadas y el 30% de las menciones sobre vacunación/vacunas en el mismo período. Esto como resultado de la implementación obligatoria de pantallas faciales al utilizar el transporte público; además, al introducirse el tema de las vacunas en el discurso oficial, la Dirección de Comunicación del MINSA se vio en la necesidad de elaborar un plan de comunicación estratégico y específico para el proceso de vacunación.

Figura No. 51 Frecuencia de temas Comunicación de la salud noviembre 2020 – enero 2021

(porcentaje de la frecuencia total de marzo de 2020 y marzo de 2021)



Fuente: Elaboración propia.

Correlación de resultados de la estrategia con la intención inicial

Este análisis se realizó tomando dos momentos específicos de la pandemia para visualizar si los mensajes reiterados en las menciones de los voceros al inicio de esta, (marzo-abril 2020) continuaron siendo reiterados de la misma manera o variaron en la etapa final de repunte y mayor cantidad de casos positivos detectados. Estas comparaciones de cambio o continuidad a lo interno de las variables permiten ciertas interpretaciones sobre la toma de decisiones de comunicación durante el primer año de la pandemia.

Las correlaciones cualitativas más importantes que se pudieron encontrar fueron:

Con un chi-cuadrado significativo al 0.03% (usando el método de corrección de continuidad debido a que en todas las casillas hay frecuencias >5) el 69% de veces que se habló de los salvoconductos sucedió al hablarse de toques de queda:

Tabla No. 27 Tabla cruzada Toque de queda * Salvoconductos

		Salvoconductos			
		0	1	Total	
Confinamiento o cuarentena total	0	Recuento	55	8	63
		% dentro de Salvoconductos	56,1%	30,8%	50,8%
	1	Recuento	43	18	61
		% dentro de Salvoconductos	43,9%	69,2%	49,2%
Total	Recuento	98	26	124	
	% dentro de Salvoconductos	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Usando el método de Fisher (ya que en una casilla hay frecuencias <5), con un chi-cuadrado significativo al 0.01% encontramos que el 85% de veces que se habló de salidas por sexo, cédula y horarios, sucedió al hablar de cuarentena total:

Tabla No. 28 Tabla cruzada Confinamiento o cuarentena total *Salida cédula, sexo, horarios

		Salida cédula, sexo, horario			
		0	1	Total	
Confinamiento o cuarentena total	0	Recuento	49	3	52
		% dentro Salida cédula, sexo, horario	47,1%	15,0%	41,9%
	1	Recuento	55	17	72
		% dentro Salida cédula, sexo, horario	52,9%	85,0%	58,1%
Total	Recuento	104	20	124	
	% dentro Salida cédula, sexo, horario	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Una correlación que se encontró fue la siguiente:


Tabla No. 29 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,055 ^a	1	,815		
Corrección de Continuidad ^b	,000	1	,994		
Razón de verosimilitud	,055	1	,815		
Prueba exacta de Fisher				,824	,494
Asociación lineal por lineal	,054	1	,816		
N de casos válidos	124	1			

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,48.

b. Solo se ha calculado para una tabla 2x2.

Fuente: Elaboración propia.



Con un *chi-cuadrado* no significativo (0.99%) se pudo determinar que no hubo correlación entre los anuncios de Cuarentena total y Apoyo emocional, lo cual permite sustentar nuestra afirmación que faltó apoyo emocional (salud mental) para la población en los momentos más difíciles del primer período de la pandemia en el país, hecho que consideramos constituye una debilidad del discurso gubernamental.

El discurso gubernamental

La caracterización o síntesis del discurso: El discurso gubernamental se construyó a partir del provecho y la contundencia del MINSA como única fuente oficial de información relacionada con el COVID-19. El esfuerzo de comunicación se concentró, respecto a los contenidos, en las medidas de prevención sanitarias establecidas, en el control de la población para detener la propagación y contagio, en persuadir y convencer a la población de ir a la acción deseada, propuesta por el gobierno, en torno a temas como la exhortación para cuidarse, el uso de mascarillas, el distanciamiento físico y lavado de manos. Algunos temas no fueron profundizados, como los mensajes de apoyo emocional para preservar la salud mental. También, los temas relativos a las vulnerabilidades que fueron analizadas y definidas para este estudio (laborales, financieras, de conectividad y de género). Los voceros se mostraron cercanos con la población para tratar de generar confianza por medio de argumentaciones, y tratando de convencer desde la autoridad, el conocimiento y la experiencia.

Los objetivos específicos de comunicación dentro del plan operativo del gobierno, de acuerdo a la intención inicial expresada, además de la política de comunicación adoptada desde el mes de enero de 2020 ante la inminente detección del primer caso COVID-19 fueron:

- ◀ Intensificar la información a la comunidad sobre las medidas de prevención y control del COVID-19 en la población con el fin de mantenerla informada.
- ◀ Promover el cumplimiento de las medidas sanitarias establecidas para la población panameña, con énfasis en los actores y grupos sociales claves.
- ◀ Mantener al MINSA como fuente oficial de la información relacionada a este evento.
- ◀ Monitorear la efectividad de la estrategia de comunicación y realizar los ajustes necesarios.

Así, luego de un minucioso análisis de los discursos orales de los voceros seleccionados en las conferencias de prensa, los textos de los comunicados emitidos y los videos producidos para promover la educación de la salud a

la población, se puede concluir que se cumplieron los objetivos expresados en su intención inicial de comunicación, consignados en la estrategia de comunicación gubernamental, durante el primer año de la pandemia.


La decisión estratégica que ayudó al gobierno a configurar un mensaje coherente fue centralizar y divulgar la información científica sobre el COVID y obligar a los medios de comunicación social masivos a que difundir de manera gratuita y oportuna los mensajes que promovió el Ministerio de Salud para la prevención, mitigación y control de la pandemia mediante el Decreto Ejecutivo No. 64 de 28 de enero 2020.

El aporte de los voceros seleccionados por el gobierno, de los cuales se estudió los 20 más importantes por su frecuencia de participación en las conferencias de prensa, jugó un papel relevante en apoyar las medidas de salud pública planteadas para contener el virus, evitar mayores defunciones y que el sistema de salud no colapsara. Los voceros recurrieron a su proyección pública como profesionales, pusieron al servicio sus capacidades personales y facilidad de expresión para insistir, convencer y persuadir a la acción deseada de la población. Esto fue un esfuerzo para crear algún grado de confianza de la población en torno a las directrices del gobierno.

La evaluación de los temas o contenidos identificados dentro de los distintos formatos de discurso giraron en torno a una temática muy amplia. Se concentró en las medidas sanitarias cuyos temas fueron convivencia, trazabilidad, hospitales y acciones gubernamentales, así como el COVID como enfermedad, cuyas temáticas más relevantes fueron la propagación y contagio, datos científicos, sintomatología y fallecidos e infectados. Al compararlos con la política esbozada, dio una ruta que se percibió de manera coherente, al ser visibilizados los muchos esfuerzos para proteger y afrontar la pandemia.

Cuando se exploró cuáles podrían ser los aspectos importantes para las personas confinadas dentro de los hogares y las posibles situaciones que importan a los individuos en los momentos iniciales de mucho miedo, se observó que, a este nivel, hubo debilidad en el discurso gubernamental. Sólo hubo 19.8% en el énfasis hacia los mensajes de apoyo emocional (salud mental) en las conferencias de prensa durante todo el período, especialmente en los momentos difíciles del confinamiento, cuando la población más necesitó de ese tipo de apoyo.

Se determinó que el objetivo a comunicar del gobierno en los vídeos de promoción de la salud fue difundir noticias, conocimientos, actitudes 33.3%, seguido por el objetivo promover una acción de salud en 25.9% de las ocasiones y luego por el objetivo de motivar o explicar la razón por la que se tiene que hacer algo en 18.5% de los vídeos.



La comunicación escrita analizada a través de los Comunicados de prensa emitidos permite caracterizar que el concepto de proximidad con la población identificó frases coloquiales en los comunicados y que al ser contabilizados de manera automatizada, se obtuvo que la frase “no bajar la guardia” y sus variantes, tuvo una frecuencia de 57 veces dando un total de 14.2% de presencia en los comunicados de prensa, seguido de “agradece a” con una frecuencia de 10 repeticiones en los comunicados, a mayor detalle se observa que los agradecimientos se dan al equipo que trabajaba día a día en detener la pandemia y a la población por seguir indicaciones. Para las acciones de gobierno, lideraba la comunicación donde informaban sobre los insumos que se estaban proporcionando al personal médico, paciente y población en general, con un 16.46% (n=66) de presencia en todos los comunicados, seguido de mención de recurso humano y contrataciones con 6.48% (n=29).

El concepto atribución de la responsabilidad se enfoca en identificar qué autoridades dentro del Gobierno Nacional fueron reconocidas como las mayormente responsables durante la pandemia en su primer año. El Ministerio de Salud (MINSa) y el gobierno nacional fueron los principales responsables, seguido por la segunda entidad de salud más importante del país, la Caja de Seguro Social y también, el Ministerio de Seguridad. De esta manera se pudo identificar a los jugadores principales dentro de la comunicación del gobierno y otras variables influyentes como los temas tratados, su frecuencia y sus características al ser tratados.

Algunas recomendaciones

◀ Sobre la estrategia de comunicación

- Queda claro que la planificación estratégica de la comunicación gubernamental en crisis de salud es el apoyo técnico más importante que permite acompañar y encauzar las acciones que desarrollan los equipos médicos en la prevención, control y cura de la enfermedad en situaciones pandémicas. Se debe poner en el centro del objetivo comunicacional a la población, tomando en cuenta sus necesidades materiales y miedos porque la posibilidad de morir es real.
- Es relevante fortalecer los equipos profesionales de comunicadores sociales que trabajan en el sector de la salud, porque al igual que los equipos médicos, son las fortalezas como equipo humano capacitado para salir adelante en este tipo de crisis.
- La participación y apoyo de la comunidad es clave. En esta experiencia de pandemia COVID-19 el apoyo desinteresado con horas de trabajo,

donaciones de todo tipo de insumos o dinero por parte de ciudadanos voluntarios, organizaciones no gubernamentales, empresas de todo nivel, hizo la diferencia para que miles de personas sobrevivieran.

- Existen dos aspectos polémicos que han de ser tomados en cuenta para futuros estudios. Primero, resulta comprensible y hasta justificable que en situaciones de crisis donde no se sabe qué hacer como es el escenario pandémico, los gobiernos tienen que ofrecer una imagen de fortaleza, competencia y en control. Sin embargo, también es “la oportunidad de capitalizar la crisis a favor de la imagen positiva de los gobiernos y sus agendas” (Olave y De La Cruz, 2021). Segundo, se vivenció el tratamiento de la información durante la crisis sanitaria como una “medicalización de la política” (Ibid.). Este término se explica en que “somos testigos de una politización de la medicina, investida de tareas de control social que no le pertenecen” (Esposito, 2020 citado por Olave y De La Cruz, 2021). Los actores de la próxima pandemia en el país deberán decidir el espectro de las acciones y sus límites.
 - La revalorización de la salud pública en el discurso de los gobiernos luego de la pandemia COVID-19 es contundente. Se agudiza el debate sobre la privatización de la salud pública, las condiciones laborales de los trabajadores del sector de la salud, las condiciones de las infraestructuras de salud y las condiciones de salud de la población. La salud es importante, salud igual para todos.
- ◀ Sobre temas no abordados lo suficiente en el discurso gubernamental
- Faltó vehemencia en el apoyo emocional (cuidado de la salud mental) para la población en los momentos más difíciles del primer período de la pandemia, dentro del discurso gubernamental. El MINSA debe fortalecer su capacidad instalada para la atención de la salud mental de la población.
 - La insuficiente presencia en las conferencias de prensa, aunque existieran acciones de gobierno para ellas, en los temas de atención a la dimensión Vulnerabilidades en cuatro de las seis variables: la vulnerabilidad laboral (categorías: suspensión de contratos, reducción de jornadas, despidos-mutuos, modalidades de empleo, independientes), la vulnerabilidad financiera (moratoria a los servicios públicos, garantías para las empresas), la vulnerabilidad informativa (categorías: sin internet y/o sin acceso a la educación digital) y la vulnerabilidad de género (categorías: violencia contra la mujer, atención a mujeres y a personas transgénero).

Conclusiones

La mayoría de los temas expuestos en las conferencias de prensa durante toda la pandemia fueron comunicados entre marzo-abril de 2020. A partir de esas fechas los énfasis de algunas de las menciones temáticas fueron disminuyendo a lo largo de la pandemia, con excepción de los temas referentes al uso de pantallas faciales y el proceso de vacunación, ya que se conocía cómo se transmitía el virus y cuáles eran los mejores mecanismos para bloquear su contagio.

Con respecto a las pruebas descriptivas correlacionales, se concluyó que hubo una alta relación entre las categorías “toques de queda” y “uso de salvoconductos”; y entre las categorías “confinamiento” y “salidas por sexo, cédula y horario”. Con respecto a las primeras, esto podría indicar que en los momentos de toques de queda se mencionaba el mecanismo de uso de salvoconductos (y posibles actualizaciones). Con respecto a las segundas, esto podría indicar que al mencionarse la cuarentena total se indicaba a la población la manera más efectiva para acceder a bienes de subsistencia.

No se encontró una relación entre las menciones de “cuarentena total” o confinamientos y “apoyo emocional”. Esto puede ser indicativo de que las políticas o medidas para el apoyo emocional de las personas no iban conectadas con el impacto que iba a recibir la salud mental de la población con la cuarentena total.

Las bases de datos tienen el potencial para seguir generando data y desarrollar investigaciones más profundas en el futuro. Ninguno de los resultados puede usarse para expresar relaciones causales.

Referencias

- ❖ Esposito, R. (2020). Curado a ultranza. *Dialektika*. Dossier Filosofía y Coronavirus. <https://dialektika.org/2020/03/17/filosofia-coronavirus-dossier-poderes-del-gobierno-la-libertad-individual/>
- ❖ Ministerio de la Presidencia. Decreto Ejecutivo No. 64 de 28 de enero 2020. Que adopta las medidas necesarias que sean imprescindibles e impostergables, contenidas en el Plan Nacional ante la amenaza por el brote del nuevo coronavirus (2019-ncov) definido por el Ministerio de Salud. Gaceta Oficial No. 28950-B.
- ❖ Olave Arias, G, y De la Cruz Hernández, I. (2021). ¿Cómo comunicarnos en pandemia? Regulación de la discursividad y glotopolítica del COVID-19. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*, (38), 1–21. <https://doi.org/10.19053/0121053X.n38.2021.13268>
- ❖ Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). Consejos para la población sobre el nuevo coronavirus (2019-nCoV): cuándo y cómo usar mascarilla. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>

- ❖ Sánchez-Villena AR., De La Fuente-Figuerola V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *Anales de Pediatría*, 93(1):73-74. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.anpedi.2020.05.001>
- ❖ Villegas Maestre, José Daniel. (2021). Distanciamiento físico saludable y no distanciamiento social. *Revista Cubana de Pediatría*; 93(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312021000200021
- ❖ Villaveces, J. L., Orozco, L. A., Olaya, D. L., Chavarro, D., y Suárez, E. (2005). ¿Cómo medir el impacto de las políticas de ciencia y tecnología? *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad - CTS*, 2(4): 125-146. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=924/92420407>



El escenario pandémico,
abril 2021 a diciembre 2022

Capítulo
08

El escenario pandémico, abril 2021 a diciembre 2022

Zulema Kant


Contenido

Introducción	187
Cantidad de casos de COVID-19 y olas de contagios	188
Las diferentes variantes del virus	191
Pruebas COVID clínicas o caseras	192
Promoción de las vacunas	192
Fases de vacunación en adultos mayores e infantes	192
Educación. Llamado para el regreso presencial a las clases.	194
Medidas de bioseguridad para un regreso seguro	
Compra de medicamentos y el desabastecimiento	195
Licitaciones para la mejora de hospitales, atención de otras enfermedades distintas al COVID-19	196
Endeudamiento del Estado para hacer frente a la pandemia versus el crecimiento lento del PIB	197
La lenta reactivación comercial, cese de las medidas de bioseguridad	198
Desempleo, contratos suspendidos y el trabajo informal	200
Conclusiones	201
Referencias	201

Introducción

Aquí se presenta una recuperación de las situaciones más importantes del desarrollo de la pandemia en el período señalado. Su propósito es concluir este libro y permitir contestar a la pregunta ¿Qué más sucedió después del primer año de la pandemia COVID-19? Consiste en una cronología comentada de estos hechos, obtenidos mediante las noticias, publicadas en los diarios La Estrella de Panamá y La Prensa sobre la pandemia COVID-19 a lo largo de 21 meses. Es un resumen desde los contenidos publicados, en papel, de ambos periódicos.

Para redactar este capítulo se analizaron 900 noticias que mencionaran las palabras claves COVID-19, COVID y/o pandemia. Adicional, se observaron pautas propuestas por el gobierno nacional respecto a la información de vacunación, informe de gestión, promoción de la salud y subsidios. Sin embargo, adicional a las noticias en papel del rango señalado, también se



consultó otras informaciones en línea para establecer el marco de referencia de los distintos momentos.

Se manejaron noticias que dieron cuenta de la evolución de esta enfermedad y una serie de afectaciones nuevas derivadas del hecho pandémico a nivel de salud y economía. El universo de estudio estuvo delimitado por las publicaciones de entrevistas, pautas publicitarias del gobierno nacional, columnas de opinión (en su mayoría de médicos), artículos y reportajes periodísticos en los diarios de circulación nacional, La Estrella de Panamá y La Prensa.

Cantidad de casos de COVID-19 y olas de contagios

En el primer mes de la pandemia, marzo 2020, se dieron 1,181 casos de los cuales 30 fallecieron según datos proporcionados en cadena nacional de televisión y replicada en medios por las autoridades gubernamentales.

En diciembre de 2020, Panamá llegó a registrar la más alta incidencia entre los países de América, con 4 mil 511 casos acumulados por cada 100 mil habitantes, llegando a ocupar el primer lugar (incidencia y en casos acumulados) entre los países de Centroamérica, y convirtiéndose en el país con la mayor tasa de incidencia entre todos los países de América, por encima de la tasa promedio para la región que, a ese momento, era de 2 mil 931 por cada 100 mil habitantes (Samaniego, 2020, p. 6A).

En Panamá, hubo un aproximado de dos olas del COVID-19 por año (de 6 a 8 meses de duración), en promedio, según el análisis de las noticias; a medida que se flexibilizaron las medidas de bioseguridad y movilidad, aumentaban los casos.

Durante el punto más alto de contagios, entre el 12 y 18 de julio de 2020, la primera ola llegó a 7 mil 929 casos, con el pico más alto de defunciones, 204 en una semana (Arcia Jaramillo, 2021, p. 3A).

Según un informe elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), indicó que Panamá registró una tasa de mortalidad de 89.8 por cada 100 mil habitantes, cifra por encima de la mortalidad para la región de América, que era de 81.2 por cada 100 mil habitantes, y ocupó el primer lugar con la mayor tasa de mortalidad entre los países de Centroamérica. Siendo Panamá el segundo país de América con más alta incidencia de casos, después de Estados Unidos (Arcia Jaramillo, 2021, p. 3A).

La segunda ola inició en noviembre de 2020 hasta febrero de 2021 y sorprendió a los epidemiólogos y miembros del Consejo de Salud. Por la flexibilidad de las medidas de restricciones, ellos esperaban un repunte de

contagios a finales del año 2020 y principios del 2021, pero se dieron unos 5 mil casos en un día, una magnitud que no esperaban. No fue hasta febrero del 2021 en que el país empezó a salir de esa segunda ola (Arcia Jaramillo, 2021, p. 3A).

A medida que iba avanzando la segunda ola, en enero de 2021, los epidemiólogos y autoridades sanitarias calcularon que desde que comenzó la pandemia hasta enero 2021, pudieron haberse contagiado entre 600 mil y 800 mil personas en el país, sin embargo, no todas las personas se hicieron pruebas para detectarles el virus. Durante la segunda ola se llegaron a reportar 328 decesos en una semana (Ibid.).


En enero de 2021, La Prensa publicó el artículo “La pandemia, atrincherada en Panamá y Panamá Oeste”, donde informó que el mayor número de casos de COVID-19 se registró en las provincias de Panamá y Panamá Oeste, durante los 10 meses que iban de pandemia en el país, debido al alto número de personas en pobreza multidimensional: personas que no tienen acceso a servicios adecuados de agua, recolección de basura, transporte público y atención médica, y donde el aislamiento social es imposible por el tamaño de sus viviendas versus la cantidad de personas que habitan en las mismas. En la semana epidemiológica 46 (8 al 14 de noviembre de 2020) comenzó el incremento de casos en niños con una cantidad máxima de 54 casos, fue del 13 al 19 de diciembre de 2020 (Samaniego, 2021, p. 4A).

La tercera ola de la pandemia en Panamá inició a mediados de mayo, comenzando junio de 2021 y se extendió hasta septiembre del mismo año, la primera señal que emitió “fue el incremento sostenido de contagiados, superando los 3 mil” casos confirmados por semana durante cuatro semanas consecutivas (Samaniego, 2021, p. 4A). “Presentó el mayor número de muertes, se reportó entre el 25 y el 31 de julio, alcanzando 73 decesos esa semana epidemiológica” (Arcia Jaramillo, 2021, p. 3A).

En agosto del mismo año, las autoridades reimplantaron restricciones a la movilidad, especialmente en las noches y los domingos, en gran parte del territorio nacional, que posteriormente fueron levantadas y flexibilizadas en varios puntos del país a medida que avanzaba el proceso de vacunación.

En el año 2021, llegaron a fallecer en promedio unas 72 personas por día en el país.

En la tercera semana de septiembre de 2021, se reportaron en Panamá, “4 mil 199 casos activos de COVID-19, una estadística no observada desde mediados de abril de 2021”, según informes del Ministerio de Salud. Sin embargo, también registraron “una disminución de casos activos en la región metropolitana” (Arcia Jaramillo, 2021, p. 5A).



A fines de diciembre de 2021, el MINSA confirmó que el país atravesaba por una cuarta ola de COVID-19, tras la llegada de la variante ómicron, que provocó un alza acelerada de contagios (Arcia Jaramillo, 2021, p. 3A).

Estos contagios de la enfermedad “experimentaron un exponencial incremento entre diciembre de 2021 y enero de 2022. La positividad de las pruebas se multiplicó por 7 al pasar de un 3,5% a un 37%. A diario se realizaban 35 mil pruebas, de las cuales cerca de 12 mil salieron positivas”. El 60% de los casos fueron por la variante ómicron proveniente de Sudáfrica (Testa, 2022, p. 4A).

El 28 de marzo de 2022, luego de una mejora en los indicadores, se flexibilizaron las medidas de restricción como el uso de la mascarilla en espacios abiertos o al aire libre dejó de ser obligatorio siempre y cuando se pueda mantener la distancia física de al menos 1 metro entre las personas (Gordón, 2022, p. 2A).

Se dio un incremento de contagios de COVID-19 en Panamá durante la primera semana de mayo de 2022 lo que evidenció el inicio de una quinta ola pandémica, según las autoridades sanitarias.

A mediados de junio de 2022, la ocupación hospitalaria se mantenía constante y a pesar de que había un incremento en sala de hospitalización, se dio un descenso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En la mitad del mes de noviembre de 2022, el MINSA anunció en cadena nacional a través de medios, escritos, televisivos, radiales y online, que el país se encontraba en la sexta ola de la pandemia, ya que los casos y las defunciones estaban en aumento.

Directivos del MINSA informaron en medio de esta sexta ola, que no tenían contempladas restricciones por motivo de celebraciones de fiestas de fin de año, pero que tenían presente que aumentarán los casos de contagio y recordaron a la población las medidas de bioseguridad.

Cuando la positividad se mantuvo por debajo del 5%, factor que la Organización Mundial de la Salud (OMS) fija para indicar que la pandemia está entrando a una fase control, los expertos empezaron a hablar de la conversión de pandemia a endemia, para los siguientes meses contemplando otros factores.

Los expertos en temas de salud coinciden en que el COVID-19 se quedará y formará parte de las enfermedades endémicas como el resfriado común.

Las diferentes variantes del virus

Durante la pandemia por el país circularon casi todas las variantes de predominio y preocupación: alfa, beta, gamma, mu, lambda, delta y ómicron (Vigil-De Gracia, 2022, p. 6A). El mes de marzo de 2021 se convirtió en el mes donde más variantes se detectaron, entre las que se mencionó: "Gamma (P.1 de Brasil), Alfa (B.1.1.7 del Reino Unido), Lambda (C.37 de Perú) y Mu" (Samaniego, 2022, p. 6A).

"La variante delta causó muchos casos y muertes en el mundo, en Panamá fue muy diferente y posiblemente porque ingresó en el momento que descendía la tercera ola en agosto 2021" (Vigil-De Gracia, 2022, p. 6A).

Según los expertos de la Organización Mundial de la Salud, la variante delta "su transmisión es 100 veces superior a la variante original, tiene una mayor capacidad para replicarse y su carga viral es mil veces superior al linaje original." La circulación de la variante de delta se identificó en un 20% de los casos en agosto de 2021, por el Instituto Conmemorativo Gorgas para Estudios de la Salud (ICGES), y en julio fue 6.7%, estos datos fueron secuenciados por los científicos del Departamento de Investigación en Genómica y Proteómica del ICGES. El linaje de la variante Mu fue el predominante en junio de 2021 y según los primeros estudios sugerían que su transmisión tenía menor facilidad que la delta (Samaniego, 2022, p. 6A).

Ómicron llegó al país en diciembre de 2021, mientras estaba en aumento la cuarta ola, desplazó a la variante delta y generó la ola de más casos nuevos en Panamá hasta ese mes desde el inicio de la pandemia (Vigil-De Gracia, 2022, p. 6A).

"Panamá fue el país centroamericano que más secuenciación genómica del virus SARS-CoV-2 realizó, y uno de los que más secuenció si se le comparaba con países suramericanos", fueron las afirmaciones de Arturo Rebolón, epidemiólogo y especialista en salud pública, en una entrevista al diario La Prensa (Samaniego, 2022, p. 6A).

"En un principio, los expertos establecieron que la variante ómicron era mucho más contagiosa que la delta porque una persona tenía la capacidad de infectar entre 3 y 5, sin embargo, era menos severa" (Testa, 2022, p.4A). Esta variante del SARS-CoV-2 es cuantiosamente contagiosa, mucho más que alfa y delta, que eran ya más contagiosas que el virus que se detectó en China, afirmó Néstor Sosa, médico especialista en enfermedades infecciosas, en una columna de opinión publicada en el diario La Prensa (Sosa, 2022, p. 6A).



Pruebas COVID clínicas o caseras

Los periódicos recogieron la necesidad de que las pruebas caseras que se realizaran fueran aprobadas por el MINSA y registradas. Otro tema del que se hicieron eco los medios fue el supuesto cobro de los hisopados en instituciones públicas y la supuesta compra directa de pruebas COVID.

Hubo un debate entre el MINSA y el MEDUCA donde se estudiaba la posibilidad de utilizar pruebas autorrealizables en las escuelas, sin embargo, solo se implementaron medidas de bioseguridad.

Promoción de las vacunas

La información tanto en entrevistas, informes y pautas publicitarias, fueron un gran empuje para promocionar la jornada de vacunación, así como proporcionar las fechas claves de la llegada de cada lote de vacunas.

La insistencia constante de los médicos en sus columnas de opinión, así como la continua información del avance de cada fase de la vacunación y la evidencia científica proporcionada, lograron una tranquilidad y aceptación de estas vacunas gratuitas en la población.

La tecnología también jugó un papel clave en esta campaña, ya que la Autoridad Nacional para la Innovación Gubernamental (AIG) creó una plataforma de registro y secuencia de las vacunas. Primeramente, permitió a los ciudadanos con acceso a internet (teléfono celular, tableta o computadora), crear su perfil, registrarse y que esta plataforma le indicara su fase de vacunación. Así mismo, el usuario pudo ver qué marca de vacuna le fue administrada tras la dosis y el lote al que pertenecía. Un factor bien visto por la población fue el despliegue de las fuerzas de seguridad del país para custodiar la llegada y traslado de las vacunas desde el Aeropuerto Internacional de Tocumen.

Fases de vacunación primero en adultos mayores e infantes

El 4 enero de 2021 en cadena nacional y que posteriormente fue replicada en los medios impresos, el gobierno nacional anunció que entre el 18 y 25 de enero llegaban las primeras 40 mil dosis de la vacuna Pfizer para iniciar el proceso de inmunización en el país con adultos mayores. El anuncio se hizo en un contexto de incertidumbre ante la ausencia de una fecha precisa de la llegada de las vacunas (Coriat, 2021, p. 3A).

El primer lote fue de 12 mil 840 dosis de la vacuna contra la COVID-19, fabricada por Pfizer-BioNTech, que llegaron a Panamá a las 12:29 a.m. del miércoles 20 de enero de 2021, cumpliendo con las fechas previamente

proporcionadas por las autoridades gubernamentales (Samaniego, 2021, p. 1A-portada).

El total de la compra de vacunas con la farmacéutica Pfizer fue de 3 millones 75 dosis que se fueron recibiendo de forma progresiva durante el año. En el caso de la vacuna Pfizer, se destinaron \$36,000,900 millones de dólares para la compra de 3,000,075 dosis de la vacuna a Pfizer, equivalente a un precio por dosis de unos \$12.00 (Vásquez, 2021, p. 3A).


El gobierno nacional destinó en un principio \$55 millones 200 mil, repartidos en acuerdos de compra con tres farmacéuticas, de forma bilateral, y con el mecanismo multilateral COVAX para la compra de las dosis de vacunas. Posteriormente, el monto aumentó a 104.4 millones para la compra de 9.2 millones de estas dosis durante la pandemia (Samaniego, 2021, pp. 1A - portada y 3A).

La primera negociación para la adquisición de vacunas Covid-19 se dio en el mes de octubre de 2020.

La jornada de vacunación inició con 450,00 dosis destinadas a 225 mil personas, en su fase 1A con personal de salud y personal de apoyo en primera línea, en el sistema público y privado, adultos mayores encamados, en asilos y casas hogares, mientras que la fase 1B fue destinada para trabajadores de la salud no priorizados en la Etapa 1A, del sistema público y privado, grupos esenciales en primera línea, tales como: Fuerza Pública, Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC), Bomberos y Cruz Roja, entre otros. Así como la población mayor de 16 años con discapacidad certificados en la Secretaría Nacional de Discapacidad (SENADIS) hasta el 31 de diciembre de 2020 y encamados; y la Autoridad de Aseo, según información proporcionada en las pautas de comunicados de prensa y gráficas sobre las fases de vacunación.

La fase 2 de vacunación constó de 1 millón 92 mil dosis destinadas para 546 mil personas, entre ellas, en su fase 2A a adultos mayores de 60 años y pacientes con enfermedades crónicas. Mientras que la fase 2B fue para docentes y administrativos de escuelas y universidades públicas y privadas, y personal de los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPIS).

La fase 3 correspondió a 300 mil dosis para 300 mil personas pertenecientes a pueblos originarios y de difícil acceso en su fase 3A, y en la fase 3B para la población en ocupaciones de riesgo tales como: aeropuertos, aduanas, migración, conductores del transporte público y carga, así como a personas privadas de libertad. La cuarta fase fue de 1 millón 112 mil 410 dosis para 556 mil 205 personas con edades entre 16 a 59 años sin enfermedades crónicas, así como la población en general.



En medio de la jornada de vacunación contra la COVID-19 en la provincia de Veraguas, se dieron denuncias por irregularidades, en la que el ministro de Salud, Luis Sucre, anunció sanción enérgica a los funcionarios de la dirección Regional de Salud de llegarse a comprobar. Las supuestas irregularidades fueron de la alteración del orden listado para la colocación de la vacuna Pfizer en esta región sanitaria del país (Hernández, 2021, p. 2A).

Otra de las denuncias durante la jornada, fue la demora en el inicio de la vacunación de la fase 2A, donde los adultos mayores tuvieron que esperar entre media hora a 2 horas aproximadamente hasta que llegó el personal de salud a colocar la vacuna (Arcia Jaramillo, 2021, p. 5A).

Al 17 de septiembre de 2021, en Panamá, “se habían aplicado 5 millones 323 mil 318 dosis de la vacuna contra la COVID-19”, según el informe del Programa Ampliado de Inmunización. De este total, 4 millones 578 mil 921 dosis son de Pfizer/BioNTech y 744 mil 397, de AstraZeneca/Universidad de Oxford (Díaz, 2021, p. 5A).

Según información del MINSA, al 22 de diciembre de 2022, se habían aplicado 8 millones 688 mil 567 dosis de vacunas a 3 millones 518 mil 414 personas. De ese grupo 3 millones 162 mil 983 personas estaban completamente vacunadas.

Un hecho que empañó el proceso de inmunización fue la vacunación clandestina en Coco del Mar, la cual fue dada a conocer mediante una investigación periodística de Flor Mizrachi, del periódico La Prensa (La Prensa, 2021, p. 2A).

Educación. Llamado para el regreso presencial a las clases. Medidas de bioseguridad para un regreso seguro

En el año 2020 debido a la pandemia, los estudiantes de escuelas públicas asistieron solo la primera semana de clases de manera presencial, luego del anuncio por parte del presidente Laurentino Cortizo sobre las medidas de restricción de movilidad. A mediados del mes de julio de 2020, en el país comenzó de manera efectiva el año escolar en la modalidad a distancia, sin embargo, el 8% de la matrícula oficial no accedió a clases virtuales.

En el sector público, el Ministerio de Educación (MEDUCA) informó que en todo el país cerca de 46 mil estudiantes no pudieron ser localizados para el acceso a estas clases virtuales. Uno de los mayores inconvenientes para el acceso a clases fue la falta de dispositivos como celulares inteligentes, tabletas o computadoras o por no contar con acceso a internet. Otro factor fue la carencia de servicio eléctrico, radio o televisión en comunidades. Un gran grupo de estudiantes pudo contar con los módulos educativos, los

dispositivos y la conexión, pero no tuvieron interacción o realimentación con sus docentes. Muchas de las escuelas “brindaban otros servicios de gran valor para los niños y sus familias, como alimentación escolar, controles de salud, atención psicosocial y entornos de protección que no se recibieron debido a las restricciones para reducir los contagios del virus”. “Antes de la pandemia, 3 de cada 10 adolescentes entre 12 y 14 años no estaban matriculados en educación Premedia, y 5 de cada 10 entre 15 y 17 años no estaban matriculados en educación media” (Testa, 2020, p. 3A). Panamá mantuvo las escuelas cerradas durante 211 días a causa de la llegada del COVID-19 al país. La preocupación de los organismos internacionales se hizo notar (Testa, 2021, p. 2A).

El Ministerio de Educación optó por la medida de mantener las clases virtuales en el año escolar 2021, a pesar de diversas solicitudes de la población para el reintegro presencial a clases.

Diecinueve organizaciones nacionales e internacionales pidieron al MEDUCA que se abrieran de forma segura las escuelas, para evitar que aumentara la exclusión educativa. La solicitud fue realizada por la Unión de Colegios Particulares y asociaciones de padres de familia, en un principio y posteriormente se unieron más organizaciones. El llamado que le hicieron al MEDUCA fue de una reapertura gradual y segura, “para mejorar el acceso y calidad de la educación y garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes” (Arcia Jaramillo, 2021, p. 3A).


Mientras las asociaciones hacían la solicitud, el MEDUCA ponía en marcha un plan piloto para la educación semipresencial.

En medio de la pandemia, MEDUCA empezó la restauración de los centros educativos, algunos de los cuales sirvieron de sede para la jornada de vacunación.

El calendario escolar en el país se normalizó a partir del 7 de marzo de 2022 hasta diciembre. Las clases fueron otra vez presenciales, pero cumpliendo protocolos de bioseguridad y solicitando a los padres que vacunaran a sus hijos.

Compra de medicamentos y el desabastecimiento

En plena pandemia, se incrementó el desabastecimiento de medicamentos en los hospitales y policlínicas de la Caja de Seguro Social, lo que llevó a que se realizaran una serie de licitaciones; sin embargo, las certificaciones sanitarias de la Administración de Alimentos y Drogas de Estados Unidos (FDA) y de la Agencia Europea de Medicamentos (EMMA) que son exigidas



por la Caja de Seguro Social (CSS), en una licitación de \$160 millones de dólares, contravenían la Ley No. 1 de medicamentos de 10 de enero de 2001.

La existencia de la Resolución No. 1655 de 14 de diciembre de 2015, del Ministerio de Salud, sobre la legalidad de los requisitos exigidos en las compras de la institución, en el primer párrafo prohíbe a las instituciones públicas solicitar requisitos extraordinarios para la compra de medicamentos que no se contemplen en la ley y demás normas vigentes. Dicho documento establece que las instituciones públicas que contemplen requisitos que contravengan la ley de medicamentos pueden resultar en la dilación de la compra y, por tanto, ponen en riesgo la salud pública porque pueden provocar desabastecimiento. En un tercer punto, el documento advierte a las instituciones que deben ser garantes del cumplimiento de la aplicación de la Ley 1 de medicamentos, porque no aplicarla podría traer consecuencias. Posteriormente, se mantuvieron reuniones para modificar esta ley.

En septiembre de 2021 fueron aprehendidos e imputados con cargos penales un grupo de personas que pertenecían a una red que hurtaba insumos del Hospital de Especialidades Pediátricas de la Caja de Seguro Social (CSS) y de la policlínica Blas Gómez, en Arraiján, con el fin de venderlas a farmacias y comercios particulares, según una investigación. Los cargos que les imputaron fueron por la supuesta comisión de los delitos de peculado, asociación ilícita para delinquir y hurto. Según la fiscalía, esta red sacaba los equipos e insumos médicos de los depósitos aparentando que eran requeridos para clínicas y establecimientos de la Caja de Seguro Social (La Prensa, 2021, 18 septiembre, p. 5A).

Licitaciones para la mejora de hospitales, atención de otras enfermedades distintas al COVID-19

Las licitaciones rápidas para mejorar los hospitales y la creación de Hospitales COVID, se dieron durante el período de pandemia para poder atender la cantidad de hospitalizaciones en sala hospitalaria y en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Las instalaciones fueron habilitadas a partir del 26 de marzo del 2020 debido al gran número de pacientes contagiados de COVID-19. Solo en ese período ingresaron aproximadamente 23 mil pacientes con el virus en hoteles y albergues en 24 instalaciones habilitadas. A agosto de 2022, debido a la poca demanda, dejaron de estar habitados, según un informe del Ministerio de Salud. Sin embargo, el hospital ubicado en Amador siguió funcionando (Cárdenas, 2022, p. 4A).

Paralelamente, el gobierno nacional estuvo conversando sobre la licitación del nuevo Instituto Oncológico Nacional, donde los pacientes están hacinados hasta en los pasillos. Al 31 de diciembre de 2022, aún no se había licitado. La reestructuración de la Ciudad de la Salud también fue un tema de la agenda gubernamental.

En el caso del Instituto Oncológico, su construcción es necesaria desde el punto de vista social, pero representa una gran deuda que comprometería los recursos de los próximos dos gobiernos (Arcia Jaramillo, 2022, p. 4A).


Según el doctor Rafael Araúz, coordinador médico del Centro Oncológico Paitilla, las medidas de restricción de movilidad para evitar aglomeraciones y contagios incitaron “la reducción y el retraso de las citas médicas para la atención preventiva y sintomática en pacientes con cáncer, las cuales desempeñan un papel determinante en el proceso de seguimiento, diagnóstico y prevención”, lo que podría desencadenar un aumento en casos de cáncer (Pérez, 2021, p. 4B).

Estuvo nuevamente en la agenda informativa otras enfermedades que estaban marcando en los indicadores como dengue, VIH, hipertensión, leishmaniasis, cáncer y el virus de la viruela símica, donde los periodistas que redactaron las noticias hablaban de desabastecimiento de medicamentos, repunte de pacientes y prevención, haciendo un llamado tanto a la población como al sector de la salud.

Endeudamiento del Estado para hacer frente a la pandemia versus el crecimiento lento del PIB

“El manejo de las finanzas públicas fue uno de los principales focos en las dos últimas transiciones de administraciones gubernamentales. Aumentos sustanciales del endeudamiento público, pagos heredados de obras ya ejecutadas o cuentas arrastradas por años y no estar registradas debidamente son algunos de los reproches que se dedicaron los gobiernos entrantes a sus predecesores”. Así lo dio a conocer el periodista Roberto González-Jiménez en el reportaje “Deuda registra mayor alza durante gestión de Cortizo” publicado el 6 de enero de 2021 en La Prensa (González-Jiménez, 2021, p. 1B).

En el análisis de las publicaciones durante el período de abril 2021 a diciembre 2022, se reflejó información que el 30 de junio de 2019 (un día antes de que la administración de Cortizo asumiera el cargo), el saldo de la deuda pública era de \$26,612.4 millones y que tres años después (González-Jiménez 2022, 1B), esa cifra se había elevado a \$43,175.3 millones, según la Dirección de Financiamiento Público del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (Ibid.).



Estos datos se dieron a conocer mientras en el país se daba una ola de protestas ciudadanas por el alto costo de la vida, la corrupción y el manejo de los fondos públicos.

El tema de la deuda pública versus el Producto Interno Bruto fue detectado en varias publicaciones. Las restricciones a la actividad económica y a la movilidad de los ciudadanos provocaron una fuerte contracción de la economía. “El saldo de la deuda pública tuvo un aumento interanual de \$3,413 millones a agosto de 2022, según refleja el reporte de la Dirección de Financiamiento Público del Ministerio de Economía y Finanzas”. “Para el Ministerio de Economía y Finanzas el crecimiento de la deuda pública, como su relación con el PIB, se está reduciendo de forma significativa en la medida en que la economía del país se recupera del impacto de la pandemia y de la invasión de Rusia a Ucrania, y del alza del precio del petróleo” (Jordán, 2022, pp. 1A - portada y 1B).

En la encuesta Ciudadanía y Derechos 2021, Panamá antes y después de la pandemia, un estudio del Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales (CIEPS), marcó que “la corrupción encabeza la lista de los principales problemas del país (23.1%), por encima de la inseguridad, que había ocupado el primer lugar en 2019. En segundo lugar, está el desempleo (18.1%), y en tercer puesto figura la educación (12.8%). La inseguridad (12.5%) está en cuarto lugar” (Morales, 2022, p. 2A).

La lenta reactivación comercial, cese de las medidas de bioseguridad

De acuerdo con el corpus de noticias analizado, la reactivación comercial se dio de manera lenta, pero los levantamientos de las restricciones dieron esperanza a los distintos comercios para mover la economía.

El esfuerzo de reactivar la actividad comercial representó que el gobierno nacional flexibilizara las medidas de restricción a medida que avanzaba el proceso de vacunación, entre ensayo y error, ya que no existía un método certificado para hacerlo. Según Javier Nieto, infectólogo que formó parte del Comité Científico Asesor de COVID-19 “se trataba de un enemigo invisible que obligaba a tomar decisiones con base en la limitada evidencia y el sesgo histórico de las pandemias pasadas producida por los virus de la influenza” (Samaniego, 2021, p. 4A).

Sin embargo, en cada eliminación de restricciones, llegaba una nueva ola de COVID-19 con diversas variantes.

Según el gremio de restaurantes y afines, de los 6 mil restaurantes que conformaban el sector, la mitad sobrevivió a la pandemia, se perdieron miles de empleos (Coriat, 2021, p. 4A).

A partir del 14 de enero de 2021, en los lugares de culto religioso se permitió un máximo de 25 personas o en su defecto, el 25% del aforo, cumpliendo con el toque de queda de lunes a viernes y la cuarentena total de los fines de semana.

Posteriormente, se reanudaron las actividades del comercio al por menor con modalidad presencial, así como las salas de belleza y barberías, y los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI); mientras que el 15 de febrero reanudaron actividades los lava autos, sastrerías y zapaterías, industrias creativas y culturales, academias de música, arte y danza, restaurantes, de manera presencial con el uso de mamparas, acrílicos y protocolo de bioseguridad.

El sector privado de la economía jugó un papel importante en la reactivación. En enero de 2022, La Comisión Organizadora de Exposiciones y Eventos de la Cámara de Comercio, Industrias y Agricultura de Panamá (CCIAP) decidieron realizar sus exhibiciones comerciales: EXPOCOMER, Expo Logística y Expo Turismo como un mecanismo para hacer negocios y reactivar la economía a partir de marzo de 2022. Registraron transacciones de aproximadamente 127.7 millones de dólares.

En una nota publicada por la periodista Yolanda Sandoval, el 25 de septiembre de 2022, informó cómo aumentó la economía nacional mediante la reactivación de las actividades comerciales. Entre enero y julio de 2022, el índice de actividad económica de Panamá aumentó de 11.86%, comparado con el mismo período del año 2021, según cifras del Índice Mensual de Actividad Económica (IMAE), del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). En julio de 2022, se registró una variación inferior al 27.84% registrado doce meses atrás. De acuerdo con este análisis de IMAE, a pesar de las protestas de grupos populares y gremios de trabajadores en todo el país varias actividades económicas fueron favorecidas. La restauración de las reexportaciones en toneladas métricas de la Zona Libre de Colón y la industria de la construcción también tuvo resultados favorables. Los sectores que mostraron tasas acumuladas negativas fueron: la industria pesquera, el sector minero y la generación de electricidad térmica (Sandoval, 2022, p. 1B).

Desempleo, contratos suspendidos y el trabajo informal

Por motivo de las medidas adoptadas en Panamá en pandemia, los contratos de alrededor de 284 mil trabajadores de más de 20 mil empresas en toda la república fueron suspendidos, según el registro del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral (MITRADEL) (Jordán, 2021, p. 1A-portada y 1B).

En el año 2020, hasta febrero, la Asociación de Restaurantes y Afines de Panamá (ARAP), contaba con 18 mil empleados, pero debido a la pandemia perdieron alrededor de 5 mil, según MITRADEL. Posteriormente, tras el levantamiento de algunas medidas de restricción para la reactivación comercial, hasta septiembre de 2021, habían restablecido entre 7 a 8 mil contratos. A esa misma fecha, los restaurantes tenían un 70% o 60% de su personal funcionando, incluso menos.

El crecimiento económico y la reapertura comercial crearon un impacto positivo en el empleo, logrando un gran aumento, pero también aumentó la informalidad: “El país no solo está generando 41% menos de empleos formales, sino que tiene cinco veces más informales que antes de la pandemia” (Ibid.).

Entre marzo de 2019 a abril de 2020, la Caja de Seguro Social informó que había dejado de percibir más de \$460 millones en cuotas obrero patronal a causa de la pandemia, debido a la reducción de jornada, la suspensión de contratos y los despidos, según estimados del MITRADEL (Sandoval, 2021, p. 1A - portada).

“En octubre de 2021 había 677 mil 875 empleos informales, mientras que para abril de 2022 la cifra se ubicó en 737 mil 922. Esto significa que la informalidad atrapó a 48.2% de la población ocupada no agrícola de todo el país”, según el Instituto de Estadísticas y Censo (INEC) (Sandoval, 2022, p. 1B).

En una encuesta sobre el mercado laboral publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Censo en 2021, la población desocupada es de 222,080 personas (Sandoval, 2022, p. 1B). La Contraloría General de la República detalló que la informalidad pasó a representar un 48.2%, en abril de 2022, aumentando 0.6% si se toma en cuenta que, en octubre del año 2021, la cifra era de 47.6% (Redacción La Prensa, 2022, p. 2A).

Al 31 de diciembre, tras el análisis económico de la situación, Panamá cerró el año con la siguiente información: \$45,136.4 millones como saldo de la deuda pública al mes de noviembre de 2022, adicional a \$74,000 millones (Sandoval, 2022, p. 1B).

Conclusiones

Al cierre de este proyecto de investigación, septiembre 2023, el país espera superar la crisis y que se logre una mejora significativa en la economía general de Panamá, en especial la de su población. Se demostró, mediante el impulso de la Autoridad de Innovación Gubernamental (AIG), que la tecnología juega un papel importante no sólo para comunicarse, sino también para gestionar y acelerar los procesos burocráticos en las distintas instituciones.

Tras el análisis de los 21 meses de noticias COVID-19 en los periódicos La Estrella de Panamá y La Prensa, se pudo llegar a las siguientes ponderaciones generales, con base en noticias, artículos, entrevistas, reportajes y pautas gubernamentales publicadas en estos dos medios impresos: el país atravesó por situaciones nunca vistas, desde el sector salud, el laboral y el económico, poniendo en una colaboración única a los tres poderes del Estado, Legislativo, Ejecutivo y Judicial. A la vez, la población puso de su parte al acatar las medidas restrictivas y de inmunización, lográndose vacunar en el cuadro completo que al momento era de 3 dosis, al 73.5% de la población con edad permitida para vacunarse.

El tema económico dejó grandes deudas al país e hizo estragos en la población más vulnerable que, pese a beneficiarse del Programa Panamá Solidario, no logró reponerse por completo. Continúa el alto índice de desempleo en el país, incluso después de la reactivación comercial completa y la eliminación de restricciones, además de una gran afectación a las arcas de la Caja de Seguro Social.

En términos generales, los medios de comunicación fomentaron la tranquilidad en la población, haciéndose eco de los comunicados del gobierno nacional e investigando con fuentes expertas para generar credibilidad y consistencia en la información proporcionada por el gobierno.

Referencias

Cantidad de casos de COVID-19 y olas de contagios

- ❖ Arcia Jaramillo, O. (18 de noviembre de 2020). Panamá, cuarto país que más pruebas realiza. La Prensa.
- ❖ Arcia Jaramillo, O. (9 de octubre de 2021). Tercera ola ocasionó más muertes durante la última semana de julio. La Prensa.
- ❖ Arcia Jaramillo, O. (7 de enero de 2021). La COVID-19 mantiene su fuerza pese a reducción del Rt. La Prensa.
- ❖ Arcia Jaramillo, O. (8 de enero de 2021). Una segunda ola más grande de lo esperado. La Prensa

- ❖ Arcia Jaramillo, O. (18 de septiembre de 2021). Disminuyen los casos activos; FDA se pronuncia sobre la tercera dosis. La Prensa.
- ❖ Arcia Jaramillo, O. (25 de diciembre de 2021). Los científicos apelan a la responsabilidad ciudadana. La Prensa.
- ❖ Gordon, I. (26 de marzo de 2022). Panamá elimina uso obligatorio de la mascarilla en espacios abiertos. Estrella de Panamá.
- ❖ Samaniego, A. (11 de enero de 2021). La pandemia, atrincherada en Panamá y Panamá Oeste. La Prensa.
- ❖ Samaniego, A. (28 de diciembre de 2020). La peor semana de Panamá desde el inicio de la pandemia. La Prensa.
- ❖ Samaniego, A. (11 de enero de 2021). Repunte de casos de COVID-19 se extiende a la población infantil. La Prensa.
- ❖ (8 de junio de 2021). Indicadores emiten señales de una tercera ola de la COVID-19. La Prensa.
- ❖ Testa, M. (1 de febrero de 2022). La cuarta ola de la pandemia podría haber alcanzado su pico. La Estrella de Panamá.

Las diferentes variantes del virus

- ❖ Sosa, N. (9 de enero de 2022). La sorprendente metamorfosis del SARS-CoV-2. La Prensa.
- ❖ Vigil-De Gracia, P. (6 de abril de 2022). Quinta ola de Covid-19 en Panamá. La Prensa.
- ❖ Samaniego, A. (16 de septiembre de 2022). Variante Delta gana terreno; Mu es la dominante en Panamá. La Prensa.
- ❖ Fases de vacunación en adultos mayores e infantes
- ❖ Arcia Jaramillo, O. (5 de marzo de 2021). Esperanza y fatiga durante el plan piloto de inmunización. La Prensa.
- ❖ Coriat, A. (5 de enero 2021). MINSA pone fin a 'especulaciones'; primeras 40 mil dosis de la vacuna llegarán en enero. La Estrella de Panamá.
- ❖ Hernández, E. (21 de febrero de 2021). Sancionarán a funcionarios que vulneren campaña de vacunación. La Estrella de Panamá.
- ❖ Mizrachi, F. (8 de junio de 2021). Centro oculto de vacunación anticovid, al descubierto. La Prensa.
- ❖ Samaniego, A. (20 de enero de 2021). Primeras 12,840 dosis de la vacuna están en el país. La Prensa.
- ❖ Samaniego, A. (2 de mayo de 2021). Panamá destina \$104.4 millones para la compra de vacunas de Covid-19. La Prensa.
- ❖ Vásquez, R. (11 de enero de 2021). El costo aproximado de la vacuna Pfizer es de 12 dólares. La Prensa.

Educación. Llamado para el regreso presencial a las clases. Medidas de bioseguridad para un regreso seguro

- ❖ Arcia Jaramillo, O. (5 de marzo de 2021). Crecen voces a favor de la reapertura de las escuelas. La Prensa.
- ❖ Arcia Jaramillo, O. (11 de marzo de 2022). Nuevo Instituto Oncológico costará \$434.8 millones. La Prensa.
- ❖ Cárdenas, H. (7 de agosto de 2022). Hospitales y albergues para pacientes COVID fueron cerrados. La Prensa.
- ❖ Díaz, J. (18 de septiembre de 2021). Imputan a 12 personas por sustraer insumos de la CSS; seis son funcionarios. La Prensa.
- ❖ Pérez, Y. (2 de febrero de 2021). La pandemia podría incrementar los diagnósticos oncológicos. Estrella de Panamá.
- ❖ Testa, M. (20 de noviembre de 2020). El 8% de la matrícula oficial no accedió a clases virtuales. Estrella de Panamá.
- ❖ Testa, M. (4 de marzo de 2021). Panamá se enfrenta al cierre de escuelas más largo del mundo. Estrella de Panamá.

Endeudamiento del Estado para hacer frente a la pandemia versus el crecimiento lento del PIB


- ❖ González-Jiménez, R. (6 de enero de 2021). Deuda registra mayor alza durante gestión de Cortizo. La Prensa.
- ❖ González-Jiménez, R. (20 de julio de 2022). Deuda llega a \$43,175 millones. La Prensa.
- ❖ Jordán, W. (21 de septiembre de 2022). Saldo de la deuda pública subió a \$43 mil millones, hasta el 31 de agosto. La Prensa.
- ❖ Morales, E. (10 de marzo de 2022). Estudio: así cambió Panamá a consecuencia de la pandemia. La Prensa.

La lenta reactivación comercial, cese de las medidas de bioseguridad

- ❖ Coriat, A. (8 de agosto de 2021). Domingo de Obaldía: 'Lo del financiamiento a los restaurantes quedó en retórica'. Estrella de Panamá.
- ❖ Samaniego, A. (9 marzo de 2021). Un año después de la pandemia en Panamá: lo bueno y lo malo. La Prensa.
- ❖ Sandoval, Y. (25 de septiembre de 2022). Índice de actividad económica registró crecimiento de 11.8% hasta el mes de julio. La Prensa.

Desempleo, contratos suspendidos y el trabajo informal

- ❖ Jordán, W. (29 septiembre de 2021). Empresas con fecha tope para reactivar contratos. La Prensa.
- ❖ Linares, J. (28 de mayo de 2022). La realidad del desempleo en Panamá. La Prensa.

- 
- ❖ Redacción La Prensa. (17 de septiembre de 2022). Impulsan programa de empleo para 1,600 jóvenes universitarios. La Prensa.
 - ❖ Sandoval, Y. (7 de mayo de 2021). La CSS deja de percibir \$460.7 millones por la crisis laboral: MITRADEL. La Prensa.
 - ❖ Sandoval, Y. (27 de junio de 2022). Complejo escenario laboral. La Prensa.
 - ❖ Sandoval, Y. (27 de mayo de 2022). Empleo formal está en fase crítica. La Prensa.
 - ❖ Sandoval, Y. (31 de diciembre de 2022). La carta económica del 2023. La Prensa.

MIEMBROS DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN DEL PROYECTO SENACYT PFID-FID-2021-31

Dra. Carmen G. Solano Villanueva **Investigadora Principal**

Doctora en Ciencias de la Información por la Universidad Complutense de Madrid. Licenciada en Relaciones Públicas por la Universidad de Panamá. Posgrados en docencia universitaria y mediación. Sus intereses de investigación se ubican en la comunicación estratégica, publicidad estatal, evolución de los medios de comunicación social y RSE. Experiencia profesional en materia de comunicación social, docencia universitaria, investigación, género, comunicación comunitaria y capacitación.



Magtr. Gloris V. Trujillo Montenegro **Co Investigadora**

Comunicadora Social egresada de la USMA y Magíster en Publicidad y Relaciones Públicas de la Universidad de Alabama, Estados Unidos. Sus intereses de investigación incluyen teoría del encuadre, diversidad e inclusión, sostenibilidad y comunicación política. Experiencia profesional incluye liderazgo de estrategias de comunicación internas y externas en industrias como tecnología, salud, belleza, banca, finanzas, entre otras.





Dra. (c) Karen G. Abrego Montenegro
Co Investigadora

Máster en Medios, Comunicación y Cultura por la Universidad Autónoma de Barcelona donde cursa actualmente el programa de doctorado. Especialización en Docencia Superior y licenciatura en Producción Radial y Televisiva por la Universidad de Panamá. Experiencia profesional en comunicación participativa, monitoreo y análisis de contenidos mediáticos. Docente universitaria en producción radiofónica, locución y vocería.



Dra. (c) Claudia G. Figueroa Pino
Co Investigadora

Cursa actualmente el Doctorado en Ciencias de la Comunicación Social de la Universidad de Panamá. Magíster en Periodismo por la Universidad de Panamá. Licenciada en Periodismo y en Derecho y Ciencias Políticas. Intereses de investigación en problemas relacionados a los derechos de las audiencias de los medios de comunicación y a la alfabetización mediática, comunicacional e informacional. Docente de la Universidad de Panamá. Formadora en comunicación social y derechos humanos

Lic. Zulema Kant
Asistente de Investigación

Asesora en Comunicación con experiencia profesional en Relaciones Públicas, Mercadeo, Diseño Gráfico, BTL y Producción. Licenciada en Ciencias de la Comunicación Social con énfasis en Mercadotecnia por la Universidad Católica Santa María La Antigua. Estudios en Diseño Gráfico. Ha manejado clientes en Panamá, Centro América, Sur América y el Caribe.



Magtr. Rubén Rodríguez
Estudiante de Maestría

Máster en Administración de Empresas con Énfasis en Mercadotecnia de la Universidad Católica Santa María La Antigua. Por sustentar el Máster en Publicidad Estratégica y Creativa con Especialización en Medios Publicitarios de la Universidad de Panamá - CRUSAM. Participa como docente de grado, con cursos de marketing y publicidad en diversas universidades.



Lic. Nairobi Centeno
Estudiante de Maestría

Licenciada en Publicidad por la Universidad de Panamá. Por sustentar el Máster en Publicidad Estratégica y Creativa con Especialización en Medios Publicitarios de la Universidad de Panamá - Centro Regional Universitario de San Miguelito (CRUSAM). Gerente de Mercadeo en una cadena de veterinarias de cinco sucursales a nivel nacional





Anexos

Anexo No. 1 Normas legales aprobadas entre enero de 2020 y marzo de 2021-Pandemia COVID-19

	NORMAS	INSTITUCIÓN	TEMAS
1	Resolución No. 75 de 23 de enero de 2020 G.O. No. 28946-B	Ministerio de Salud	-Que ordena la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud en el marco de la alerta internacional de salud declarada por la OMS con relación al brote de nuevo coronavirus. -Declara la alerta verde sanitaria en todo el país a partir del 22 de enero de 2020.
2	Decreto Ejecutivo No. 64 de 28 de enero de 2020 G.O. No. 28950-B	Ministerio de Salud	-Establece que el MINSA tomará todas las medidas para prevenir y controlar la propagación del virus. -Establece que el MINSA es el único ente oficial autorizado para difundir información sobre el COVID. -Los medios difundirán de manera gratuita los mensajes del MINSA. -Establece que la CSS y el MITRADEL reconocerán el periodo de cuarentena como incapacidad y garantizarán los derechos laborales.
3	Resolución No. 6 de 28 de enero de 2020 G.O. No. 28950-B	Consejo de Gabinete	Declara de alto riesgo la amenaza de propagación del coronavirus, aprueba el uso de un millón de balboas y ordena a todas las instituciones que pongan todos sus recursos a disposición del MINSA.
4	Resolución No. 177 de 13 de febrero de 2020 G.O. No. 28963-A	Ministerio de Salud	Aprueba el formato de Consentimiento Informado ante el riesgo de coronavirus, que deberá ser firmado por las personas que ingresen al territorio nacional procedente de los países con transmisión del coronavirus y para los contactos de casos confirmados.
5	Resolución No. 233 de 2 de marzo de 2020	Ministerio de Salud	Crea la Comisión Multidisciplinaria para el Asesoramiento, dentro de los procesos de prevención y control de la enfermedad coronavirus.
6	Resolución No. 10 de 3 de marzo de 2020	Consejo de Gabinete	Que eleva a muy alta la amenaza de propagación del coronavirus (COVID-19) en el territorio nacional y autoriza la partida económica, pone todas las instituciones y funcionarios a disposición del MINSA.
7	Resolución No. 11 de 13 de marzo de 2020	Consejo de Gabinete	-Declara el Estado de Emergencia Nacional. -Autoriza 50 millones para contrataciones especiales por 180 días y autoriza al MEF para que solicite a la Asamblea la suspensión temporal de los límites de la deuda pública.
8	Decreto Ejecutivo No. 472 de 13 de marzo de 2020 Deroga la Resolución No. 305 de 12 de marzo de 2020	Ministerio de Salud	-Suspende todos los eventos que conlleven aglomeración de personas. -Suspende desembarco de cruceros de países afectados. -Declara obligación de permanecer en domicilio por 14 días y la obligación de permitir la entrada de las autoridades a las casas.
9	Decreto Ejecutivo No. 114 de 13 de marzo de 2020	Ministerio de Comercio e Industrias	Establece 23% como margen máximo de ganancias para los productos de limpieza por 3 meses.

	NORMAS	INSTITUCIÓN	TEMAS
10	Decreto Ejecutivo No. 489 de 16 de marzo de 2020 G.O. No. 28981-C	Ministerio de Salud Medios de comunicación: Radio, Tv, Tv por cable y medios impresos deben incrementar sus propagandas, programas a requerimiento del MINSA sin perjuicio de lo establecido en el Decreto No. 64 de 28 de enero de 2020	- Ordena el cierre de los locales de esparcimiento , recreación, deportivos, uso de áreas comunes residenciales y se prohíben las fiestas. - Se ordena la racionalización del agua , prohíbe operación de lava autos, actividades recreativas y riego de jardines. - Establece los retenes sanitarios . -Establece la vigilancia en las comunidades. - Establece medidas para las empresas privadas, funcionamiento de los supermercados, distanciamiento y aforo limitado en restaurantes, farmacias y bancos.
11	Decreto Ejecutivo No. 378 de 17 de marzo de 2020	Ministerio de la Presidencia	Establece medidas alternas de trabajo para los servidores públicos mayores de 60 años, embarazadas y otros.
12	Decreto Ejecutivo No. 490 de 17 de marzo de 2020 G.O. No. 28983-A	Ministerio de Salud	Establece el Toque de Queda en todo el territorio de 9:00 p.m. a las 5:00 a.m. , para todos excepto para los servicios esenciales.
13	Decreto Ejecutivo No. 499 de 19 de marzo de 2020	Ministerio de Salud	Que declara zonas epidémicas a las provincias de Panamá, Panamá Oeste y Colón y establece los cercos sanitarios.
14	Decreto Ejecutivo No. 500 de 19 de marzo de 2020	Ministerio de Salud	- Que ordenó el cierre temporal de establecimientos comerciales y empresas con excepciones esenciales. -También estableció el cerco sanitario en Cobre Panamá.
15	Decreto Ejecutivo No. 504 de 23 de marzo de 2020	Ministerio de Salud	-Obliga a las personas a cumplir con las medidas de aislamiento y cuarentena del MINSA (cuarentena de 14 días o hasta que el MINSA diga) y las respectivas multas de 50 a 100 mil balboas. -Además aprueba el Protocolo para la atención de personas en hoteles.
16	Decreto Ejecutivo No. 505 de 23 de marzo de 2020	Ministerio de Salud	- Amplía el toque de queda en todo el territorio de 5:00 p.m. a 5:00 a.m. establecido en el Decreto No. 490 de 2020.
17	Decreto Ejecutivo No. 506 de 24 de marzo de 2020	Ministerio de Salud	- Ordena la suspensión temporal de la industria de la construcción.
18	Decreto Ejecutivo No. 507 de 24 de marzo de 2020 G.O. No. 28987-B	Ministerio de Salud	- Amplió el toque de queda durante las 24 horas del día desde el 25 de marzo a las 5:01 a.m. -Estableció que para la adquisición de provisiones se debe movilizar una sola persona por familia, igual que para asistir a los centros de atención médica un máximo de 2 personas.
			- Prohíbe la venta de bebidas alcohólicas y ordena la suspensión de todos los términos administrativos.
19	Decreto Ejecutivo No. 513 de 27 de marzo de 2020	Ministerio de Salud	Modificó el Artículo 9 del Decreto No. 507, al ordenar la suspensión de todos los términos dentro de los procesos administrativos seguidos en las instituciones de gobierno.
20	Decreto Ejecutivo No. 400 de 27 de marzo de 2020	Ministerio de la Presidencia	Que crea el Plan Panamá Solidario.
21	Resolución No. 360 de 30 de marzo de 2020	Ministerio de Salud	- Restringe la movilidad de las personas por sexo y número de cédula o pasaporte para los extranjeros. Adultos mayores y personas con discapacidad de 11:00 a.m. a 1:00 p.m.

	NORMAS	INSTITUCIÓN	TEMAS
22	Ley No. 139 de 2 de abril de 2020	Ministerio de Salud	Aprueba medidas económicas y financieras de emergencia para afrontar la crisis, flexibiliza procesos de contratación, autoriza el uso de activos del Fondo Ahorro Panamá y fondos de la centralización por los municipios.
23	Decreto Ejecutivo No. 541 de 21 de abril de 2020	Ministerio de Salud	-Se amplía las excepciones de las personas que pueden operar durante la pandemia: abogados/das que realicen gestiones ante las entidades públicas de justicia, cooperativas y lavanderías.
24	Decreto Ejecutivo No. 605 de 30 de abril de 2020	Ministerio de Salud	-Que autoriza vuelos humanitarios para el retorno de panameños y residentes, para la salida voluntaria de los extranjeros que se encuentran en Panamá, así como para la entrada y salida de insumos médicos. Cada vuelo será aprobado previamente por el MINSA.
25	Decreto Ejecutivo No. 145 de 1 de mayo de 2020	Ministerio de Vivienda y Desarrollo Territorial	Que suspende todos los procesos de lanzamiento y desalojo de bienes inmuebles y dicta medidas sobre los arrendamientos, procesos de lanzamiento y desalojo.
26	Ley No. 152 de 4 de mayo de 2020 G.O. No. 29016-A	Asamblea Nacional	Que suspende el pago de los servicios públicos de energía, teléfonos, telefonía móvil e internet por 4 meses.
27	Resolución No. 399 de 5 de mayo de 2020	Ministerio de Salud	Que reactiva a las ferreterías, pero la atención es solo a distancia y de 8:00 a.m. a 12md.
28	Decreto Ejecutivo No. 612 de 8 de mayo de 2020 G.O. No. 29020-A	Ministerio de Salud	Que autoriza la venta de bebidas alcohólicas, 6 cervezas por persona o una botella de vino.
29	Resolución No. 405 de 11 de mayo de 2020 G.O. No. 29021-B	Ministerio de Salud	Por la cual se adoptan los lineamientos para el retorno a la normalidad de las empresas post-COVID-19 en Panamá.
30	Resolución No. 423 de 13 de mayo de 2020	Ministerio de Salud	Que autoriza la reactivación del primer bloque comercial: comercio electrónico al por menor, talleres de mecánicas, empresas de venta de repuestos, servicios técnicos y casas controladoras de plagas.
31	Decreto Ejecutivo No. 644 de 29 de mayo de 2020	Ministerio de Salud	Restablece el toque de queda de 7:00 p.m. a 5:00 a.m. y elimina las restricciones de movilización por sexo y número de identificación.
32	Resolución No. 453 de 29 de mayo de 2020	Ministerio de Salud	Que autoriza la reactivación del segundo bloque: industrias, construcción de infraestructura pública, minería no metálica, lugares de culto, deportes (sin contacto físico), parques al 25% de su capacidad.
33	Resolución No. 1420 de 1 de junio de 2020	Ministerio de Salud	Que ordena el uso obligatorio de mascarillas a toda persona en todo el territorio hasta que se acabe el riesgo de contagio.
34	Resolución No. 486 de 3 de junio de 2020	Ministerio de Salud	Establece cerco sanitario en Chiriquí Grande y otras comunidades de Bocas del Toro.
35	Resolución No. 491 de 5 de junio de 2020	Ministerio de Salud	Restringe la movilidad en Panamá y Panamá Oeste el 6 y 7 de junio.
36	Resolución No. 509 de 11 junio de 2020	Ministerio de Salud	Declara el cerco sanitario en la comunidad de Iber-Gun, Cristóbal, Colón.
37	Decreto Ejecutivo No. 730 de 18 de junio de 2020	Ministerio de Salud	Se autoriza la venta de bebidas alcohólicas en locales comerciales con permisos, al detal y en envases cerrados.
38	Decreto Ejecutivo No. 840 de 24 de junio de 2020	Ministerio de Salud	Que extiende por 15 días desde el 25 de junio la actividad de la construcción.
39	Resolución No. 584 de 24 de junio de 2020	Ministerio de Salud	Que permite la operación y movilización de las oficinas y profesionales de la contabilidad.

	NORMAS	INSTITUCIÓN	TEMAS
40	Ley No. 156 del 30 de junio de 2020	Asamblea Nacional	Estableció una moratoria para el pago de préstamos a bancos y cooperativas hasta el 31 de diciembre de 2020.
41	Decreto Ejecutivo No. 869 de 17 de julio de 2020	Ministerio de Salud	A partir de 17 de julio se establece el toque de queda para Panamá y Panamá Oeste de lunes a jueves de 7:00 p.m. a 5:00 a.m. Y cuarentena total de viernes a las 7:00 p.m. hasta el lunes a las 5:00 a.m. Los restaurantes y sus entregas a domicilio podrán trabajar hasta las 10:00 p.m.
42	Decreto Ejecutivo No. 873 de 23 de julio de 2020	Ministerio de Salud	A partir de 24 de julio de 2020, establece toque de queda para las provincias de Colón, Bocas del Toro y Chiriquí, de lunes a jueves de 7:00 p.m. a 5:00 a.m. y cuarentena total desde el viernes a las 7:00 p.m. hasta el lunes a las 5:00 a.m. En estas tres provincias, se mantienen las restricciones de movilidad por sexo.
43	Resolución No. 766 de 13 de agosto de 2020 G.O. No. 29091-B	Ministerio de Salud	-Establece que toda persona que pretenda ingresar a Panamá debe presentar una prueba de hisopado negativa con un máximo de 48 horas. -Firmar una declaración jurada en la que se compromete a cumplir con las medidas prescritas por el MINSA. -Facilitar el teléfono de la residencia donde realizará su cuarentena. -Toda solicitud de vuelos comerciales deberá ser presentada con 20 días de anticipación.
44	Decreto Ejecutivo No. 961 de 18 de agosto de 2020	Ministerio de Salud	-Que reglamenta las sanciones aplicadas por la autoridad sanitaria ante el incumplimiento de las medidas por COVID-19.
45	Resolución No. 791 de 21 de agosto de 2020	Ministerio de Salud Firma Juan Francisco Sucre como ministro	Establece el toque de queda de lunes a sábado a partir de 24 de agosto en las provincias de Panamá y Panamá Oeste desde las 7:00 p.m. hasta las 5:00 a.m. Los domingos el toque de queda se extenderá hasta el lunes a las 5am. -Las restricciones de movilidad por sexo se mantienen sin horario: Las mujeres lunes, miércoles y viernes; hombres martes, jueves y sábados.
46	Resolución No. 792 de 21 de agosto de 2020	Ministerio de Salud	Que autoriza a partir del 24 de agosto, la operación de las empresas de bienes raíces, avalúos.
47	Resolución No. 853 de 3 de septiembre de 2020	Ministerio de Salud	Amplía de 48 a 96 el tiempo previo en el que debe ser hecha la prueba de COVID-19 para viajar a Panamá.
48	Decreto Ejecutivo No. 1035 de 3 de septiembre de 2020	Ministerio de Salud	Extrema las medidas para la racionalización del agua, prohíbe el uso inadecuado del agua para actividades de recreación y riego de jardines.
49	Resolución No. 856 de 4 de septiembre de 2020	Ministerio de Salud	Que reactiva a partir del 7 de septiembre actividades de arquitectura, ingeniería, administración de proyectos, empresas ubicadas en zonas económicas especiales, sastrerías, zapaterías, lava carros, mudanzas.
50	Decreto Ejecutivo No. 1036 de 4 de septiembre de 2020	Ministerio de Salud	Que levanta la suspensión temporal de la industria de la construcción.
51	Resolución No. 863 de 8 de septiembre de 2020	Ministerio de Salud	Las naves de las empresas vinculadas a la provisión de bienes y servicios, a las marinas privadas y a la pesca deportiva, tendrán prohibido aproximarse o desembarcar en ninguna isla ni punto en tierra firme diferente a su punto de destino u origen o serán sancionadas para evitar el riesgo de contagio de COVID-19 en las comunidades cercanas.

	NORMAS	INSTITUCIÓN	TEMAS
52	Decreto Ejecutivo No. 1078 de 11 de septiembre de 2020	Ministerio de Salud	Se levanta en todo el territorio la restricción de movilidad ciudadana por sexo a partir del lunes 14 de septiembre y se establece toque de queda en todo el territorio desde las 11:00 p.m. hasta las 5:00 a.m. de lunes a sábado con excepción de Colón, Bocas del Toro y Chiriquí donde se mantiene desde las 7:00 p.m. Además, se establece cuarentena total los domingos en Panamá y Panamá Oeste.
53	Resolución No. 874 de 18 de septiembre de 2020	Ministerio de Salud	Establece la reactivación de las actividades deportivas federativas, sin público, a partir de 21 de septiembre, para lo cual deberán cumplir con las medidas del MINSA.
54	Decreto Ejecutivo No. 1089 de 23 de septiembre de 2020	Ministerio de Salud	Establece que, a partir del 12 de octubre, todas las personas que pretendan ingresar al territorio deberán presentar prueba de hisopado/PCR o antígeno negativo con un máximo de 48 horas, sin necesidad de aislamiento cumpliendo todas las medidas de seguridad. Si el resultado es positivo, deberá guardar aislamiento durante entre 7 y 14 días.
55	Resolución No. 902 de 24 de septiembre de 2020	Ministerio de Salud	Autorizar a partir de 28 de septiembre la reactivación del comercio al por menor con apertura de los centros comerciales, restaurantes y fondas (2 metros entre mesas), todos los servicios profesionales y administrativos, así como el Hipódromo Presidente Remón, este último sin público solo para apuestas virtuales.
56	Resolución No. 904 de 1 de octubre de 2020	Ministerio de Salud	Que autorizó desde el 5 de octubre de 2020, la entrada de personas a los parques naturales y áreas protegidas a nivel nacional solo en burbuja familiar, se prohíben los paseos en buses ni ingesta de alcohol o ventas de comida.
57	Decreto Ejecutivo No. 1142 de 7 de octubre de 2020	Ministerio de Salud	Que reactivó a partir del 12 de octubre a los hoteles, moteles, hostales, hospedajes, servicios complementarios, actividades turísticas, transporte, industrias creativas y culturales, academias de arte, música, danza, piscinas, bibliotecas, cines, teatros, museos, galerías, sitios de turismo cerrados al 50% de capacidad. -Juegos de suerte y azar, incluye venta de chances y billetes de lotería, salas de juego. No se permitirán bailes, discotecas, ni fiestas privadas.
58	Decreto Ejecutivo No. 1143 de 7 de octubre de 2020	Ministerio de Salud	Establece que se permitirá la movilización de personas que al momento de llegar a Panamá coincida con el toque de queda o la cuarentena total, para lo cual deberán portar los documentos donde conste su hora de llegada al aeropuerto.
59	Resolución No. 3100 de 14 de octubre de 2020	Ministerio de Salud	-Que aprueba y regula la emisión del Certificado sanitario de bioseguridad post COVID-19 de los establecimientos de interés público.
60	Resolución No. 1260 de 20 de octubre de 2020	Ministerio de Salud	-Autorizó a partir del 24 de octubre las actividades recreativas familiares en playas y ríos, pero se excluyen los paseos en buses u otros medios que transporten personas de forma masiva. No se permitirán actividades bailables, fiestas y espectáculos. -Autoriza a los estamentos de seguridad a realizar pruebas en las entradas y salidas de playas y ríos e implementar acciones de restricción para evitar aglomeraciones.

	NORMAS	INSTITUCIÓN	TEMAS
61	Decreto Ejecutivo No. 1222 de 23 octubre de 2020	Ministerio de Salud	-Que modifica el toque de queda y ELIMINA LA CUARENTENA DE LOS FINES DE SEMANA EN TODO EL PAÍS.
62	Resolución No. 1286 de 30 de octubre de 2020	Ministerio de Salud	Que aprueba la Guía Sanitaria de Bioseguridad post COVID-19 para las operaciones de cementerios públicos y privados.
63	Resolución No. 1292 del 16 noviembre de 2020	Ministerio de Salud	Que autoriza la reactivación de la operación de gimnasios y centros de entrenamiento públicos y privados en todo el país a partir del 16 de noviembre , cumpliendo todas las medidas de bioseguridad que establece el MINSA.
64	Resolución No. 1291 de 16 noviembre de 2020	Ministerio de Salud	Que aprueba la Guía Sanitaria de Bioseguridad post COVID-19 para las operaciones de gimnasios y centros de entrenamiento.
65	Decreto Ejecutivo No. 1360 de 25 de noviembre de 2020		Que autoriza el retorno al trabajo de 100% del personal tanto en el sector público como en el privado, incluidas las personas vulnerables (mayores de 60 años, con enfermedades crónicas y embarazadas) manteniendo el distanciamiento físico de 2 metros entre los trabajadores.
66	Resolución No. 1349 de 30 de noviembre de 2020	Ministerio de Salud	Que aprueba la Guía Sanitaria para operación del Comercio al por menor presencial post COVID-19.
67	Resolución No. 1350 de 30 de noviembre de 2020	Ministerio de Salud	Por la cual se aprueba la Guía Sanitaria para las operaciones de restaurantes, fondas y similares (presenciales post COVID-19).
68	Resolución No. 1357 de 30 de noviembre de 2020	Ministerio de Salud	Que aprueba la Guía Sanitaria para la operación de organizaciones deportivas post COVID-19.
69	Resolución No. 1358 de 30 de noviembre de 2020	Ministerio de Salud	Que aprueba la Guía Sanitaria de Bioseguridad Post COVID-19 para los actos de graduación de centros educativos públicos y privados.
70	Resolución No. 1360 de 2 de diciembre de 2020	Ministerio de Salud	Que aprueba la Guía Sanitaria para Medios de Transporte Colectivo y Selectivo, Terminales y Zonas Pagas post COVID-19.
71	Resolución No. 1361 de 2 de diciembre de 2020 G.O. No. 29182-A	Ministerio de Salud	Que aprueba la Guía Sanitaria para la Operación de los Proyectos de Construcción Públicos y Privados post COVID-19.
72	Resolución No. 1362 de 2 de diciembre de 2020 G.O. No. 29182-A	Ministerio de Salud	Que aprueba la Guía Sanitaria para los lugares de culto post COVID-19.
73	Resolución No. 1363 de 2 de diciembre de 2020	Ministerio de Salud	Que aprueba la Guía Sanitaria de Bioseguridad post COVID-19 para las operaciones de salones de belleza y barberías.
74	Resolución No. 1364 de 2 de diciembre de 2020 G.O. No. 29182-A	Ministerio de Salud	Que aprueba la Guía Sanitaria para las Operaciones de hoteles, residenciales, pensiones, casas de ocasión y similares post COVID-19.
75	Resolución No. 1365 de 2 de diciembre de 2020	Ministerio de Salud	Aprueba la Guía Sanitaria para la Operación de empresas funerarias y centros de velación post COVID-19.
76	Decreto Ejecutivo No. 1680 de 3 de diciembre de 2020	Ministerio de Salud	Que suspende el beneficio del vale digital, bono solidario y beca pase U, becas universitarias, becas deportivas y otras que no sean de concurso hasta por un año, a quienes sean sancionados por el MINSA por violar las normas de bioseguridad contra la COVID-19.

	NORMAS	INSTITUCIÓN	TEMAS
77	Resolución No. 1369 de 4 de diciembre de 2020	Ministerio de Salud	Que establece un toque de queda en la provincia de Panamá Oeste de lunes a domingo de 9pm a 5am, y mantiene la prohibición de realización de fiestas y celebraciones fuera de la burbuja familiar a partir del 4 de diciembre.
78	Resolución No. 1378 de 7 de diciembre de 2020. Gaceta Oficial No. 29170-B	Ministerio de Salud	Que establece toque de queda en la provincia de Panamá de lunes a domingo de 9:00 p.m. a 5:00 a.m. y mantiene prohibición de fiestas a partir del 8 de diciembre.
79	Resolución No. 1386 de 11 de diciembre de 2020 No. 29173-A	Ministerio de Salud	Prohíbe toda actividad que conlleve aglomeraciones en lugares públicos, comerciales y de toda índole. En reuniones laborales se permite un máximo de 10 personas. Las fuerzas de seguridad tomarán medidas para dispersar a las personas que ocasionen aglomeraciones.
80	Resolución No. 1387 del 14 de diciembre de 2020	Ministerio de Salud	Que prohíbe el uso de mascarillas o respiradores con válvulas de exhalación, excepto para ejercitarse al aire libre y sin aglomeraciones.
81	Decreto Ejecutivo No. 1683 de 18 de diciembre de 2020 Gaceta Oficial No. 29179-C	Ministerio de Salud	A partir del viernes 18 de diciembre de 2020 se establece toque de queda en todo el territorio de lunes a domingo de 7:00 p.m. a 5:00 a.m.
82	Decreto Ejecutivo No. 1684 de 20 de diciembre de 2020	Ministerio de Salud	Estableció CUARENTENA TOTAL el jueves 24 de diciembre de 2020 desde las 7:00 p.m. hasta las 5:00 a.m. del lunes 28 de diciembre. Jueves 31 de diciembre desde las 7:00 p.m. hasta las 5:00 a.m. del lunes 4 de enero de 2021. Y desde el lunes 21 hasta el 31 de diciembre de 2020, se establece la circulación por sexo. L-M-V mujeres y J-V hombres. -Establece un cerco sanitario en las provincias de Panamá y Panamá Oeste desde el 23 de diciembre hasta el 4 de enero. - Se prohíben las celebraciones y reuniones de más de 10 personas. - Por último, prohíbe el uso de playas, ríos y balnearios del 23 de diciembre al 4 de enero.
83	Resolución No. 1390 de 21 de diciembre de 2020	Ministerio de Salud	Que suspende temporalmente el ingreso al territorio nacional de personas provenientes del Reino Unido o Sudáfrica.
84	Decreto Ejecutivo No. 1686 de 28 de diciembre de 2020		A partir del 4 hasta el 14 de enero se establece el toque de queda de 8:00 p.m. a 5:00 a.m., además para las provincias de Panamá y Panamá Oeste vuelven a restringir la movilidad de las personas por sexo por día de la semana a razón de 2 horas diarias, solo para abastecerse de comida, medicinas y combustible. Y se estableció CUARENTENA TOTAL el 9 y 10 de enero en todo el territorio.
85	Decreto Ejecutivo No. 1687 de 29 de diciembre de 2020		Que establece medidas de emergencia extraordinarias para PERMITIR EL EJERCICIO DE PROFESIONALES IDÓNEOS DE SALUD EXTRANJEROS EN EL SECTOR PÚBLICO POR TIEMPO LIMITADO MIENTRAS DURE EL ESTADO DE EMERGENCIA.

	NORMAS	INSTITUCIÓN	TEMAS
86	Decreto Ejecutivo No. 1690 de 29 de diciembre de 2020		Establece que para la movilización a lugares del país que presenten bajos índices de COVID-19, las personas estarán sujetas a la toma de muestras de hisopado. Para esto la autoridad podrá establecer puestos de control. Las personas que por turismo se movilicen a lugares de baja incidencia de COVID-19, deberán presentar en los puestos de control de ingreso, una prueba de COVID-19 negativa validada por el Gorgas realizada 48 horas antes de su llegada al país.
87	Resolución No. 002 de 7 de enero de 2021	Ministerio de Salud	Establece la excepción del registro sanitario para la adquisición de vacunas contra el SARS-COV 2 (COVID) por las instituciones públicas como medida extraordinaria por los graves efectos derivados por la pandemia. Recomienda a los profesionales de la salud extremar la precaución y la vigilancia de la posible aparición de reacción en los pacientes y vigilando médicamente cualquier cambio en el comportamiento del paciente.
88	Decreto Ejecutivo No. 61 de 8 de enero de 2021		Establece que toda persona que pretenda ingresar a Panamá debe presentar en su puerto de entrada certificado de prueba con resultado negativo de COVID-19 con un máximo de 48 horas previas. La autoridad se reserva el derecho a realizar pruebas de manera aleatoria a todo viajero en los puertos de entrada al territorio.
89	Decreto Ejecutivo No. 62 de 13 de enero de 2021		A partir del 14 de enero se establece toque de queda de lunes a domingo de 9:00 p.m. a 4:00 a.m. En Panamá, Panamá Oeste, Coclé, Los Santos, Herrera y Veraguas se establece CUARENTENA TOTAL desde el viernes a las 9:00 p.m. hasta el lunes a las 4:00 a.m. En Panamá, Panamá Oeste y Herrera se restringe el acceso a los establecimientos comerciales por sexo: Mujeres lunes, miércoles y viernes. Hombres martes y jueves. A partir de esta fecha, para las actividades y reuniones laborales se permite un máximo de 25 personas cumpliendo las medidas.
90	Resolución No. 12 de 27 de enero de 2021	Ministerio de Salud	Por medio de la cual se implementa la Guía de Farmacovigilancia de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación contra la COVID-19.
91	Decreto Ejecutivo No. 66 de 28 de enero de 2021		Autoriza a partir del 1 de febrero de 2021, el comercio al por menor de manera presencial, salas de belleza y barberías, Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI). -Para Panamá y Panamá Oeste se mantiene la prohibición del uso de playas, ríos y balnearios.
92	Decreto Ejecutivo No. 71 de 5 febrero de 2021		A partir del 8 de febrero en Panamá y Panamá Oeste, se levanta la restricción por género para ingresar a los comercios. Para ello, deberán mantener aforo de 50%. Además, podrán comenzar a operar restaurantes, fondas y similares de manera presencial. -Se permitirá el acceso a playas, ríos y balnearios de 6:00 a.m. a 4:00 p.m. -Se permitirá el acceso a piscinas y otras áreas comunes residenciales con 25% de aforo, dentro de la burbuja familiar.

	NORMAS	INSTITUCIÓN	TEMAS
93	Resolución No. 74 de 8 de febrero de 2021	Ministerio de Salud	Que a partir del 9 de febrero se ordena la reactivación del Hipódromo Presidente Remón sin público. -Se ordena la reapertura de la Lotería Nacional, con la venta de chances, billetes y la realización de los sorteos.
94	Decreto Ejecutivo No. 74 de 12 de febrero de 2021		A partir del 15 de febrero se modifica el toque de queda en todo el territorio a partir de las 10:00 p.m. hasta las 4:00 a.m. y se mantiene la CUARENTENA TOTAL los fines de semana en Panamá, Panamá Oeste, Coclé, Los Santos, Herrera y Veraguas. -Desde el 12 de febrero e autoriza la operación de floristerías durante los fines de semana de cuarentena. -En Panamá y Panamá Oeste también podrán operar lava autos, sastrerías, zapaterías, industrias culturales y la INDUSTRIA EN GENERAL, EXCEPTO CINES. -En Herrera se autoriza la operación presencial con 50% del aforo del Comercio al por menor, salas de belleza y barbería, centros de cuidado infantil. -El acceso a las playas se aumenta hasta a las 5:00 p.m. -Durante el periodo de cuarentena los hoteles podrán hacer uso de sus áreas sociales abiertas y piscinas.
95	Decreto Ejecutivo No. 99 de 15 de febrero de 2021		Acoge las recomendaciones de la OMS para la autorización del uso de emergencia de las vacunas contra el SARS COV2 para facilitar su uso en Panamá. -Deroga la Resolución No. 002 de 7 de enero de 2021.
96	Decreto Ejecutivo No. 100 de 21 de febrero de 2021		-Ordena a partir del 22 de febrero en Panamá y Panamá Oeste la reactivación de los Gimnasio, 50% de aforo, salas de masajes, estéticas, SPA, marinas y pesca deportiva.
97	Decreto Ejecutivo No. 111 de 26 de febrero de 2021		-A partir del 6 de marzo, levanta la cuarentena total de fines de semana en Panamá, Panamá Oeste, Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas. -Y se reactivan en Panamá y Panamá Oeste, las salas de cine, juegos de azar y canchas deportivas de uso recreativo con 50% del aforo.
98	Resolución No. 01 de 3 de marzo de 2021	Ministerio de Salud	-Que establece de manera temporal el puntaje mínimo de aprobación para el examen de certificación básica en medicina en 360 puntos, que corresponde a 34.5%.
99	Decreto Ejecutivo No. 260 de 29 de marzo de 2021		-Establece que, a partir del 31 de marzo de 2021, toda persona proveniente de Suramérica, que desee ingresar a Panamá, deberá traer una prueba COVID-19 negativa realizada máximo de 48 horas previas a su llegada. De no tenerla deberá hacerse una a su costo a su llegada. Si la prueba sale negativa, debe realizar una cuarentena de 5 días. Si sale positiva de 14 días.

Anexo No. 2 Apertura hacia la nueva normalidad

La Prensa Panamá, miércoles 13 de mayo de 2020

6A

Ruta hacia la Nueva Normalidad por Un Panamá Mejor

Avanzar en los bloques hacia la nueva normalidad es un proceso que se efectuará de manera cuidadosa, donde se evaluarán los prerrequisitos de salud tales como:

- Evaluación del índice de transmisión efectiva (RT).
- Capacidad instalada de los servicios de salud (Número de camas en UCI, ventiladores, insumos y recurso humano).
- Capacidad diagnóstica (disponibilidad de pruebas), y de trazabilidad de casos (capacidad para darle seguimiento al menos al 90% de los pacientes confirmados y sus contactos).
- Nivel de riesgo de la actividad económica.

Inicio 13 de mayo:

Bloque 1:

- Comercio Electrónico.
- Talleres de mecánica y respuestos en general.
- Servicios técnicos: plomerías, electricistas, mantenimiento de sistemas; A/A, ascensores, y limpieza de piscinas.
- Pesca artesanal y Acuicultura Industrial.

Fecha por definir:

Bloque 2:

- Construcción de infraestructura pública priorizada y con visto bueno del Ministerio de Salud.
- Minería no metálica.
- Industrias.
- Lugares de culto, parques, áreas deportivas y áreas sociales con 25% de capacidad y distanciamiento físico con 2 metros de distanciamiento.

Fecha por definir:

Bloque 3:

- Comercio al por menor (no esencial).
- Comercio al por mayor (no esencial).
- Venta de Autos.
- Servicios de Profesionales.
- Servicios Administrativo.

Fecha por definir:

Bloque 4:

- Transporte aéreo.
- Hoteles.
- Restaurantes.

Fecha por definir:

Bloque 5:

- Educación.
- Transporte no esencial (recreativo).
- Ugas deportivas.
- Entretenimiento y sitios de esparcimiento.
- Bares.

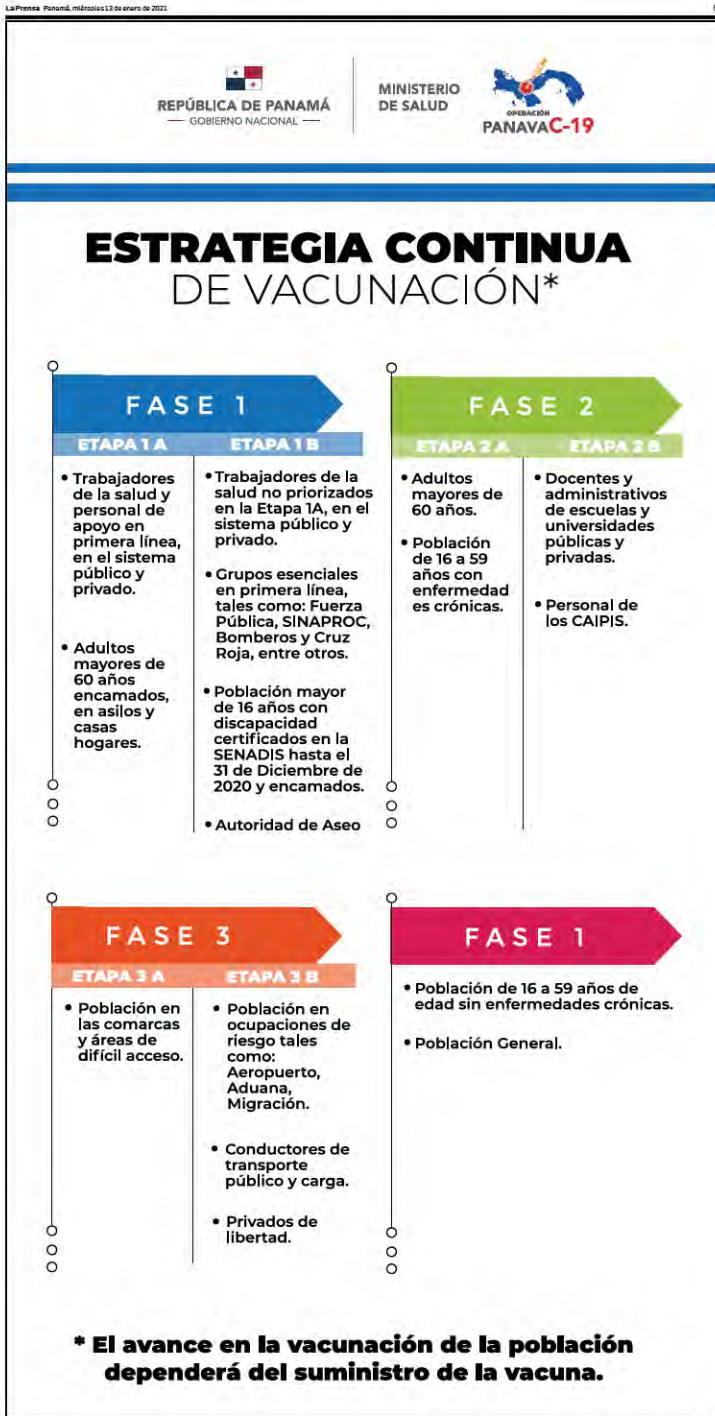
Fecha por definir:

Bloque 6:

- Apertura de todos los sectores de la economía sin restricciones sanitarias.
- Concursos.
- Ferias, Patronales y Carnavales.
- Discotecas.

En cada una de las fases se deberá cumplir las medidas sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud.

Anexo No. 3 Estrategia continua de vacunación



PANDEMIA COVID-19
Y ESTRATEGIA DE

COMUNICACIÓN

GUBERNAMENTAL EN PANAMÁ

Esta investigación es un aporte para futuros tomadores de decisiones estratégicas en crisis de salud, investigadores sobre los fenómenos generales de la comunicación en salud, profesionales, académicos de la comunicación social y personas interesadas en los avatares de la comunicación gubernamental en Panamá.

Un objetivo importante para hacerla fue estudiar la estrategia de comunicación gubernamental para conocer qué se hizo y cómo se hizo en materia de comunicación en salud durante el primer año de la pandemia COVID-19, y que así futuras actuaciones tengan un antecedente documentado y puedan estar sustentadas en la experiencia ganada para gestionar situaciones de salud parecidas en el futuro.

El libro recoge evidencia empírica sobre la comunicación gubernamental analizada a través de su estrategia, se aportan datos en tablas y gráficos, se describe el contexto pandémico, las temporalidades del fenómeno en el país, las acciones que realizó el gobierno para afrontar la pandemia, testimonios de la experiencia individual de los actores principales de la salud en las Regiones de Salud, los productos comunicacionales analizados, la desinformación y una evaluación técnica de lo actuado.

ISBN: 978-9962-17-771-5

