

ANEXOS **Lista de verificación para la planificación de una estrategia nacional de comunicación de riesgos**

Esta es una lista de actividades que se presenta a manera de sugerencia. Las tareas no se mencionan de acuerdo a una secuencia que debe seguirse, ni por orden de importancia. Tampoco quiere decir que la actividad debe llevarse a cabo en el orden indicado por su numeración. Dependiendo de la situación, algunas actividades pueden realizarse de manera simultánea o bien, antes o después del orden establecido en la lista.

I. Etapa de preparación

Tareas para la organización interna del equipo de comunicación de riesgos

1. Examen de leyes y acuerdos internacionales (Reglamento Sanitario Internacional) y políticas públicas sobre la difusión de información pública.
2. En consulta con los gerentes y/o las autoridades a cargo, formular una política de manejo de la transparencia que establezca los criterios para difundir la información al público
3. Definir cuáles serán las funciones de cada miembro (institución) del equipo de comunicación de riesgos durante la crisis (flujo de información interinstitucional).
4. Definir las funciones del equipo de comunicación de su institución en el momento de una crisis (flujo de información interna).
5. Nombrar a los portavoces o voceros oficiales
6. Integrar al menos a un miembro del equipo de comunicación como parte del grupo de planificación nacional para casos de desastres y emergencias de salud pública.
7. Definir la institución que ejercerá el liderazgo de la comunicación, dependiendo de la emergencia. Contar con un punto de coordinación central para los procesos de aprobación.
8. Revisión periódica del plan para asegurar que esté siempre actualizado.



Tareas para la atención a poblaciones especiales

9. Identificar mecanismos para comunicarse con personas vulnerables (ancianos, discapacitados, niños, poblaciones indígenas) y con personas aisladas, de modo que puedan recibir ayuda. Definir cuáles serían los canales de comunicación que se utilizarían para los grupos vulnerables. Elaboración de mensajes y materiales de comunicación, en todos los idiomas y dialectos de la población destinataria.

Vínculos con colaboradores y aliados

10. Identificar y elaborar bases de datos de colaboradores, como grupos juveniles, escuelas, alcaldes, sindicatos, iglesias, asociaciones, y otros e incluirlos en la preparación.
11. Obtener apoyo de los médicos de atención primaria, enfermeras, parteras y promotores de salud para enviar y recibir información.
12. Trabajar con celebridades y personalidades importantes a quienes se haya recurrido en campañas pasadas de comunicación y lograr su participación. Contar con el apoyo de nuevas celebridades.

Organización de la notificación de la crisis

13. Definir cuáles son los públicos destinatarios para cada institución aliada y preparar un esquema de los objetivos para las emergencias de salud pública que puedan acontecer en el país.
14. Elaborar una lista interna que describa cómo se comunicará, quién lo hará y qué se dirá. (jerarquía de mandos)
15. Elaborar protocolos de notificación con elementos específicos sobre lo que hará cada uno con respecto a la notificación tanto interna como externa, teniendo en cuenta las recomendaciones del Reglamento Sanitario Internacional.

Capacitación y simulaciones

16. Capacitar a los portavoces sobre las normas y principios de la comunicación de riesgos y comunicación de brotes epidémicos y sobre la comunicación eficaz con los medios de comunicación.
17. Capacitar al equipo nacional de comunicación de riesgos en "Capacitación de capacitadores"
18. Capacitar a otros funcionarios de alto nivel en la comunicación de riesgos y brotes
19. Capacitar a los equipos de comunicación de riesgos a nivel local. Si es posible (y si procede) incluir a otros actores estratégicos como líderes comunitarios, asociaciones de mujeres, de jóvenes, líderes religiosos, autoridades municipales, personal de salud, y otros.
20. Planificar sesiones de capacitación de los medios que incluyan simulaciones para ayudar a los periodistas a comprender las complejidades científicas.
21. Presentar simulaciones y ejercicios internos para las contingencias que se puedan presentar, a fin de mantener al público preparado, el gobierno en funcionamiento y los servicios básicos disponibles para el público.

22. Realizar simulaciones para someter a prueba los planes de crisis para detectar posibles fallas o brechas que es necesario corregir antes de una situación de emergencia.

Elaboración de mensajes y canales de distribución

23. Prever algunos mensajes claves para distintas situaciones de emergencias de salud pública que pueden surgir (mapa de mensajes).
24. Identificar canales de comunicación alternativos para situaciones de emergencia.
25. Elaborar mensajes claves sobre prevención fundamentados en la investigación de las actitudes y los conocimientos sobre las emergencias.
26. Elaborar notas de prensa y hojas de preguntas y respuestas con información sobre algunas enfermedades que pueden ocasionar una emergencia de salud pública y cómo se puede prevenir.
27. Elaborar mensajes para los medios de comunicación destinados a educar al público y promover la prevención.
28. Elaborar anuncios de servicio a la comunidad para su impresión, difusión en televisión y radio, que transmitan mensajes referentes a la prevención y la educación, tanto ahora como en el caso de que se declare una emergencia de salud pública.
29. Seleccionar los canales de comunicación que se usarán para distribuir los mensajes: correo electrónico, radio, Internet, televisión, carteles, vallas publicitarias, correo directo, altavoces u otra manera de llegar al mayor número de personas.

Seguimiento de la comunicación

30. Evaluar mecanismos para hacer el seguimiento de la eficacia de la comunicación durante un brote o emergencia de salud pública y métodos para comprender las actitudes del público y sus motivaciones.
31. Investigar qué es lo que el público percibe sobre algunas situaciones que pueden ocasionar una crisis como por ejemplo: gripe aviar y una posible pandemia de gripe, fiebre amarilla, dengue, intoxicaciones, etc. y los niveles de confianza en las diversas fuentes de información, incluso los ministerios.
32. Dialogar con la comunidad para vigilar lo que necesitan y quieren sus miembros, y para informar sobre lo que el gobierno puede (o no puede) proporcionarles.
33. Establecer equipo de monitoreo de medios de comunicación.

Relación con los medios de comunicación

34. Elaborar o actualizar bases de datos de medios de comunicación y la información de contacto, para encontrar los mejores canales de comunicación.
35. Trabajar con editores y periodistas para orientar y suministrar antecedentes a los periodistas.

36. Definir la logística para colaborar con los medios y la forma de enviar los materiales y las actualizaciones.
37. Evaluar la preparación actual teniendo en cuenta recursos humanos, económicos y equipamiento.

II. Inicio de la emergencia

Verificar y confirmar la información a nivel interno

38. Determinar si la información es congruente y aclarar lo que sea necesario con los especialistas. Determinar el nivel de gravedad de la situación.
39. Alertar al liderazgo de la institución sobre la emergencia.
40. Iniciar la fase de comunicaciones para el control con la meta de mantener la confianza y transmitir expectativas realistas.
 - Equipo empieza a funcionar para atender las preguntas del público.
 - Los portavoces se presentan a los puestos asignados.
 - Divulgar entre el público los mensajes preparados, alertar al personal acerca de los mecanismos definidos de mando y control.

Notificación al equipo y a los colaboradores

41. Determinar a quiénes se debe notificar (¿a todo el comité, a una parte?)
42. Activar el comité de comunicación de riesgos y ejecutar las tareas descritas en el plan de comunicación.
43. Identificar a quiénes se debe informar también, según la cadena jerárquica de notificación y el nivel de la situación dada.
44. Alertar a los voceros y apoyarse en la actualización de la información que se difundirá a través de ellos.
45. Determinar, de acuerdo a la emergencia que se presentó, a quién corresponde liderar el equipo de comunicación de riesgos.
46. Activar el equipo de monitoreo de la información externa e interna.
47. Averiguar lo que está haciendo la organización para resolver la situación.
48. Determinar quiénes están afectados por la crisis y sus percepciones.
49. Determinar actividades que debería hacer el público destinatario. Difundir al público los mensajes preparados
50. Informar a portavoces sobre situación, antecedentes y mensajes claves para este momento.
 - Actualizar con los técnicos tanto la información de los mensajes claves como las recomendaciones.
 - Procedimientos de aprobación realizados de acuerdo a lo planificado.

51. Apoyar los aspectos organizativos para preparar el primer anuncio y decidir, de acuerdo a la situación presentada, cuál sería el mejor canal a utilizar.
 - Equipo de medios de comunicación activado.
 - Identificado el canal clave para hacer el primer anuncio.
 - Sala de Prensa en funcionamiento
52. Emitir primer anuncio: responder de manera franca y rápida a las preguntas iniciales.
 - Información divulgada antes de que empiecen a circular rumores perjudiciales.
 - Portavoz hace primer anuncio aplicando principios de la comunicación de riesgos y brotes, de acuerdo a normas de la OMS.
 - Portavoz indica a la población recomendaciones básicas para el momento de la crisis.
 - Portavoz indica a la población cosas que puede hacer.
53. Informar a los medios de comunicación cuándo y donde se actualizará la información
54. Alertar a los colaboradores y a las organizaciones internacionales y pedir ayuda si fuera necesario.
55. Utilizar diversos canales para mantener la comunicación constante con el público.

Asesoramiento a las autoridades y el equipo de gestión del riesgo

56. Asesorar a las autoridades sobre la emergencia, desde la perspectiva de los medios.
57. Establecer líneas de contacto con los especialistas del tema (dengue, fiebre amarilla, gripe, etc.)
58. Establecer el flujo de la comunicación interna para operacionalizar la información
59. Determinar con los especialistas cuáles son las prioridades (actualizar mensajes claves)
60. Suministrar los recursos materiales y humanos
 - Recursos humanos necesarios en el plan de crisis e integrados al equipo.
 - Recursos financieros disponibles.
 - Se cuenta con recursos logísticos para movilización, comunicación y otros.
61. Pedir a los líderes de opinión y a los colaboradores que ayuden a explicar la situación.
62. Colaborar con expertos técnicos para explicar las medidas y recalcar la importancia y las consecuencias del cumplimiento.
 - Mensajes actualizados y distribuidos sobre planes para el posible distanciamiento social, cierre de las escuelas, confinamiento en el domicilio, cancelación de las reuniones masivas.
63. Comunicarse con los medios siguiendo las normas de la OMS para la comunicación de brotes.

Vigilancia de la comunicación

64. Activar la vigilancia de las comunicaciones con los comunicadores del gobierno y otros canales previstos para ESCUCHAR los rumores, inquietudes, preocupaciones, actitudes de la población.

- Activar las líneas telefónicas públicas “centros de llamadas” y hacer el seguimiento a las consultas de la población.
- Efectuar reuniones con líderes comunitarios y formadores de opinión.
- Seguimiento de los medios de comunicación.

III. Etapa de control

65. Poner en marcha el plan de rotación de horarios para abarcar todas las funciones del plan.
66. Preparar a portavoces y funcionarios gubernamentales de alto nivel para dirigirse al público y promover información sobre los antecedentes, además de información complementaria sobre el evento
67. Mantener la comunicación en dos sentidos entre el público y las autoridades para que compartan puntos de vista sobre la situación.
 - Centros de llamadas, líneas de asistencia urgente, programas de entrevistas de radio y TV en vivo con preguntas del público, que funcionen de acuerdo a lo establecido.
 - Actualizadas las páginas web y los blogs.
68. Colaborar con médicos privados en la preparación de los mensajes que se comunicarán al público especialmente con la ayuda de los trabajadores de salud.
69. Asegurar que se establezcan los mecanismos de comunicación con las poblaciones vulnerables.
70. Corregir la información incorrecta, como los rumores. Explicar las recomendaciones sobre la emergencia.
71. Mantener una buena comunicación con los medios de comunicación y asegurarse de que reciben la información actual de la fuente oficial.
 - Distribuir información adicional sobre la situación y los antecedentes.

Asegurarse de que los mensajes claves y las recomendaciones se enviaron correctamente a través de los medios de comunicación y otros canales.
72. Mantener una diversidad de canales de comunicación abiertos que difunden mensajes y recomendaciones claves.
 - Se transmiten los mensajes preparados con antelación y se distribuyen los mensajes impresos.
 - El equipo de comunicación colabora con instituciones educativas y religiosas para transmitir las recomendaciones y reducir la inquietud.

Se mantiene información actualizada en sitios web, blogs, carteles electrónicos, y otros.

IV. Etapa de recuperación

73. Alertar al público, en caso de necesidad, acerca de cómo manejar los cadáveres, sobre la base de las normas preparadas para las situaciones de emergencia.
74. Convencer a la población y a los medios de comunicación de que continúen apoyando la respuesta.
75. Establecer maneras de avisar al público que la crisis ha pasado y que los servicios públicos se reanudarán.
76. Evaluar los problemas y los errores para fortalecer las buenas prácticas en el momento de la recuperación

V. Evaluación

La crisis terminó: prepárese para la próxima crisis

La crisis ha terminado por lo que ahora ya puede evaluar su desempeño, documentar las lecciones aprendidas y las buenas prácticas

77. Evaluar con las lecciones aprendidas a fin de fortalecer una respuesta pública apropiada para emergencias similares en el futuro.
 - Medir la eficacia del equipo de comunicación en cada una de las etapas y asignaciones de trabajo.
 - Medir la eficacia de las reuniones.
 - Medir la eficacia del flujo de la comunicación interna.
 - Medir la vigilancia de la comunicación y el seguimiento de los medios.
 - Medir la respuesta de los medios de comunicación.

Estudios de casos

Caso fiebre amarilla en Paraguay 2008

En febrero de 2008, cuando el país se encontraba en medio de una intensa campaña electoral para las elecciones presidenciales, el Ministerio de Salud de Paraguay dio a conocer la confirmación de cinco casos de fiebre amarilla de origen selvático, en el departamento de San Pedro; estos fueron calificados por las autoridades sanitarias como los primeros casos autóctonos de fiebre amarilla registrados en el país después de varias décadas. La noticia causó alarma y preocupación en la población debido al anuncio de índices elevados de infestación por larvas de *Aedes aegyptis* y a la divulgación de la confirmación de los casos que hicieron las autoridades sanitarias. A pesar de que el anuncio fue una decisión acertada y oportuna, la reacción de alarma de la población en los siguientes días demostró que había faltado mayor claridad en los mensajes en cuanto a la población que sería vacunada de inmediato. “En la primera conferencia de prensa sobre el tema se indicaba que el bloqueo y la inmunización eran las medidas de urgencia, pero no se especificaba que estas se tomarían solamente en las zonas afectadas y con respecto a la población de esos lugares; por lo tanto, la ciudadanía entendió que las medidas se dirigían a todo el segmento de la población comprendido entre 1 y 60 años de edad”. (Asunción, Paraguay-Diario Última Hora/feb.8).

El seguimiento de los medios de comunicación desde el 6 hasta el 8 de febrero 2008, reveló que la población no había entendido que la vacunación era necesaria en primera instancia en las zonas de riesgo y resultó evidente que había empezado una campaña de presión del público dirigida al Ministerio de Salud con el objeto de exigir la vacunación masiva.

El Diario Última Hora del 8 de febrero reproduce las palabras del Viceministro de Salud, en las que afirmaba que “la crisis de pánico se desató por informaciones no bien dadas y no autorizadas por el Ministerio de Salud”. Algunos de los principales titulares de diarios e informativos paraguayos citaban: “Paraguay intenta aplacar crisis de pánico por brote de fiebre amarilla”. Diario El Universal 7/feb/08. “La BBC pregunta si Paraguay tiene epidemia o ‘psicosis’”. Diario El País 21/feb/08“. En Paraguay, el pánico por la fiebre amarilla hizo colapsar los centros de vacunación”. Diario El Clarín

Emergencia por hantavirus – Brasil (Confianza negativa)

En Brasilia (Brasil), durante el brote de hantavirus (2004) el trabajo de las autoridades de salud se vio obstaculizado por la desconfianza pública en el compromiso del gobierno con la protección de la salud pública. La investigación inicial del brote se enfrentó a muchas incertidumbres, dado que la enfer-

medad jamás se había detectado en la zona. Los medios de difusión aprovecharon esta incertidumbre, que el público desconfiado alimentó aun más. Las especulaciones sobre la fiabilidad de la información y las acciones oficiales prosiguieron, incluso después de que empezaron a surgir los hechos. Los periodistas encontraron a sus propios expertos y estos expertos, nombrados por los medios de comunicación, buscaron formas de atribuir responsabilidades.

En ese contexto, el público asustado, al que no era fácil tranquilizar, se comportó de tal forma que los esfuerzos de control se vieron socavados. Se produjeron protestas y demostraciones públicas. Aunque no se tiene conocimiento de que se haya producido transmisión de hantavirus entre seres humanos, los pacientes tuvieron que afrontar prejuicios y discriminaciones, y muchos perdieron sus empleos. La gente comenzó a cazar ratas y ratones, comportamiento que fue desaconsejado por los funcionarios de salud porque aumentaba el riesgo de exposición.

Las tensiones entre los residentes rurales y el gobierno se intensificaron cuando un miembro prominente del movimiento de los campesinos sin tierra contrajo la infección, demostrando aún más las dimensiones políticas que puede tener un brote cuando la confianza en los funcionarios públicos es escasa.

Carbunco en New York (Confianza positiva)

La capacidad del público de hacer frente a las incertidumbres de un brote parece ser mayor cuando hay mucha confianza en el liderazgo político. Esto ocurrió en el brote de carbunco que se produjo en octubre de 2001 en la ciudad de Nueva York, y que se propagó por el sistema postal a través de correo contaminado intencionalmente con esporas de *Bacillus anthracis*. El brote, que tuvo lugar poco después del ataque terrorista del 11 de septiembre de 2001 contra el World Trade Center, afectó a ocho neoyorquinos, pero aterrizó a los 8 millones de habitantes de la ciudad. Dado que la enfermedad se propagó de formas imprevistas —por ejemplo, a través de sobres no abiertos posiblemente contaminados cuando los equipos clasificadores de correo de gran velocidad generaron aerosoles con las esporas—, la orientación del público tenía que evolucionar de acuerdo con los nuevos datos sobre el brote y no podía basarse en todo el conocimiento que se tenía del carbunco de origen natural.

Sencillamente, no era posible responder con certeza a muchas de las preguntas que ayudan a que una población comprenda el grado de riesgo personal y, por ende, le haga frente. Aunque el número de casos era pequeño para una ciudad tan grande, las autoridades sanitarias tenían que lidiar con una avalancha de rumores, bultos y materiales que requerían análisis de laboratorio.

También tenían que ajustar sus métodos de trabajo a los de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. A pesar de estas dificultades, la confianza pública demostró ser suficiente como para sobrevivir a diversos cambios en la evaluación del riesgo. El manejo satisfactorio de la crisis se atribuyó al liderazgo político firme y sumamente accesible, que mantuvo la impresión de controlar una situación sin precedentes y alarmante, aunque manejable. Tuvieron especial importancia las conferencias de prensa frecuentes, durante las cuales el alcalde de la ciudad admitió francamente las incertidumbres e indicó que eran una preocupación emocional compartida.

Primer anuncio en México

A fines de abril de 2009, noticias provenientes de México alertaron al mundo sobre la presencia de un nuevo virus causante de un aumento inusual de casos de gripe en humanos, que se complicaba en pocas horas y que ya había causado presuntamente la muerte de algunas personas en ciertas zonas del país. Como es usual en las epidemias, la demanda de información aumenta de forma considerable y el desarrollo de los acontecimientos se suscita rápidamente. A medida que los equipos de respuesta rápida y los resultados de los laboratorios comenzaron a suministrar una visión más clara del surgimiento del nuevo virus A (H1N1), transmitido inicialmente de los cerdos a los humanos y capaz de transmitirse sin dificultad directamente entre humanos, se dio inicio a la alerta mundial para controlar o limitar la propagación del virus a otros sectores del país y a nivel internacional. En general, en los países hubo un buen manejo del “primer anuncio” donde se dieron a conocer los primeros casos y se describían las medidas que los gobiernos adoptaban para prepararse ante la llegada de la pandemia y poder atender oportunamente a la población. Los Centros de Operaciones de Emergencia (COE) y las Salas de Situación fueron la fuente de información oficial que alimentó a los voceros oficiales.

Obras citadas

1. Sandman, Peter. *The Four Kinds of Risk Communication*. [Online] April 2003. [Citado: octubre 9, 2010.] <http://www.psandman.com/col/4kind-1.htm>.
2. *La comunicación ante brotes epidémicos*. Ginebra: OMS, 2004. Informe de la Reunión de Consulta de Expertos de la OMS sobre Comunicación de Brotes Epidémicos.
3. Abraham, Thomas. The Price of Poor Pandemic Communication. *BMJ*. 29 de junio de, 2010, p. 2952.
4. (WHO), World Health Organization. Chronology of Influenza A (H1N1). 2009.
5. Covello, Vincent; Sandman, Peter . Risk communication: Evolution and Revolution. <http://www.psandman.com/articles/covello.htm>. [Online] 2001.
6. *The Four Kinds of Risk Communication*. Sandman, Peter. s.l.: The Synergist.
7. *Risk Perception and Communication Unplugged: Twenty years of process*. Fishhoff, Baruch. 1995, Risk Analysis, Vol. 15, No.2, p. 9.
8. Randall N. Hye MD, PhD, MPH; Covello, Vincent PhD et al. Effective Media Communication during Public Health Emergencies. World Health Organization. [En línea] julio 2005. [Citado: 22 de julio, de 2010.] http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_31/en/. WHO/CDC/2005.31.
9. Lecciones aprendidas de la pandemia de gripe por A (H1N1) en la Frontera México-Estados Unidos. *Red Humanitaria*. [En línea] [Citado: 20 de julio de 2010.] [http://redhum.org/archivos/pdf/ID_7403_YB_Redhum-GL-informeLecciones_Aprendidas_de_la_Pandemia_Gripe_A\(H1N1\)_2009-OPS-OMS-20100405.pdf](http://redhum.org/archivos/pdf/ID_7403_YB_Redhum-GL-informeLecciones_Aprendidas_de_la_Pandemia_Gripe_A(H1N1)_2009-OPS-OMS-20100405.pdf).
10. *Reglamento Sanitario Internacional 2005*. Organización Mundial de la Salud. [En línea] [Citado: 20 de julio de 2010.] <http://www.who.int/ihr/es/index.html>.
11. *Public Health Response to Influenza A(H1N1) as an Opportunity to Build Public Trust*. Larson, Heidi J. PHD; Heymann, David L. MD. No.3, 20 de enero de 2010, The Journal of the American Medical Association JAMA, Vol. Vol. 303.
12. Bennet, Peter; Calman, Kenneth. *Risk Communication and Public Health*. Oxford: s.n., 1999.
13. Lundgreen, Regina; McMakin, Andrea. *Risk Communication: A Handbook for Communicating Environmental, Safety and Health Risk*. 4th. New Jersey: John Wiley and Sons, 2009. p. 347.

14. Henry, Rene A. *You'd Better Have a Hose if You Want to Put Out the Fire*. California: Gollywobbler Productions, 2000.
15. World Health Organization. *Effective Media Communication during Public Health Emergencies*. Ginebra: OMS, 2005.
16. Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos 2008. Organización Mundial de la Salud.
17. *El nivel de alerta pandémica se eleva de la fase 5 a la fase 6, Declaracion de la Directora General de la OMS*. Oficina de la Directora de la OMS, Organización Mundial de la Salud. Gienbra : s.n., 11 de Junio de 2009. Declaración de la Directora a la prensa.
18. Influenza A (H1N1): Acciones de promoción de la salud, compartiendo nuestra experiencia. *La Iniciativa de Comunicación*. [Online] Julio 1, 2009. [Cited: Julio 18, 2010.] <http://comminit.com/es/node/306348>.

Editores

Bryna Brennan,
Asesor Principal en Comunicación de Riesgos y Brotes de la OPS/OMS
Vilma Gutiérrez,
Especialista en Comunicación, Consultora OPS

Participantes en los procesos de consulta y examen

Nelson Agudelo,
Profesor, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia
Jesus Arroyave,
Director, Departamento de Comunicación Social, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia
Xinia Bustamante,
Consultora en Comunicaciones OPS Costa Rica
Inês Calderón,
Consultora en Comunicaciones OPS Perú
Patricia Cervantes,
Especialista en Comunicación, Honduras
Gustavo Delgado,
Especialista en Comunicación y Medios OPS Uruguay
André Falcão,
Profesional en Comunicación, Senado de Brasil
Keyko Jara,
Directora de Comunicación Social, Ministerio de Salud, Perú
Maritza Labraña,
Especialista en Comunicación, Chile
Rosane Lopes,
Especialista en Comunicación Social, Brasil
Rafael Obregón,
Director, Maestría en Comunicación para el Desarrollo, Universidad de Ohio, Estados Unidos

Silvia Posada,
Comunicadora Social, Consultora OPS Panamá

Martha Rodríguez,
Consultora de comunicación y gestión de información OPS Ecuador

Valeria Zapesochny,
Directora de Comunicación, Ministerio de Salud, Argentina