

Comunicación para el cambio de comportamientos y estrategias sanitaria del gobierno peruano frente al COVID-19

Communication for behavior change of health strategies of the Peruvian government against COVID-19

Comunicação para a mudança de comportamentos e estratégias de saúde do governo peruano contra o COVID-19

—

Sandro MACASSI

Pontificia Universidad Católica del Perú , Perú /semacassi@pucp.edu.pe

—

Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación

N.º 145, diciembre 2020 - marzo 2021 (Sección Monográfico, pp. 235-258)

ISSN 1390-1079 / e-ISSN 1390-924X

Ecuador: CIESPAL

Recibido: 26-10-2020 / Aprobado: 02-12-2020

Resumen

Se revisan las explicaciones sobre incremento de contagios y muertes en el caso peruano pese a las medidas tempranas y duras para restringir la propagación del virus. Se profundiza en el análisis de las barreras para el cambio de comportamiento necesarios para detener la transmisión del COVID-19 y el rol de las campañas de comunicación para promover la incorporación de comportamientos preventivos. El estudio analiza las tres campañas comunicativas desarrolladas por el gobierno para enfrentar la pandemia, concluyendo que no estuvieron articuladas a la estrategia sanitaria, fueron centralistas y difusionistas. Se asumió un enfoque conductista de la prevención, basado en medidas sancionadoras, en la estructuración de la conducta a través de los comercios e instituciones con mensajes de miedo.

Palabras clave: comunicación para el desarrollo, comunicación para la salud, comunicación para el cambio de comportamientos, COVID-19, análisis de barreras, campañas de salud

Abstract

Explanations on increased contagion and deaths in the Peruvian case are reviewed despite early and harsh measures to restrict the spread of the virus. It delves into the analysis of the barriers to behavior change necessary to stop the transmission of COVID-19 and the role of communication campaigns to promote the incorporation of preventive behaviors. The study analyses the three communication campaigns developed by the government to address the pandemic, concluding that they were not articulated to the health strategy, were centralists and broadcasters. A conductive approach to prevention, based on sanctioning measures, was assumed in the structuring of behavior through shops and institutions with messages of fear.

Keywords: communication for development, health communication, communication for behavior change, COVID-19, barrier analysis, health campaigns.

Resumo

As explicações sobre o aumento do contágio e das mortes no caso peruano são revistas apesar das medidas precoces e duras para restringir a propagação do vírus. Aprofunda-se na análise das barreiras à mudança de comportamento necessárias para interromper a transmissão do COVID-19 e o papel das campanhas de comunicação para promover a incorporação de comportamentos preventivos. O estudo analisa as três campanhas de comunicação desenvolvidas pelo governo para abordar a pandemia, concluindo que não foram articuladas à estratégia de saúde, foram centralistas e radialistas. Uma abordagem comportamental para a prevenção, baseada em medidas sancionadas, foi assumida na estruturação do comportamento através de lojas e instituições com mensagens de medo.

Keywords: comunicação para o desenvolvimento, comunicação para a saúde, comunicação para mudança de comportamento, COVID-19, análise de barreiras, campanhas de saúde

1. Introducción

Desde que la Organización Mundial de la Salud anunció en enero 30 del 2020 que el Coronavirus SARS-coV-2 era una emergencia internacional en salud pública, pocos imaginaron la onda expansiva que este virus tendría en muchísimos ordenes de la vida.

A octubre del 2020 se han reportado 41.536.126 casos de contagio y 1.134.981 muertos (CSSE, 2020). Afectando el comercio mundial, generando una recesión económica¹, desempleo, reduciendo el consumo, cambiando la expresión del afecto y la psicología de los habitantes del planeta. En verdad, son pocos aspectos de la vida diaria que no han sido trastocados por la pandemia.

El Perú fue uno de los primeros países que tomaron medidas tempranas ante el primer caso de COVID-19, pero además implementó severas medidas de cuarentena total y paralización de la economía para reducir la expansión del virus. Sin embargo, en julio, al fin de la cuarentena, el Perú fue el cuarto país con más contagios en el mundo, y el con el exceso de mortalidad más alto 315% (Mendoza, 2020) (Our World in data, 2020).

¿Porque un país que siguió las principales precauciones promovió el uso de la mascarilla obligatoria, la distancia social y restringió la circulación tuvo tan malos resultados?

Algunos argumentos sostienen que la estrategia de confinamiento no era sostenible debido a las condiciones socioeconómicas subyacentes. Se sostiene que la alta tasa de informalidad laboral del 70% (El País, 2020) y la falta de ahorros empuja a las personas a romper la cuarentena y salir a trabajar

También se argumenta que debido a que muchos hogares no tienen acceso al agua ni a refrigeradores (50%) los obliga a realizar compras diarias congestionando los mercados (New York Times, 2020).

Además, pocas familias tienen cuentas bancarias (38.1%) y tuvieron que hacer largas colas en los bancos para acceder a los bonos gubernamentales. A lo que se sumó la deficiente gestión gubernamental y privada para gestionar las aglomeraciones en mercados y bancos Centro Wiñaq (2020a), donde presumiblemente el virus se esparció con más rapidez.

Otro grupo de argumentos explican la grave situación del Perú por los errores de su estrategia sanitaria. Sostienen que las deficiencias crónicas del sistema de salud peruano no permitieron afrontar la crisis, pues al inicio de la pandemia contaba con 276 camas UCI (Centro Wiñaq, 2020c) y 3.000 camas hospitalarias²

1 En Latinoamérica se ha estimado una recesión regional del 9.1% (ONU, 2020).

2 Al inicio de la pandemia Argentina tenía 8444 camas UCI, Colombia, 5300, México, con 2446, Chile 1229 y Peru 276.

y el gobierno tuvo que equiparse con 18.000 camas hospitalarias y 1800 camas UCI en el transcurso de la pandemia, pero que en el camino resultó desbordado.

Se critican otras decisiones como el cierre de los centros de atención primaria, que incrementó la vulnerabilidad de la población ante COVID (Salud con Lupa, 2020). Que sumado a priorizar un enfoque de cuidados intensivos en lugar de una estrategia para la detección temprana y aislamiento de casos de coronavirus que recién fue lanzada en mayo (Centro Wiñaq, 2020a).

Soto-Becerra et al, (2020) argumentan que el uso de medicamentos (hidroxicloroquina, Azitromicina, Ivermectina) que pudo haber incrementado el riesgo de muerte o su traslado a UCI. Además, la escasez, especulación y el monopolio de oxígeno (solo se produce el 20% necesario) incrementó la mortalidad en los hogares (Millán Valencia, 2020; Defensoría del Pueblo, 2020).

Otros argumentan que las barreras crónicas en el acceso a la salud, geográficas, educativas, de ingresos, étnicos, etc. (CDC, 2020) y las deficiencias en la gestión y articulación de los servicios de salud a nivel horizontal y subnacional (Llerena y Sanchez, 2020) contribuyeron al incremento de la mortalidad.

Finalmente, la priorización del uso de pruebas serológicas en lugar de pruebas moleculares como herramienta de diagnóstico para detectar a los contagiados y cortar la transmisión generó una identificación tardía del virus. (Centro Wiñaq, 2020b).

Sin embargo, otro grupo de argumentaciones se centraron en las prácticas preventivas de los peruanos. En medios sociales surgió la narrativa de que el incremento de los contagios se debe a la idiosincrasia del peruano, por inmaduro, informal y desobediente. Otra vertiente argumenta que se debe a la falta de valores de los peruanos (Yamamoto, 2020) que no están acostumbrados a respetar las normas y tienden a trasgredir las leyes a pesar que van en contra de su salud.

Es evidente que, a pesar de los esfuerzos loables de las autoridades, voluntarios y personal de salud, las razones revisadas son causas convergentes que se ensamblaron en una tormenta perfecta, donde se tuvo que atender a múltiples puntos problemáticos al mismo tiempo.

Sin embargo, todos los argumentos obvian un detalle central del virus SARS-CoV 2, que este no se esparza solo, que requiere que su portador desarrolle una conducta que esparza el virus, como toser, estornudar, hablar en voz alta, cantar sin mascarilla, o contaminar superficies con sus secreciones. Al mismo tiempo, requiere que la persona sana no use mascarillas, no limpie sus manos con alcohol o jabón y no mantenga la distancia. En otras palabras, requiere que ambos el portador y el receptor descuiden sus hábitos preventivos.

Según recientes estudios bastaría con el cumplimiento de al menos 3 de estos comportamientos para reducir los contagios, pero eso requiere que la "information dissemination about COVID-19, which causes individual adoption of handwashing, mask-wearing, and social distancing, can be an effective strategy to mitigate and delay the epidemic" (Teslya et al 2020).

El comportamiento de riesgo de la ciudadanía es un aspecto clave que puede ayudar a explicar en parte el incremento exponencial de contagios. En el presente artículo abordaremos el problema de la adquisición de hábitos grupales y comportamientos individuales preventivos, analizando el rol que tuvo las campañas comunicativas del gobierno.

2. Marco teórico

2.1. Epidemia, hábitos grupales y conductas preventivas

Las noticias de todo el mundo nos mostraron a diario, durante la primera y segunda ola, calles atestadas en todo el mundo, piscinas, playas, bares e iglesias atiborradas de gente y sin mascarillas. De modo que el problema de incumplimiento de las normas sociales no es exclusividad de un país o de una idiosincrasia propia de un país.

De otro lado respecto a las normas, en el Perú, como en muchos países del mundo, a partir del 15 de marzo se produjo una inversión de valores por decreto. El 16 de marzo se prohibió saludar con un beso, ser sociable, compartir con los amigos, visitar a los parientes y departir en reuniones. Para los jóvenes, de un día para el otro, su *modus vivendi*: La vida de barrio, las discotecas de fin de semana, el partido de fútbol, eran mal vistos y perseguidos por la policía.

En cambio, aislarse, eludir al extraño, no juntarse, se convirtió en la nueva norma a través del decreto DS-1458. El nuevo arquetipo de ciudadano con valores positivos era quien se quedaba en casa y no visitaba a los parientes y no establecía contacto físico.

A raíz del COVID-19, la cultura latinoamericana que había sido forjada desde la temprana edad para socializar, ahora debiera ser cambiada. Muchos de los valores con los que nos habían socializado en la familia la escuela, el trabajo y en los medios ahora eran proscritos. Entonces, no se trata de una falta de valores, se trata de un conflicto de valores entre aquellos valores de cuidado colectivo versus los valores originado por necesidades gregarias.

Las expectativas de los epidemiólogos y funcionarios de salud era que las restricciones se acataran y se convirtiera en una “nueva normalidad” de la noche a la mañana. Sin embargo, las ciencias del comportamiento sostienen que los cambios de comportamientos requieren mucho tiempo y esfuerzo, que las estrategias coercitivas tienen un efecto inmediato pero que no generan cambios sostenibles. Por tanto, clave identificar los tipos de trasgresiones o comportamientos resistentes.

Observamos comportamientos individuales que trasgreden las normas, como salir fuera de casa durante el toque de queda o no usar mascarilla. Pero también hay trasgresiones colectivas, como festejar cumpleaños, asistir a las playas o practicar deportes de contacto.

Estos comportamientos son hábitos grupales adquiridos en grupos sociales constituidos, que vienen acompañados de discursos que promueven comportamientos trasgresores como arquetípicos. En ocasiones los grupos construyen valores intragrupal que los llevan a comportamientos extremos y costosos en favor del grupo y sus valores (Gómez et al, 2016) y que requieren de justificativos morales para desarrollar conductas que son socialmente censurables (Bandura, 1990). Muchos de estos hábitos son la amalgama que une a los grupos de jóvenes a familias, les da identidad y cohesión y refuerzan el estatus y la pertenencia de sus miembros.

Los comportamientos individuales como ingerir dulces, fumar cigarros, o bajar la mascarilla, cuesta mucho cambiarlos porque se realizan en redes sociales que presionan para que los adoptemos (Christakis y Fowler, 2009). Nuestros amigos y parientes, y los amigos de nuestros amigos se convierten en una influencia poderosa para que los viejos hábitos, hoy proscritos, se reediten.

Así mismo, para cambiar los comportamientos es necesario tener precisión y diferenciar las motivaciones y necesidades de quienes se exponen al riesgo. Hay personas que toman riesgos debido a necesidades de subsistencia que los llevan a trabajar en las calles, y otro caso distinto son los comportamientos basados en las necesidades gregarias de los jóvenes de encontrarse con sus pares en fiestas clandestinas o en partidos de fútbol que estaban vedados por ley.

Pero muy diferente son los comportamientos trasgresores que buscan explícitamente contravenir las medidas de prevención del contagio, pero que en caso del Perú no fue masivo y organizado como en Estados Unidos o en muchos países de Europa.

Además, según Davis & Srinivasan (2016), en una estrategia sanitaria es importante diferenciar a quienes tienen la voluntad incorporar hábitos y quienes no la tienen: a.- que los ciudadanos tienen la información necesaria, pero no creen necesario o eficiente cumplir con la observación de hábitos preventivos. b.- que la ciudadanía desee asumir hábitos preventivos, pero no tenga la información necesaria para que sus prácticas sean eficientes y c.- Personas que quieran desarrollar hábitos pero que las barreras materiales o prácticas sociales (rituales, presión social, espiral del silencio) no los lleva a tomar acción.

Por ello, una preocupación importante, dada la característica de la actual pandemia, es la existencia de barreras culturales y materiales que los grupos poblacionales tienen para cumplir evitar el contagio del COVID-19. A pesar de desearlo, no tienen la información ni los medios necesarios para evitar el contagio.

En epidemias el “Barrier Analysis” es una herramienta usada para identificar comportamientos que obstaculizan los esfuerzos para detener la transmisión y dan insumos para el desarrollo de programas de cambio de comportamientos sociales (Davis & Srinivasan, 2016) que pueden ralentizar e incluso detener la transmisión del virus (Funk, Gilad, Watkins & Jansen, 2008).

La experiencia internacional señala que la vía para reducir la expansión de los virus es la combinación de medidas de salud pública con intensas campañas de comunicación para cambiar los hábitos que ponen en riesgo a las personas.

2.2- Cambio de comportamientos y comunicación en pandemias

El análisis de barreras se basa las teorías del cambio de comportamientos, desarrolladas por numerosos estudiosos. A continuación, revisaremos las principales teorías y su posible aplicación a los comportamientos observados en la pandemia actual:

Estudios sobre el cambio de hábitos sociales en consumo de drogas, enfermedades prevalentes, epidemias y pandemias encuentran que las “creencias de la salud” pueden ser barreras para la incorporación de hábitos sociales preventivos (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1974; Janz y Becker, 1986). En diversas partes de Latinoamérica se usan medicinas tradicionales creyendo que son eficaces eliminar el COVID-19. El uso de la medicina tradicional puede generar que el diagnóstico del COVID-19 sea tardío y se recurra a los servicios médicos cuando hay pocas opciones de tratamiento.

La “baja percepción del riesgo” también es una barrera para el cambio de comportamientos: Al inicio de la pandemia se instaló el “discurso” de que los jóvenes no les va “agarrar fuerte” y si se contagian serán asintomáticos, de modo que cuanto más pronto se inmunicen mejor. Como lo sostienen Davis y Srinivasan, (2016) en sus estudios sobre las barreras para la epidemia del Ébola, son narrativas intersubjetivas que constituyen barreras que dificultan la adopción de hábitos preventivos.

Bandura (1977) sostiene que la percepción de “ineficacia de la prevención” evita que se incorporen hábitos preventivos. Las instituciones, expertos y disidentes se enfrascaron en contradicciones sobre el comportamiento del virus, que recogidas en las redes sociales genera narrativas de que las medidas de control y cuidado son ineficaces convirtiéndose en una Infodemia (OPS, 2020).

Según Fishbein & et al (2001), la trasgresión son producto de una “acción razonada” que expresa la intención de no cumplir las restricciones, favorecida por un contexto o norma grupal (narrativa) que la estimula y le da un soporte cognitivo (legitimidad grupal) y una percepción de autoeficacia (gratificación grupal). Esto explicaría por qué los jóvenes, prefieren las satisfacciones hedonistas y sensaciones de libertad (retornos inmediatos) que les otorga la trasgresión en lugar de las medidas preventivas. También se expresa en discursos de mayores que no valorizan la vida, argumentando que “no les preocupa el virus pues de algo uno se tiene que morir”, por ello se exponen al contagio en lugar de incorporar hábitos molestos y onerosos.

Prochaska y Diclemente (1984) ponen el acento en la información y conocimiento que se requiere para cumplir con los comportamientos

preventivos, por ello plantean que el cambio se produce por etapas, donde se adquieren medios y conocimientos para desarrollar los microcomportamientos necesarios. En este proceso es importante identificar el nivel de conocimiento que tiene la ciudadanía para desarrollar un programa de cambio de comportamientos. De hecho, Muñiz y Corduneanu (2020) encontraron que la exposición a las noticias incrementa la noción de riesgo.

En resumen, existen diferentes narrativas y barreras que impiden la adopción de medidas preventivas, que se presenten insuficientes o poco eficaces. Estas narrativas y barreras serán más arraigadas en una población más que en otra, o serán más difíciles de revertir en poblaciones excluidas y con barreras materiales que además tengan discursos contrarios a la prevención.

En diferentes pandemias, como el Cólera, el VIH, el Ébola o el MERS, etc., se desarrollaron campañas de comunicación integrales que complementaban las medidas de Identificación, Vigilancia, Contención, Tratamiento y Atención de emergencia.

El enfoque vertical y punitivo de una estrategia sanitaria supone los medios de coerción necesarios para hacer cumplir las medidas preventivas, sin embargo, solo unos pocos países asiáticos y nórdicos, cuentan con el capital cultural de la población que les permite cumplirlos sin un uso desmedido de la fuerza. En el resto de países lo que no puede hacer el Estado con cada uno de los ciudadanos lo hacen las campañas comunicativas: Persuadir, generar alerta, incrementar la noción de riesgo y promover la presión social (Fishbein, 2001), para la adopción de hábitos preventivos.

En otras pandemias, las campañas incluyeron spots publicitarios, pero sobre todo capacitaciones a líderes comunitarios, movilización de voluntarios, trabajo con organizaciones sociales, parroquias y empresas privadas, parlantes de los mercados, o radios locales, debido al papel central que las redes locales tienen para dar sostenibilidad al cambio de comportamientos (Albert & Adelman, 1984).

Existe evidencia que las campañas de comunicación masiva directa e indirectamente producen cambios positivos o previene los cambios negativos en las conductas relacionadas a la salud (Wakefield, Loken & Hornik, 2010). Sin embargo, la experiencia internacional nos dice que para cambiar las barreras la vía es la combinación y complementariedad de la estrategia sanitaria con intensas campañas de comunicación comunitaria (PANOS, 2003).

Bastaría el cumplimiento de al menos 3 comportamientos para reducir los contagios, pero eso requiere que la “information dissemination about COVID-19, which causes individual adoption of handwashing, mask-wearing, and social distancing, can be an effective strategy to mitigate and delay the epidemic” (Teslya et al 2020). Pero para ello se requiere de una campaña integral y participativa, con actividades de refuerzo multicanal, que Piotrow et al (1997) mostraron eficacia y sostenibilidad en el pasado.

3.- Metodología

La presente investigación es un estudio de caso se basa en el análisis cualitativo de las campañas comunicativas del gobierno peruano utilizadas para combatir la pandemia. El periodo de estudio se inicia el 15 de marzo con la declaración de la cuarentena y acaba con el 17 de setiembre, dos semanas después del lanzamiento de la campaña: “El COVID no mata solo. No seamos cómplices”.

El análisis abarca tres campañas desarrolladas contra la pandemia: “Yo me quedo en casa” durante el confinamiento social obligatorio; “Primero mi salud” durante la fase 1 y 2 del reinicio de actividades económicas y “El COVID no mata solo. No seamos cómplices” durante la fase de 3 del reinicio de actividades económicas

El enfoque del estudio se basa en la comunicación para el cambio de comportamientos descrito en el marco teórico y en las características dialógicas que debe tener toda comunicación para el desarrollo. Analizaremos, además, el lugar que la comunicación ocupó en la estrategia sanitaria desplegada por el gobierno.

3.1. Preguntas de investigación

La comunicación en la pandemia tiene varias dimensiones, una de ellas es la gestión de crisis; la comunicación interna con el personal de salud; la comunicación para el identificación y seguimiento digital de los contagios. En este estudio, nos centraremos en el lugar que la comunicación para el cambio de comportamientos tiene en la estrategia sanitaria. Las preguntas de investigación que guían el estudio son las siguientes:

- P1 ¿Cuál es el rol que la comunicación para el cambio de comportamiento jugó en la prevención del contagio de la estrategia sanitaria?
- P2 ¿Cuál es el enfoque de cambio de comportamiento desarrollado por el gobierno en la Pandemia del COVID-19?
- P3 ¿Cuáles son los componentes del cambio de comportamiento que se emplearon en la comunicación gubernamental?

En base a la revisión del marco teórico planteamos 3 áreas de análisis: La relación entre la comunicación y la estrategia sanitaria; El análisis de los contenidos de los recursos comunicativos empleados; Y el análisis de los enfoques de comunicación plasmados en los recursos comunicativos. El análisis de contenido realizado a los productos comunicativos consistió en la aplicación de una checklist de presencia o ausencia del indicador y fue realizado por un solo codificador, manteniéndose la fiabilidad en el criterio de análisis de los diferentes productos comunicativos. A continuación, en la tabla 1 se puede observar los indicadores correspondientes para cada una de estas áreas:

Tabla 1 Indicadores para el análisis

Sobre la relación entre estrategia sanitaria y la comunicación
Desarrollo de estrategias basadas en la movilización de la sociedad civil. Articulación subnacional y horizontal entre los niveles de gobierno Enfoque de cambio de comportamientos
Sobre los contenidos de los recursos comunicativos
Descripción del comportamiento deseado en espacios y circunstancias de riesgo Descripción de los micro comportamientos deseados Promoción de la presión social en contra del comportamiento de riesgo Adaptación cultural a las condiciones de vida de poblaciones vulnerables Adaptación cultural a las cosmovisiones y prácticas ancestrales
Sobre el enfoque del cambio de comportamientos
Cuestionamiento a narrativas y discursos no preventivos Diferenciación de recursos comunicativos según barreras de cumplimiento Diferenciación de tipos de comportamientos según necesidades Diferenciación entre hábitos grupales y comportamientos individuales.

3.2. Muestra de recursos comunicativo

Se analizaron los spots publicitarios, videos educativos y materiales informativos usados por ministerios presentes en las páginas web oficiales de los ministerios siguientes: MINSA, MINTRA, MIDIS, MINAGRI, PRODUCE y PCM. En total se analizaron 54 productos comunicativos que pueden resumirse en la tabla 2. La lista de spots y videos analizados pueden consultarse en el anexo II.

Tabla 2 productos comunicativos según campaña gubernamental

Campañas	Spots y videos Educativos	Materiales informativos
"Yo me quedo en casa"	5	13
"Primero mi salud"	13	10
"El COVID no mata solo. No seamos cómplices"	13	0

También se incluyó documentos de planes publicitarios y estrategias sanitarias y normas que regulan la actividades y restricciones para romper con la cadena de transmisión que pueden consultarse en el anexo I.

Además, se analizaron cinco mensajes a la nación del presidente de la república sobre los cambios sustantivos en la estrategia de contra el COVID-19. Se usó como fuente la página oficial de la Presidencia de la República en YouTube desde el 15 de marzo al 17 de setiembre del 2020 (ver anexo I).

4. Resultados

A continuación, se presentan los principales hallazgos organizados en función de las 3 campañas comunicativas empleadas. En cada una se analiza la relación

con la estrategia sanitaria, en base a la línea de tiempo de la evolución de la pandemia; los contenidos y el enfoque de cambio de comportamientos.

4.1. Análisis de la campaña “Yo me quedo en casa”

Al inicio de la epidemia, ha sido sumamente difícil desarrollar una campaña debido a la cuarentena y al escaso conocimiento que se tenía del virus. La campaña “yo me quedo en casa”, si bien se trató de una campaña internacional iniciada en Italia, el gobierno peruano rápidamente adoptó el mismo lema para enmarcar su trabajo en contra de la propagación del virus. La campaña siguió el modelo de movilización de recursos, pues al igual que en otros países, instituciones y personajes se sumaron a la campaña produciendo diferentes piezas comunicativas para cumplir la cuarentena. Estas comunicaciones fueron motivacionales o meramente informativas, lo que generó una multiplicidad de información sin ejes centrales claros.

La estrategia comunicativa descansó en las conferencias de prensa presidenciales, los contenidos en ocasiones fueron buenos, aunque constantemente primó un discurso de guerra: “Cuando estamos en una guerra en la que estamos viviendo, tenemos que ser directos, tenemos que ser claros, tenemos que decir las cosas como son” (Vizcarra, 1/9/2020) o “Como en toda guerra, en el Perú salen los famosos generales después de la batalla” (Vizcarra, 13/05/2020). La metáfora de la guerra, como lo sostiene Rodríguez (2020), es desaconsejable pues reduce la empatía, y estimula un comportamiento represivo.

En ocasiones el presidente brindaba detalles sobre los micro comportamientos. Sin embargo, no hubo comunicación de refuerzo a nivel regional y local, ni un material de apoyo. Por ejemplo, el presidente abordó la necesidad desinfectar los alimentos comprados pues “cuando vayan a comprar frutas y verduras al mercado, se van a llevar de yapa el COVID-19” (Vizcarra, 29/4/2020), pero los materiales comunicativos no abordaron con precisión esta conducta. El protocolo del INACAL³ para la desinfección de alimentos era extenso y muy técnico como para implementarlo en casa.

Por su parte, los medios de comunicación y las empresas cooperaron de forma espontánea, amplificando las alocuciones, pero no transmitieron una comunicación articulada y coherente. A ello se sumó la enorme cantidad de información errónea y distorsionada que circuló en redes sociales que conformaron un fenómeno de Infodemia (OPS, 2020). Desde la perspectiva de la World Health Organization esta maraña de información no facilita que “the knowledge should be translated into actionable behavior-change messages, presented in ways that are understood by and accessible to all individuals in all parts of all societies” (Tangcharoensathien et al, 2020). Sin embargo, el

3 Instituto Nacional de Calidad

gobierno no realizó un esfuerzo para desmentir estas informaciones más allá de ocasionales menciones en las conferencias presidenciales.

Cabe subrayar que la etapa de confinamiento fue sumamente difícil pues como puede observarse en la Tabla 3, los problemas se multiplicaron a raíz del confinamiento absorbiendo las energías del ejecutivo para dar cuenta de los problemas crónicos de la sanidad, pero al mismo tiempo, resolver los problemas derivados del confinamiento como los retornados, la falta de crematorios, de oxígeno de camas UCI, de personal médico etc.

Se observó que a pesar de lo estricto y largo del confinamiento el número de contagios y de muertos creció (ver primera columna en Tabla 3). Los contagios se produjeron en los bancos para el cobro de los bonos gubernamentales y en los mercados cuando las familias asistían a acopiarse, continuando con sus viejos hábitos como ir en familia, romper la distancia social al escoger los productos o pagar, y aglomerarse en los puestos de abarrotes.

A pesar que los productos comunicativos gubernamental pusieron énfasis en las 3 reglas: uso de máscaras, distancia social, y quedarse en casa, esto último no era posible para el 70% de familias cuyos ingresos dependían de la economía informal, por ello salieron a vender informalmente,

Asistir al mercado o al banco de por sí no significa un contagio obligatorio, está claro que el contagio requiere que tanto el portador como el contagiado descuiden sus medidas de protección. Pero como la campaña del gobierno se enfocaba en recomendaciones generales sin precisar los micro comportamientos, entonces las personas que salían no disponían de información para hacer cumplir sus medidas de protección, coincidimos con Prochaska y Diclemente (1984) que señalan que el cambio de comportamiento requiere de una información precisa sobre los comportamientos deseables, y esto no se tuvo en la primera fase.

Tabla 3 Línea de tiempo de la Estrategia Sanitaria (orientada a la reducción del contagio)

Problemas	Fecha	Acciones del gobierno
Caso 1	6-marzo	
Transmisión comunitaria	11-marzo	Emergencia sanitaria a nivel nacional (D. 008-2020)
	12-marzo	Suspensión de aglomeraciones y clases
	14-marzo	Vizcarra se adhiere a campaña "Yo me quedo en casa"
1ra Fase Aislamiento social Obligatorio 15-marzo (DS-044-2020-PCM)		
276 camas UCI y 3.000 camas hosp.	15-marzo	Cierre de fronteras
	16-marzo	Inicio de la cuarentena nacional
Contagios superan los 100	17-marzo	- Bono "Yo me quedo en casa" - Llegada 30,000 kits de detección
	18-marzo	Toque de queda 20:00 – 05:00
Primer fallecimiento	19-marzo	Compra de 1,000,000 de pruebas serológicas
	20-marzo	Víctor Zamora Mesía ministro de Salud
	22-marzo	Bono Independiente
Contagios superan los 500	26-marzo	Crean Registros infractores
	30-marzo	Inauguración de la Villa Panamericana
36.000 detenidos por trasgresiones	31-marzo	Retiro de fondos AFP
Contagios superan los 1.000	1-enero	-500 camas UCI

Contagios superan los 1,000	1-abril	-500 camias UCI -Comando de operaciones COVID-19
Fallecidos superan los 50	2-abril	-Endurecimiento del aislamiento -Uso obligatorio de mascarillas
Aglomeraciones en Mercados y Bancos	10-abril	-Reducción de horario de aislamiento (06 2020-PCM)
Aglomeraciones de retornantes a provincias	13-abril	-1 persona por familia para comprar víveres Contratación de médicos extranjeros (DU 03 2020)
Contagios superan los 10,000	14-abril	Multas por violar aislamiento (DL-1458)
Colapso hospitalario	18-abril	Traslado de retornados (068-2020-PCM)
Fallecidos superan los 445	20-abril	Se aplicaron más de 100,000 pruebas
Crisis de oferta de oxígeno medicinal	29-abril	Implementación de mapa de calor Covid-19

Elaboración propia Fuente: Agencia Andina; Datos abiertos MINSA; CMP; Medios diversos.

En base a la cronología de la Tabla 3 se observa que el gobierno, puso más énfasis en un enfoque punitivo, caracterizado por el toque de queda, las multas, registros de infractores, patrullajes y detenciones, como muchos en Latinoamérica (Nuñez, 2020). Los productos comunicativos hicieron énfasis en el cambio de comportamiento individual, de hecho, el lema mismo de apelaba a una decisión personal, aunque muchas de las trasgresiones eran grupales.

Los materiales desarrollados por el MINSA estuvieron pensados para familias de clase media de Lima, las gráficas mostraban griferías y corrientes de agua que no tienen la mayoría de peruanos. No observamos productos diferenciados para poblaciones en situación de pobreza que no tienen acceso al agua potable o productos de desinfección para cumplir con las medidas de lavado de manos y desinfección y tampoco instrumentos de medición que los instructivos del INACAL muestran. Es evidente que la producción informativa, no adaptó las reglas preventivas a recursos disponibles y proponer medidas alternativas para cumplir los micro comportamientos para diversos contextos nacionales en poblaciones vulnerables.

Los materiales dirigidos a Pueblos originarios, consistieron en la traducción literal a 13 lenguas nativas de los mensajes y gráficas producidas para las ciudades⁴. En Latinoamérica surgieron experiencias cercos comunitarios basadas en prácticas consuetudinarias para evitar el contagio, sin embargo, hicieron falta productos comunicativos que los ayude a adaptar las propiedades de sus recursos locales a las necesidades de desinfección y lavado.

No observamos en esta etapa un abordaje comunicativo de las barreras cognitivas, como las narrativas de retornos inmediatos: “vivir la vida al máximo” o las creencias de que los peruanos son inmunes al virus o las prácticas de uso de yerbas para sustituir el tratamiento hospitalario, el siguiente tuit expresa con claridad esta barrera cognitiva.

4 Consultar: <https://www.gob.pe/institucion/cultura/campa%C3%B1as/872-acciones-contra-el-coronavirus-lenguas-originaarias>

Figura 1

4.2. Análisis de la Campaña “Primero mi salud”

A diferencia de la primera etapa, con la reanudación de las actividades se disponían de recursos y capacidades para desarrollar campañas focalizadas en distritos de alto riesgo, para usar canales específicos para dirigirse a públicos vulnerables (adultos mayores, pueblos indígenas) para públicos que actúan como vectores de transmisión (jóvenes y niños).

Como puede observarse en la línea de tiempo de la tabla 4, el inicio de las actividades económicas fue el 1 de mayo, aunque la cuarentena nacional continuaba vigente. Sin embargo, la campaña que acompañaría este periodo llamada “Primero Mi Salud”, recién se lanzó el 15 de junio, es decir mes y medio después. Esta brecha de tiempo muestra que la campaña no fue pensada como complemento a la estrategia sanitaria, sino, que fue desarrollada posteriormente para resolver un problema de difusión que se presentó en el camino de la implementación del inicio de actividades.

La campaña “Primero Mi Salud” se orientó a la interrupción de la cadena de transmisión en los principales puntos de aglomeración, es decir, en el transporte público, en los mercados mayoristas y minoristas, los servicios de comida y centros comerciales. Se trataron de 8 campañas sectoriales para que los usuarios y quienes brindan los servicios adopten medidas de prevención que eviten el contagio del COVID-19.

El lema así como la presentación de la campaña por el presidente, hicieron énfasis en la corresponsabilidad, “Ahora nuestro lema es ‘Primero mi salud’, si yo me cuido estoy cuidando a todos los de mi entorno; si yo me cuido, cuido a mis hijos, esposa, padres, amigos y compañeros de trabajo, no los contagio” (https://youtu.be/v7N_8YyNWVc).

Sin embargo, no existió una campaña unificada nacional, pues cada ministerio produjo videos y recursos comunicativos que fueron difundidos por sus propios canales institucionales y redes. Si bien existió un lema en común que fue “Primero mi salud”, no hubo una campaña masiva paraguas que la enmarcara o difundiera con temas y contenidos centrales, observamos una dispersión de temas y contenidos organizados de manera sectorial que en los gobiernos regionales se dispersó aún más constituyendo en una campaña difusionista e instruccional.

Como puede verse en la cronología de la Tabla 4, la estrategia para evitar los contagios se concentró en la elaboración de protocolos sanitarios dirigidos a las empresas y operadores. Además, estuvo acompañado de capacitaciones a comerciantes, detección de contagios entre los comerciantes, intervenciones de control de centros de abastos y cierre de establecimientos

Algunos de estos protocolos tenían detalles sobre micro comportamientos como por ejemplo la forma de pago, la prohibición de comidas. Sin embargo, los videos y afiches producidos por el MINTRA, no recogían esos detalles. El énfasis estuvo en concientizar a los dueños y administradores de los negocios y no en el público usuario. Ciertamente algunos medios si expusieron los detalles, pero no fueron suficientes.

Algo similar sucedió con el protocolo para el reinicio del servicio por Delivery⁵, pues el protocolo aprobado por que describen las operaciones para evitar el contagio en la preparación, empaquetamiento y entrega del Delivery, y cobro. Pero la producción informativa del ministerio de la producción no orienta a la ciudadanía sobre los procedimientos que debe exigir en el servicio.

Tabla 4 Línea de tiempo de la Estrategia Sanitaria (orientada a la reducción del contagio)

Problemas	Fecha	Acciones del gobierno
Fase 1 Reanudación de las actividades 1 de mayo. (DS-080-2020-PCM)		
-Fallecidos superan los 1200		
-40% de positivos entre comerciantes de mercados	2-mayo	
Contagios superan los 50,000	5-mayo	Bono Familiar Universal (DU 52-2020)
	11-mayo	Cierre de 11 mercados
	12-mayo	Protocolo sanitario de Transporte Público
	15-mayo	Implementación de laboratorios en regiones 605,000 pruebas aplicadas
Acaparamiento y especulación de medicinas	17-mayo	
1061 médicos infectados	21-mayo	-Protocolo sanitario para el Delivery (RM-16 2020-PRODUCE) -Lineamientos sanitarios para centros de abastos (DS-011-2020-PRODUCE)
Fase 2 Reanudación de las actividades 5 de junio. (DS-101-2020-PCM)		
Contagios en el transporte público	1-junio	Operación Tayta (Tratamiento temprano)
Fallecidos superan los 5,000	4-junio	Norma para incremento de la producción de oxígeno medicinal (DU-066-2020)
122,000 empresas reinician actividades	5-junio	
	15-junio	Campaña "Primero mi salud"
Contagios superan los 250,000	20-junio	
	22-junio	Inicio de actividades de Centros Comerciales
	30 junio	Firma de convenio con las clínicas privadas

Elaboración propia Fuente: Agencia Andina; Datos abiertos MINSA; CMP; Medios diversos.

Otro punto crítico fueron los mercados de abastos y minoristas, donde se capacitaron al personal, se exigieron el uso de barreras de polietileno,

5 RM-163-2020-PRODUCE

desinfectantes, rutas, marcadores de la distancia, etc., medidas que fueron acertadas, especialmente después de la pésima experiencia de contagios masivos en la etapa de confinamiento. Sin embargo, los afiches producidos para los centros de abastos fueron extremadamente simples. No se precisaban los micro comportamientos planteados en los protocolos.

De este análisis se deduce que el enfoque del cambio de comportamientos estaba centrado en cambios conductuales originados por el entorno de los ciudadanos, es decir por el cuidado del comerciante, por la señalética, las barreras físicas, la obligatoriedad de desinfectar las manos, etc. El énfasis de la campaña no recogió ni cuestionó las narrativas que los ciudadanos tienen sobre la transmisión del COVID-19 y que son barreras para la incorporación de prácticas preventivas.

De hecho, los medios visibilizaron cómo los protocolos eran trasgredidos por servidores y usuarios cuando no la autoridad no estaba presente. Al igual que la primera campaña, “Primero mi salud” estuvo centrada en Lima, sin prestar atención a las poblaciones vulnerables, ni a grupos étnicos. Se trató de una campaña vertical basada en el cambio de conductas individuales sin hacer diferencias entre conductas y hábitos sociales y sin promover la presión social sobre los comportamientos infractores.

4.3. Análisis de la campaña “El COVID no mata solo. No seamos cómplices”

La tercera fase del reinicio de las actividades económicas empezó el 5 de julio (semana 18) sin una campaña comunicativa que la acompañe. De la semana 22 a la semana 26 la positividad alcanzó sus máximos niveles, principalmente debido a las reuniones familiares, fiestas y almuerzos de los domingos. La apertura relajó la alerta y generalizó la percepción de que hay menos peligro, normalizó la conducta de riesgo y por primera vez se enfocó la preocupación en cómo los comportamientos colectivos constituyen vectores que incrementan la transmisión.

En la semana 27 el gobierno lanzó la campaña: “El COVID no mata solo (Ver tabla 5). No seamos cómplices”, es decir 5 semanas después del incremento de la positividad. Al igual que la anterior campaña, esta fue resultado de los cambios observados en la pandemia y no fue el resultado de un planeamiento predictivo, nutrido de la experiencia de las aperturas en países europeos. Esto confirma que la estrategia comunicativa, a menos desde su implementación no acompañó a la estrategia sanitaria, sino que fue una herramienta secundaria y tardía.

A diferencia de las dos campañas anteriores, se trata de un planeamiento estructurado con un componente de publicidad en medios de comunicación masivos y una segmentación de públicos diferenciada, para adolescentes, jóvenes, sectores rurales, clase media/alta, usando 6 spots de ficción y dejando de lado el formato informativo que había primado en las anteriores campañas. Según la nota de prensa “la campaña apela a la presión social de familiares,

amigos y ciudadanía en general para motivar la reflexión en los ciudadanos que mantienen un comportamiento irresponsable y que pueden convertirse en cómplices del COVID-19”.

Tabla 5 Línea de tiempo de la Estrategia Sanitaria (orientada a la reducción del contagio)

Problemas	Fecha	Acciones del gobierno
Fase 3 Reactivación de actividades	1 de julio (DS-117-2020-PCM)	
Fallecidos superan los 10,000	1-julio	Suspensión de la cuarentena nacional
Mueren 13 en fiesta COVID	2-julio	
Positividad semanal llega a 25%	11-julio	Cuarentena focalizada en regiones
Fallecidos superan los 20,000	15-julio	Pilar Mazzetti Soler nueva ministra de salud
Positividad semanal llega a 29%	1-agosto	
Contagios superan los 500,000	4-agosto	
Positividad semanal llega a 29%	8-agosto	
Positividad semanal llega a 26%	13-agosto	
	15-agosto	
	29-agosto	
	1 setiemb	Campaña: "El covid no mata solo. No seamos cómplices"
Fallecidos superan los 30,000	8-setiemb	
Contagios superan los 750,000	17-setiemb	

Elaboración propia Fuente: Agencia Andina; Datos abiertos MINSa; CMP; Medios diversos.

Se previeron 3 etapas, pero a la fecha se lanzó la primera, que se inicia con la difusión de 3 spots: El primero, “la pichanga” dirigido a los jóvenes que juegan fútbol y que culmina con el padre de uno de ellos en una cama UCI. El segundo, “La reunión del Barrio” dirigido a jóvenes de ambos sexos que toman cervezas en una esquina del barrio y culmina con la madre de uno de ellos en UCI. Y el tercero, “la visita familiar” muestra a un padre y su hija visitando a la abuela, dejando de lado la mascarilla, y la abuela termina hospitalizada.

Luego se lanzaron tres videos más pero que tuvieron menos difusión: “La parrillada entre amigos” muestra una reunión de clase media/alta para comer que deriva en la hospitalización de un invitado de mediana edad. “La Pachamanca” muestra una reunión donde asisten conocidos y familiares sin usar protección y el compadre de mediana edad termina en UCI. Finalmente, el último video se trata de 3 adolescentes que la zona amazónica que no le tienen miedo al COVID y termina con su madre hospitalizada.

Además de su difusión televisiva, 3 de ellos se difundieron en radios, y se elaboró una página web <https://www.noseamoscomplices.pe/> que mostraba testimonios de personalidades que tuvieron COVID. También hay 5 videos con consejos para “no ser cómplices” donde en 3 de ellos hay una descripción más detallada de los micro comportamientos (en comparación con videos de las primeras campañas) en el transporte público, en centros de abastos y comercios y sobre el uso de la mascarilla. También se incluyeron Bumpers ads en Youtube y PPTs para medios sociales y afiches de marketing.

En cuanto a los contenidos de la campaña se observa un enfoque punitivo-penalista, que ciertamente calza con la cultura peruana. No muestra un comportamiento proactivo, como la valentía que significa negarse a cumplir

las reglas del grupo o familia, o los retornos de una decisión preventiva frente a una satisfacción inmediata. A pesar de proponérselo (PCM, 2020) no promueve una presión social y corresponsabilidad pues continua con un enfoque individualista del cambio de comportamiento. En tal sentido observamos que asume una teoría que basa el cambio en el miedo y en la culpa por la muerte de un familiar, corriendo el riesgo de estigmatizar a los jóvenes y niños en algunos de esos spots. Es evidente que relacionar el CCOVD-19 con la muerte no es suficiente, la epidemia del SIDA y las campañas contra el tabaquismo y las drogas demostraron que los discursos catastrofistas saturan y con el tiempo bloquean el cambio de comportamientos (Zaes, 2002).

Sin embargo, notamos un avance pues en 2 spots se visibilizan narrativas que bloquean el comportamiento preventivo. El spot La reunión de barrio uno de los participantes se muestra desafiante cuestionando la peligrosidad del virus diciendo: “aquí lo espero parado y sin polo” que corresponde a una autopercepción de invencibilidad. Así mismo, en el spot de las adolescentes una de ellas dice “no pasa nada, ni al Tunche⁶ le tengo miedo” que expresa un discurso que minimizan el riesgo. Estos discursos solo están presentes en 2 de los 6 spots, y no son el eje central del discurso que radica en el miedo a la muerte. El resto de discursos que son barreras para la adopción del cambio de comportamientos, señalados en el marco teórico, no fueron recogidos y no aparecen en la información complementaria de la página web.

5. Conclusiones

Las tres campañas desarrolladas por el gobierno peruano estuvieron desarticuladas de la estrategia sanitaria. No fueron preventivas, sino respuestas al incremento de contagios y muertes, por tanto, las campañas no acompañaron las medidas sanitarias para reforzarlas y poner énfasis en el rol de la ciudadana para romper con la cadena de transmisión. No se dio la debida importancia al cambio de comportamientos, en su análisis sobre la estrategia sanitaria Alvarado et al (2020:128) concluyen que “el gobierno puede tomar las mejoras medidas y estrategias, pero depende del comportamiento social, para que el virus no se propague”

Al inicio de la pandemia, se asumió que las medidas de restricción, prohibición y sanción eran suficientes para inhibir la diseminación comunitaria. Durante la apertura de actividades se apostó a que los protocolos, instituciones y comerciantes estructuraran las prácticas preventivas de las personas. Sin embargo, con el incremento de la positividad y de las muertes, se observó que las prácticas individuales y hábitos grupales tenían una agencia importante en la transmisión del virus y recién lanzaron la tercera campaña que sí tuvo como objetivo el cambio de comportamientos, aunque su enfoque fue punitivo y de generación del miedo.

⁶ Deidad amazónica.

El perfil de las dos primeras campañas fueron verticales basadas en el difusionismo, pero fueron epidérmicas pues no dieron una información sobre los micro comportamientos necesarios para la adopción de prácticas preventivas eficaces. La tercera campaña incorpora información más específica pero que no fueron las piezas centrales de la campaña.

Las campañas estuvieron desarticuladas entre sí, precisamente debido a la reactividad de su naturaleza, los cambios de comportamiento promovidos por las campañas anteriores no fueron reforzados y ampliados por las siguientes.

Además, las campañas se centraron en la población limeña y en las clases medias de zonas urbanas, sin atender a los grupos vulnerables, la población rural y a los grupos étnicos. En la primera campaña se tradujeron algunas piezas comunicacionales, pero no se adaptaron culturalmente, ni consideraron sus carencias. En la tercera campaña hubo un esfuerzo por incluir en 2 de los 6 spots a poblaciones rurales y marginales.

Las campañas estuvieron centralizadas en los organismos del Gobierno, no se involucró a la sociedad, a los líderes y organizaciones de base, ni a las redes de medios educativos existentes necesarios para una mayor sostenibilidad y replicabilidad (Coffman, 2003). Las dos primeras fueron de cobertura restringida, usándose canales y redes sociales institucionales, solo la tercera se produjeron spots para masivos de comunicación.

No observamos un enfoque de cambio de comportamientos, las campañas no recogen las barreras cognitivas y culturales (solo 2 de los 6 spots de la tercera campaña mencionan estas barreras) que las personas y grupos tienen y que disminuye su capacidad para incorporar comportamientos preventivos y que sustentan prácticas grupales trasgresoras como las fiestas COVID, los partidos de fútbol, las visitas familiares, los almuerzos colectivos, etc.

Los spots no refuerzan la presión social en contra del comportamiento de riesgo, que son recomendadas en programas de cambio de comportamiento (Fishbein, 2001), pues la apuesta fue el control policial y militar de los infractores. Así mismo, no muestran comportamientos proactivos, ni moldean el comportamiento deseado, por tanto, no hay una diferenciación entre trasgresiones producto de necesidades de subsistencia de las trasgresiones por necesidades gregarias.

Futuras campañas para evitar una segunda o tercera ola de contagio, debe partir de la premisa que las prácticas personales y grupales de prevención juegan un rol central en el corte de la transmisión. Enfocar el cambio de comportamiento solamente como un problema de valores impide ver la oportunidad de generar cambios en la ciudadanía, así también el enfoque de guerra y la verticalidad de las estrategias sanitarias restan importancia al rol de los ciudadanos y ciudadanas. De hecho, una mayoría acató las medidas restrictivas y usan mascarillas o guardan su distancia, pero, no todos tenían la información precisa para que la forma de cumplir estas medidas preventivas sea efectiva y eviten contagiar o ser contagiados.

Las campañas deben basarse en el análisis de barreras cognitivas y culturales además de las barreras materiales, e incorporarlas en los frames de sus discursos, pues es la única manera de desactivar las narrativas existentes que estimulan el riesgo en los grupos sociales.

Financiamiento y conflicto e intereses

El autor declara que no ha recibido ningún tipo de retribución económica, ni financiamiento para realización del presente estudio y no presenta conflicto de intereses respecto de su contenido.

Referencias bibliográficas

- Albrecht, T.L. and Adelman, M.B. (1984), Social and life stress. *Human Communication Research*, 11: 3-32. <https://doi:10.1111/j.1468-2958.1984.tb00036.x>
- Alvarado, K. et al (2020). Estrategia nacional peruana contra la propagación de la pandemia del coronavirus (COVID-19). *Cátedra Villarreal*, 8(1), 93-108 <http://dx.doi.org/10.24039/cv202081767>
- Bandura, A. (1990). Mechanisms of moral disengagement. En W. Reich (Ed.), *Origins of Terrorism: Psychologies, Ideologies, Theologies, States of mind* (pp. 161-191). Cambridge, USA: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi:10.1037/0033-295x.84.2.191>
- BBC (2020). Coronavirus en Perú: 5 factores que explican por qué es el país con la mayor tasa de mortalidad entre los más afectados por la pandemia. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53940042>
- Centro Wiñaq (2020a). ¿Fuimos los peruanos irresponsables en el cumplimiento de la cuarentena? 02 Octubre 2020 Recuperado de: <https://rpp.pe/columnistas/centrowinaq/fuimos-los-peruanos-irresponsables-en-el-cumplimiento-de-la-cuarentena-noticia-1296129>
- Centro Wiñaq (2020b). ¿Son útiles las pruebas serológicas en la lucha contra la COVID-19? 16 octubre 2020. Recuperado de: <https://rpp.pe/columnistas/centrowinaq/son-utiles-las-pruebas-serologicas-en-la-lucha-contra-la-covid-19-noticia-1298899>
- Centro Wiñaq (2020c) ¿Cómo explicar el mal desempeño del Perú frente a la COVID-19? 18 septiembre 2020. Recuperado de: <https://rpp.pe/columnistas/centrowinaq/como-explicar-el-mal-desempeno-del-peru-frente-a-la-covid-19-noticia-1293343>
- CDC (2020). Consideraciones sobre acceso igualitario a la salud y grupos de minorías raciales y étnicas. Centros para el control y prevención de enfermedades, 4 de julio del 2020. Recuperado de: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html#fn19>
- Christakis, N. y Fowler, J. (2009). *Connected - The Surprising Power of Our Social Networks*. New York, USA: Hachette.
- Ciriaco, M. (2020). La estrategia olvidada: ¿qué pasó con los centros de atención primaria? Salud con Lupa 02 octubre, 2020. Recuperado de: <https://saludconlupa.com/noticias/la-estrategia-olvidada-que-paso-con-los-centros-de-atencion-primaria/>
- Coffman, J. (2003). *Lessons in evaluating communications campaigns: Five case*

- Studies*. Cambridge, USA: Harvard Family Research Project.
- CSSE (2020). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. Recuperado de: <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html?fbclid=IwAR131DKndFuAWxzE2IKhJLK9BgkV8Kuiw5hmUmvRWNCsHjAZ343Ov97bo#/bda759474ofd40299423467b48e9ecf6>
- Davis, T. and Srinivasan, A. (2016). *Ebola Barrier Analysis Compendium: Summary of Barrier Analysis Studies on Ebola-related Behaviors*. Curamericas Global. Recuperado de: <https://www.fsnnetwork.org/resource/ebola-barrier-analysis-compendium-summary-barrier-analysis-studies-ebola-related-behaviors>
- Defensoría del Pueblo (2020). *Crisis de oxígeno para pacientes de covid-19: Alternativas de solución. N° 017-2020-DP*. Lima: Defensoría del Pueblo. Recuperado de: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/06/Serie-Informes-Especiales-N%C2%BA-017-2020-DP.pdf>
- El País (2020). El empleo informal: una amenaza aún mayor que el coronavirus. 3 julio 2020. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2020/06/30/3500_millonos/1593508689_076024.html
- Fishbein, M.; Triandis, H.C.; Kanfer, F.H.; Becker, M.; Middlestadt, S.E and Eichler, A. (2001). "Factors Influencing Behavior and Behavior Change. In Baum, Revenson & Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. (Pp. 3-17). New York, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Funk, S., Gilad, E., Watkins, C. & Jansen, V. (2008). The spread of awareness and its impact on epidemic outbreaks. PNAS, 106(16). www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0810762106
- Gómez, A.; López Rodríguez, L.; Vázquez, A.; Paredes, B. y Martínez, M. (2016). Morir y matar por un grupo o unos valores. Estrategias para evitar, reducir y/o erradicar el comportamiento grupal extremista. *Anuario de Psicología Jurídica*. 26(1), 122-129. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2016.04.001>
- Hochbaum, G.M. (1958) *Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio-Psychological Study*. Washington DC, USA: US Government Printing Office.
- Janz, N. y Becker, M. (1984) The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*. 11, 1-47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Llerena, R.A. y Sanchez, C.A. (2020). Emergencia, gestión, vulnerabilidad y respuestas frente al impacto de la pandemia COVID-19 en el Perú. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.94>
- Mendoza, W. (2020). Salvados por la inmunidad de rebaño. Gestión. Recuperado de: <https://gestion.pe/opinion/waldo-mendoza-salvados-por-la-inmunidad-de-rebano-noticia/?ref=gesr>
- Millán Valencia, A. (2020). Coronavirus en Perú. La escasez de oxígeno por el covid-19 que puso en alerta al gobierno. BBC News. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53025355>
- New York Times (2020). El virus exhibe las debilidades de la historia de éxito de Perú. 12 junio 2020. Recuperado de: <https://www.nytimes.com/es/2020/06/12/espanol/america-latina/peru-coronavirus-corrupcion-muertes.html>
- Núñez, G. (25 de junio del 2020). Comunicación para el Cambio Social y Comportamiento -CCSYC- en contextos de emergencias y adaptación a cambios. Ciclo de paneles regionales de comunicación para la adaptación social en tiempos de COVID19. UNINORTE, UNICEF e Iniciativa de la Comunicación. Recuperado de: <https://youtu.be/ByaEEghAcck>
- OPS (2020). Entender la Infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/>

- [file/64245/download?token=vqDvd7jC](#)
- ONU, (2020). *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Latin America and the Caribbean*, JULY 2020. Recuperado de: <https://reliefweb.int/report/world/policy-brief-impact-covid-19-latin-america-and-caribbean-july-2020>
- Our World in data (2020). Excess mortality P-scores, all ages. Recuperado de: <https://ourworldindata.org/grapher/excess-mortality-p-scores?tab=table&stackMode=absolute®ion=Worldxx/>
- PANOS (2003). *Missing the Message? 20 years of learning from HIV/AIDS*. London, England: The Panos Institute.
- PCM (2020). Gobierno lanza agresiva campaña de comunicación para luchar contra la pandemia “El COVID no mata solo. No seamos cómplices”. Nota de Prensa.
- Rodríguez, A. (2020). COVID-19 y la metáfora de la guerra. En M. Moya y G. Willis (eds.) *La Psicología Social ante el COVID-19: Monográfico del International Journal of Social Psychology*, (pp 30-36). Granada, España: Universidad de Granada
- Rosenstock I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monograph*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Soto-Becerra, P., Culquichicón, C., Hurtado-Roca, Y. y Araujo-Castillo, R. (2020). Real-world effectiveness of hydroxychloroquine, azithromycin, and ivermectin among hospitalized COVID-19 patients: results of a target trial emulation using observational data from a nationwide healthcare system in Peru. <https://www.medrxiv.org/content/medrxiv/early/2020/10/08/2020.10.06.20208066.1.full.pdf>
- Tangcharoensathien V. et al (2020). Framework for Managing the COVID-19 Infodemic. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6). <https://doi.org/10.2196/19659>
- Teslya, A.; Pham T.M.; Godijk, N.G.; Kretzschmar, M.E.; Bootsma, M.C.J., et al. (2020) Impact of self-imposed prevention measures and short-term government-imposed social distancing on mitigating and delaying a COVID-19 epidemic: A modelling study. *PLOS Medicine* 17(7): e1003166. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003166>
- Torres, F. (2020). Latinoamérica en cuidados intensivos. *Salud con Lupa*, 27 de abril de 2020. Recuperado de: <https://saludconlupa.com/series/coronavirus/latinoamerica-en-cuidados-intensivos/>
- Wakefield, W.; Loken, B. & Hornik, R. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*, 376(9748):1261-1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60809-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60809-4)
- Yamamoto, J. (2020). El peruano siempre encuentra una justificación para transgredir la norma. *Noticias Departamento de Psicología*, 28 de agosto del 2020. Recuperado de: <https://departamento.pucp.edu.pe/psicologia/noticia/dr-jorge-yamamoto-el-peruano-siempre-encuentra-una-justificacion-para-transgredir-la-norma/>
- Zaes, X. (2002). *Análisis de efectividad de campañas masivas de prevención de drogas*. Santiago, Chile: Fundación Paz Ciudadana Recuperado de: <https://pazciudadana.cl/download/6483/>

ANEXO I: Fuentes secundarias online consultadas

- ANDINA Cronología del Coronavirus en el Perú <https://andina.pe/agencia/interactivo-cronologia-del-coronavirus-el-peru-488.aspx>
- Grupo Verona. Cronología de la Pandemia <https://grupoverona.pe/los-100-dias-de-la-cuarentena-cronologia-de-la-pandemia/>
- Lanzamiento de la Operación Tayta <https://www.youtube.com/watch?v=EXYsTm15iY8>
- Boletín informativo del MINSa #LaSaludNosUne. Junio y agosto 2020
- MINSa (2020). Plan de acción del MINSa contra el COVID-19 <http://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2020/04/Plan-de-acci%C3%B3n-del-MINSa-ante-el-COVID-19.pdf>
- Conferencias de prensa del presidente de la república (2/4/2020; 23/04/2020; 08/05/2020; 15/06/2020; 01/09/2020) <https://www.youtube.com/user/PresidenciaPeru>
- Normativa sobre Estado de Emergencia por Coronavirus <https://www.gob.pe/institucion/pcm/colecciones/787-normativa-sobre-estado-de-emergencia-por-coronavirus>
- Cronología del coronavirus en el Perú <https://andina.pe/agencia/interactivo-cronologia-del-coronavirus-el-peru-488.aspx>
- MINSa Acciones contra el coronavirus en Lenguas Originarias <https://www.gob.pe/institucion/cultura/campa%C3%B1as/872-acciones-contra-el-coronavirus-lenguas-originarias>
- MINSa Conoce qué es el coronavirus COVID-19 <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/699-conoce-que-es-el-coronavirus-covid-19>
- MINSa Datos Abiertos de COVID-19. https://www.datosabiertos.gob.pe/group/datos-abiertos-de-covid-19?sort_by=changed&f%5Bo%5D=field_tags%3A913&f%5B1%5D=field_tags%3A489
- Colegio médico del Perú. Comunicados. <https://www.cmp.org.pe/comunicados/>
- Campaña: “El COVID no mata solo. No seamos cómplices” <https://www.noseamoscomplices.pe/>
- MINSa Lista de reproducción de Youtube sobre COVID-19 <https://www.youtube.com/playlist?list=PLPl-hP87LKYuEF43yKvTpkXHMgz1TOpsa>

ANEXO II: Spots analizados según campañas

Campaña “Yo me quedo en casa”			
	Título	Institución	Visitas
Video	YoMeQuedoEnCasa para protegerme del coronavirus	MINSa	7235
Video	Profesionales de la salud exhortan a la población a protegerse del COVID19	MINSa	3298
Video	¡Cuidemos a los que más queremos del coronavirus	MINSa	2754
Spot	Para detener al COVID19, respeta la cuarentena	MINSa	48,155
Video	Coronavirus: ¿Cómo protejo a los adultos mayores del COVID19?	MINSa	2357

Campaña "Primero mi salud"			
	Título	Institución	Visitas
Video	No bajemos la guarda ante el #COVID19	MINSA	19,070
Spot	¿Crees que no pasará nada si nos reunimos con la familia o amigos?	PCM	19,364
Video	Recuerda, la cuarentena ha terminado. El virus, no	PCM	67
Spot	Por una nueva convivencia, ¡Primero mi salud!	PCM	7,183,469
Video	Hagamos del Perú una mejor escuela	MINEDU	316,730
Spot	Usa el transporte, pero no transportes el virus	MINTRA	3305
Video	Medidas de bioseguridad en restaurantes	MIDIS	1531
Video	Con mercados seguros y ordenados	PRODUCE	117
Spot	Mercados Seguros y Libres	MINAGRI	11,810
Video	Recomendaciones #PrimeroMiSalud	MINTRA	611
Video	PNP: Recomendaciones para la compra de mascarillas	MININTER	260
Video	¿Sabes cómo usar el protector facial de manera correcta?	MINSA	4174
Video	Uso de los diferentes tipos de mascarilla para protegernos del #COVID19	MINSA	6807
Campaña "El COVID no mata solo. No seamos cómplices"			
	Título	Institución	Visitas
Spot	La visita Familiar	PCM	1,477,106
Spot	La reunión del Barrio	PCM	30,757
Spot	La pichanga	PCM	1,474,532
Spot	Viajando en motocar	PCM	176,373
Spot	Pachamanca con los compadres	PCM	176,221
Video	Viaja sin llevar el virus a casa	PCM	2396
Video	Con distanciamiento, no hay virus	PCM	2301
Video	El jabón como aliado clave para eliminar el COVID-19	PCM	3068
Video	El uso de la bicicleta y sus ventajas en tiempos de coronavirus	PCM	456
Video	Usa correctamente tu mascarilla y protégete del COVID-19	PCM	4421
Video	Si vas al mercado, no te lleses el COVID-19 de 'yapa'	PCM	411
Video	Pold Gastelo, el actor que sobrevivió al COVID-19	PCM	13,331
Video	Padre Luis Núñez del Prado, el primer paciente UCI por COVID-19 en el Perú	PCM	2544