

Gestión de la información y la comunicación en emergencias, desastres y crisis sanitarias

EMILIO MORENO MILLÁN

Sevilla.

CORRESPONDENCIA:

E. Moreno Millán
Urb. Aljamar II, 6
41940 Tomares (Sevilla)
E-mail: emorenomillan@terra.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

30-10-2006

FECHA DE ACEPTACIÓN:

28-4-2007

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Con cierta frecuencia solemos preguntarnos si estamos bien informados, en España, en relación con situaciones de emergencia sanitaria y crisis en salud. Entendiendo que existen, al menos, cuatro puntos de vista (técnico, administrativo, político y mediático) para originar la posible desinformación, pero admitiendo el buen funcionamiento de la actual red de alerta epidemiológica y vigilancia de salud pública española, se debe convenir que el principal motivo debe encontrarse en los fallos de comunicación de riesgos, especialmente durante la gestión de estas situaciones. En este trabajo se definen y analizan las estrategias de información de riesgos, y se comentan las fases de un adecuado plan de comunicación, comenzando por una auditoría de vulnerabilidad. Se expresan las características que debe poseer el portavoz de una organización para actuar como responsable de la transmisión del mensaje, y las peculiaridades del contenido y la forma para alcanzar la confianza de la opinión pública. Finalmente se elaboran los distintos modelos periodísticos y sustratos (prensa escrita, radio, televisión, Internet) para trasladar una información en momentos de crisis y emergencias en salud. Todos los profesionales de la atención urgente y emergente deben conocer estos aspectos, y evitar así posibles errores de credibilidad y garantía informativa, especialmente aquellos que, en razón de su nivel o cargo, son considerados responsables de la gestión de la comunicación en sus instituciones. [Emergencias 2008;20:117-124]

Palabras clave: Información. Comunicación. Riesgos. Crisis en salud. Emergencias. Salud pública. Desastres.

Introducción

¿Cuántas veces nos hemos preguntado si estamos o no bien informados en España, sobre todo desde el punto de vista de la seguridad, de la salud y del consumo? ¿Nos han aportado suficiente garantía las respuestas de las Administraciones o, por el contrario, no han logrado transmitirnos la confianza y los mensajes que esperábamos?

La verdad es que han pasado más de 25 años desde el envenenamiento masivo de la primavera de 1981, aquel rompecabezas epidemiológico que comenzó como brotes de neumonía atípica en la corona metropolitana de Madrid, que se llegó a denominar "síndrome tóxico", y del que todavía hay quien sigue pensando que su origen se debió más a la ingesta de tomates tratados con pesticidas organofosforados¹ que a la intoxicación por empleo de aceite de colza desnaturalizado con anilinas^{2,3}. Otro ejemplo lo constituyen las informaciones cruzadas y contradictorias de distin-

tos responsables, sanitarios y políticos, sobre los episodios de enfermedad meningocócica de 1997: ¿hubo verdaderamente epidemia, casos incontrolados, necesidad de vacunación masiva o quizás pánico?⁴⁻⁷. ¿Y los procesos oncohematológicos en niños de Valladolid, cuyos colegios estaban cercanos a antenas de telefonía móvil?⁸. En los repetidos brotes de legionelosis (48 desde 1980, que han afectado a más de dos mil personas) ¿se ha llegado a confirmar si se debían a las torres de refrigeración, al aire acondicionado o a las duchas?⁹. ¿Ha habido casos de encefalitis espongiiforme bovina en humanos en nuestro país?. ¿Cuánto tiempo se han mantenido –o, quizás, todavía se mantienen– alterados los valores de cobre y otros metales pesados en la cadena trófica de aves, peces y crustáceos del área de Doñana-Bajo Guadalquivir, como consecuencia del vertido tóxico de las minas de Aznalcóllar en 1998?^{10,11}. ¿Llegaron casos a España del síndrome respiratorio agudo severo (SARS)?¹². O incluso, ¿la gripe

aviar debe considerarse una pandemia o un desafío para la salud pública?¹³.

Lo primero que debe analizarse es si esta aparente desinformación es consecuencia de un problema técnico, administrativo, ideológico o mediático. Y, desde luego, fuere cual fuere su motivación, sí parecería ético que se produjera. En mi opinión, España cuenta con una extraordinaria red de vigilancia epidemiológica –central y autonómica– dotada de excelentes medios y con magníficos profesionales, que inicialmente trasladarían la responsabilidad a los representantes políticos de las distintas Administraciones con competencias en estas materias y todo ello, obviamente, sin eludir la participación de algunos medios de comunicación¹⁴⁻¹⁶.

Emergencias y crisis de salud

Las situaciones de emergencia sanitaria, ampliadas a la salud comunitaria, suelen denominarse “crisis” en la bibliografía internacional¹⁷⁻²¹. Aparecen con una cierta frecuencia, incluso en el mundo desarrollado, y abarcar problemas de muy variada índole, desde anomalías o excepcionalidades en los propios centros del sistema (errores médicos, fallos de tecnologías, huelgas de personal, infecciones hospitalarias, listas de espera,

etc.) hasta accidentes con múltiples víctimas, desastres o alarmas epidemiológicas de distinto grado de complejidad (Figura 1).

La gestión de los responsables de la salud pública debe ser muy sensible ante estas situaciones, y deben conocer correctamente sus bases epidemiológicas y definir las vías de intervención, para poder transmitir a los ciudadanos la sensación de protección, por una parte, y la adecuada información por otra, de forma que así se garantice su seguridad.

Las organizaciones, públicas y privadas, han adoptado en los últimos años nuevas estrategias ante estas crisis en salud, y han pasado de escenarios puramente sanitarios a entornos sociales y políticos, donde el factor mediático se hace más relevante. Se busca, fundamentalmente, la protección de la población –mediante recursos de seguridad integral– y la transmisión de la información sobre lo sucedido a través, en ambos casos, de la comunicación.

En este sentido, los atentados terroristas en el metro de Tokio²², en los dos edificios del World Trade Center de Nueva York y el Pentágono²³, en los trenes de cercanías de Madrid²⁴ y en el metro y autobuses de Londres²⁵ han obligado a los gobiernos de los países miembros de la Unión Europea (UE) y a organismos internacionales con responsabilidades en el ámbito de la seguridad y la



Figura 1. Algunos ejemplos de situaciones de crisis en salud.

protección civil a revisar y reforzar sus políticas de prevención y respuesta a las emergencias, retocar sus propios planes y modificar los recursos destinados a combatir y paliar este tipo de ataques indiscriminados²⁶.

Pero también la propia UE, convencida de la necesidad de minimizar el riesgo y mejorar la oferta ante estas situaciones, ha creado y desarrollado el denominado Comité de Seguridad Sanitaria (CSS), con el objetivo de complementar las medidas nacionales mediante una acción rápida, homogénea y conjunta²⁶.

Además, la epidemia de SARS¹² y los brotes de gripe aviaria¹³, surgidos en estos dos últimos años y extendidos a algunos países europeos, han puesto de manifiesto una nueva dimensión en el sector de la salud pública moderna, y han obligado a una reflexión profunda sobre los mecanismos de defensa que se poseen contra las enfermedades transmisibles. Así, la coordinación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁷ y el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta (SAPR) de la UE²⁸ hizo que pudieran prepararse adecuadamente los recursos humanos y materiales para hacer frente a episodios, incluso múltiples, de estos procesos.

Recientemente se ha creado, también, el Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades (*European Centre for Disease Prevention and Control*, o ECDC en su acrónimo inglés)²⁹, con sede actual en Estocolmo, para facilitar la cooperación ante emergencias en salud comunitaria, con medidas tanto de carácter médico como de orden público, protección ciudadana, seguridad comercial y flujos migratorios, y que incluyen herramientas de formación e información a los distintos niveles sociales y políticos.

Por todo ello, parece obvio que, para la elaboración de los planes estratégicos de crisis de salud, se deban contemplar algunos elementos fundamentales en su desarrollo, como el asesoramiento científico, las estructuras de enlace, mando y control, la preparación del sector sanitario y otros grupos y organizaciones y, por supuesto, la gestión de la información y de las comunicaciones en estas situaciones críticas.

La comunicación del riesgo

El riesgo es un fenómeno íntimamente relacionado, en mayor o menor grado, con cualquier actividad humana. Incluso se puede decir que el hecho mismo de vivir constituye un importante riesgo, ya que siempre existe la posibilidad de resultar dañado, tanto por causas naturales como

antropicas o tecnológicas. Su evaluación analiza la información sobre las características de una sustancia o una intervención, estudia el nivel de exposición de una determinada comunidad y específica hasta qué punto puede ser perjudicial para la salud^{17-21,30,31}.

Si en la vida convencional estamos rodeados de riesgos y el individuo, sensible a ellos, percibe la necesidad de identificarlos, controlarlos y, en lo posible, tratar de evitarlos, parece obvio que en sociedades democráticas que gozan de bienestar sean sus Administraciones las encargadas de responsabilizarse del análisis de los problemas de su entorno, de su vigilancia y de su gestión si llegaran a producirse. Hasta en el caso de que no se hubieran transformado en situaciones de peligro ni en acontecimientos nocivos es obligada, no obstante, la transparencia informativa hacia el ciudadano: la comunicación del riesgo.

Para la OMS, las estrategias de comunicación constituyen un componente muy importante de la gestión de todo brote de enfermedad infecciosa y son absolutamente esenciales en el caso de pandemias^{13,32}. La información correcta y oportuna es fundamental para minimizar la perturbación social indeseada y las consecuencias económicas, pero también para optimizar la efectividad de la respuesta. Sin embargo, para el Centro de Control de Enfermedades (CDC, en sus siglas inglesas)³³ es el intento de la ciencia y de los profesionales de la salud pública para suministrar una información que permita, a un individuo o a toda una comunidad, tomar las mejores decisiones durante una crisis en la que esté afectada su seguridad o su bienestar.

Sandman³⁴ define la comunicación del riesgo como un conjunto de capacidades y conocimientos para transmitir a la sociedad una información adecuada sobre una crisis de salud, reconociendo la lógica incertidumbre y sin intentar eliminar por completo los temores. Para ello se requieren planificación, identificar lenguajes, gestionar percepciones y buscar puntos de equilibrio. Covello^{17,30,35} introduce el criterio del intercambio de información, entre las partes interesadas, especialmente sobre la naturaleza, magnitud, significado y control de ese riesgo.

El Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos conceptúa esta actividad como un proceso complejo, multidisciplinario, multidimensional y envolvente, que no se puede reducir a meras campañas de información, sino que debe incluir el manejo de los conflictos asociados y evitar su minimización o evasión³⁶.

Una de las principales diferencias entre comu-

nicación del riesgo y Comunicación de la crisis está en su propio origen: la primera está asociada con la identificación de su mecanismo y los esfuerzos, a largo plazo, para persuadir a la sociedad de adoptar hábitos más saludables; la segunda es informativa, infrecuente, basada tanto en hechos ya conocidos como no. De todos modos, interaccionan entre ambas, aunque la comunicación del riesgo suele ser más controlable y menos limitada que la de la crisis. Reynolds^{37,38}, Seeger³⁹ y Sellnow⁴⁰ han descrito los esfuerzos para intentar combinar ambos conceptos en las situaciones de emergencias y desastres en salud. En todo caso, existen mitos, muy acusadamente introducidos en la población, que deben ser erradicados. Por ejemplo, la creencia de que no hay tiempo suficiente ni recursos para disponer de un programa o plan de comunicación, o que informar al público sobre riesgos se asocia a la probabilidad de que se agrave el nivel de alarma o, finalmente, que la transmisión de estos mensajes de alerta no son responsabilidad de casi nadie, y que no involucran a ningún individuo o profesional. Contra esos mitos están las acciones clave que las distintas Administraciones deben inculcar en sus profesionales, básicamente en sus epidemiólogos.

El plan de comunicación

La noticia es la transcripción de un evento que presenta características específicas: magnitud, excepcionalidad, novedad o reiteración, especial relevancia, área importante o población afectada.

En este sentido, el mensaje que se debe trasladar a la sociedad ha de responder a varios interrogantes (qué, cuándo, cómo, dónde, por qué y, sobre todo, qué se ha hecho, qué se está haciendo y qué se va a hacer y en qué tiempo), y tiene que adoptar un contenido (verdadero, creíble, real, claro, conciso, completo, coherente, contrastado, comprensible, estructurado, sencillo, acrítico y no especulativo) y una forma (precoz, dirigido a una población diana, periódico, competente, que imparta confianza y tranquilidad, a la vez que demuestre interés, preocupación y experiencia), y además debe provocar modificaciones positivas en el comportamiento colectivo de la población, e influir en actitudes y conductas individuales⁴¹.

Para ello se debe elaborar un plan de comunicación, con el objetivo de restaurar la seguridad sin alarmar innecesariamente. No existe un modelo específico ni reglas definidas, pero debe realizarse desde un punto de vista exclusivamente sanitario –o, mejor, de salud– que obedezca a los distintos tiempos y fases de decisión operativa (Figura 2), y con una secuencia de intervenciones (previas, en la etapa temprana del evento, en la de mantenimiento, en la de resolución y, por último, en la de evaluación y análisis), con la fórmula más adaptada a la organización, con conocimiento intenso del entorno y con una fuente única y un objetivo concreto: restaurar la confianza, sin alarmar pero sin discriminar⁴¹.

Debe quedar claro que, para poder realizar adecuadamente una política de comunicación de riesgos, se precisa una auditoría inicial de vulnerabilidad. Mediante ella deben concretarse, identifi-

ANTES

- Definir cada emergencia
- Identificar el objetivo
- Determinar las necesidades
- Concretar el fin de la comunicación
- Establecer parámetros éticos
- Conocer la disponibilidad de recursos
- Preparar una web
- Crear un gabinete de comunicación
- Reservar un área física
- Desarrollar red de responsables

FASE INICIAL

- Identificar al portavoz
- Definir 2-3 mensajes
- Coordinar periodicidad
- Programar visitas autoridades

MANTENIMIENTO

- Facilitar información técnica a medios
- Vigilar lo publicado
- Evitar correcciones, pero corregir
- Transmitir capacidad resolutoria

RESOLUCIÓN

- Conocer la reducción del interés social
 - reforzar los mensajes
 - obviar lo negativo
 - enfatizar el motivo y los riesgos
- Evaluar el sistema de comunicación
- Aprovechar para formación
- Planificar nuevas estrategias

Figura 2. Plan de comunicación: secuencia de intervenciones.

carse y catalogarse las posibles amenazas de una zona o región, comenzar la preparación de una información base, especificar los públicos-diana y sus necesidades, definir los objetivos, establecer los parámetros de conductas éticas en la transmisión, formar un equipo con capacitación mínima en este terreno a todo el personal, entrenar en el desarrollo de mensajes a través de una moderna tecnología e, incluso, disponer de una página web para la misión informativa.

En la fase precoz de la crisis debe significarse al portavoz, definir claramente dos o tres mensajes claves, coordinar la periodicidad con que van a ser emitidos y programar las posibles visitas a la zona de las autoridades. En la etapa de mantenimiento es cuando ya se hace obligada la facilitación de la información técnica a los medios, vigilar lo publicado para corregir –con enorme tino y prudencia– cuanto antes posibles errores, y transmitir confianza y capacidad de respuesta. En la fase de resolución, donde se reduce drásticamente el interés social por la reiteración de la información, deben reforzarse los mensajes, obviarse lo negativo y enfatizarse lo positivo. Finalmente, en la de evaluación hay que aprovechar las lecciones aprendidas para formación de nuevos responsables y para planificar estrategias de mejora.

Asumir ópticas políticas y triunfalistas conduce inexorablemente al fracaso más rotundo. Es preciso recordar que el silencio siempre es negativo y que los primeros momentos suelen ser críticos, informativamente hablando. No se debe improvisar, exagerar o subestimar, sobreentender, revelar confidencias, retener datos, opinar, adelantarse a la investigación, especular ni, mucho menos, mentir o culpabilizar. No es oportuno mezclar mensajes de múltiples expertos, facilitar una información tardía, enfatizar una afirmación (se pierde credibilidad), dejar rumores sin corregir o utilizar portavoces deficientes.

La sociedad requiere información veraz y en tiempo adecuado, lo que emplaza a las organizaciones responsables de la salud a facilitarla correctamente. Las repercusiones sociales y políticas de pequeños errores en la comunicación pueden ser –de hecho han sido– enormes y trascendentales. Hay que recordar que no todas las crisis pueden ser reconducidas, que una vez transmitida una información errónea o que induzca a ser malinterpretada es prácticamente imposible resolver la situación.

No se debe olvidar que Vidal-Beneyto⁴² ha recogido recientemente lo ya afirmado por el Comité Internacional de Comunicación, Conocimiento y Cultura, en 1978, que “la comunicación mediá-

tica no reproduce ni representa la realidad, sino que la fabrica y acaba imponiéndola, porque resulta más creíble que la convencional, ya que es más productora de efectos...”⁴³. La sociedad responde no reconociendo lo que no le interesa, prioriza los cauces informales (sobre todo el rumor, que sólo adquiere plena eficacia cuando es legitimado y magnificado por los medios), es más sensible a lo que le afecta negativamente, es favorable a instituciones que inspiren inicialmente confianza y suele estar muy influenciada por líderes de opinión.

Modelos para la comunicación

La transmisión de la información en estas situaciones de crisis puede hacerse a través de los tres medios habituales: la prensa escrita, la radio y la televisión, lo que no excluye el empleo de otras tecnologías como el correo electrónico o los *blogs*. En cualquiera de ellos puede adoptar formatos convencionales (declaración, nota informativa, rueda de prensa, entrevista, debate, tertulia) aunque se recomienda que, en estas circunstancias, se utilicen preferiblemente las vías unipersonales más directas y rápidas. Se pueden aprovechar modelos múltiples (rueda) o individuales (mensajes a cada uno de los medios, incluidas las agencias).

Dada la necesidad de informar en tiempo real y con un cierto grado de inmediatez, a fin de evitar que lo transmitido quede rápidamente obsoleto, es preciso hacer las manifestaciones en directo, aunque más tarde pueda el medio (generalmente radio y televisión) reiterar la noticia indicando la hora en que fue recibida.

En los modelos no escritos se obliga al portavoz de la organización a conocer perfectamente el incidente, el escenario y las instituciones intervinientes, pero también a poseer unas determinadas propiedades (voz, expresión, gestos, empatía) que satisfagan al público receptor e incrementen la credibilidad de lo relatado. Un aforismo periodístico afirma que “si quieres que te entiendan di tres cosas, si quieres que te retengan sólo una”, ya que un comunicado escueto, centrado y sencillo es mucho más efectivo que otro más prolongado, difuso y complejo⁴¹.

El portavoz debe utilizar frases cortas, con un lenguaje cercano y casi familiar, sobre unas ideas-fuerza que han de ir previamente concretadas, debe hacer pausas pero no demasiado largas, emplear mensajes positivos, que adelanten las buenas noticias, y poner titulares al principio de cada intervención o cada punto clave. Debe de-

- 2 Anónimo. Veinticinco años del aceite de colza, la mayor intoxicación alimentaria en la historia de España. 20 minutos, 17 de octubre de 2006.
- 3 Caba G. La gran farsa de la colza. *The Ecologist* (castellano), octubre 2000.
- 4 Omeñaca F. Pánico en la comunidad. *El País*, 7 de abril de 1997.
- 5 Equipo editorial. Meningitis meningocócica, dos años después. *Rev Ped At Primaria* 1999;1:9-14.
- 6 Cervera S. ¿Vacunación contra la histeria? *El País*, 13 de septiembre de 1997.
- 7 Luna A. Epidemia de pánico o epidemia de desastros. *El País*, 16 de abril de 1997.
- 8 Doncel L. ¡Que no queremos la antena!. *El País*, 18 de octubre de 2006.
- 9 Eurosurveillance. Eurostat, 2005.
- 10 Moreno E. Emergencias en salud pública y salud pública en emergencias. *Urg, Emerg, Catastr* 2003;4:94-8.
- 11 Moreno E, Valdés F. Intervenciones de emergencia en salud pública tras el vertido tóxico por el accidente minero de Aznalcóllar (Sevilla). *Emergencias* 2003;15:157-64.
- 12 Centres for Disease Control and Prevention. Severe acute respiratory syndrome (SARS), Information for specific groups and settings, February 2003.
- 13 Organización Mundial de la Salud. Gripe aviar: nota descriptiva. Enero 2004.
- 14 Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo 564/2004, de 27 de febrero, por la que se establece el Sistema de coordinación de alertas y emergencias de Sanidad y Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.
- 15 Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas especiales en materia de salud pública.
- 16 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- 17 Covello VT. Risk perception and communication. *Can J Publ Health* 1995;86:78-82.
- 18 McCallum DB, Hammond SL, Covello VT. Communicating about environmental risks: how the public uses and perceives information sources. *Health Educ Q* 1991;18:349-61.
- 19 Routhier D. Crisis communications. Take action now to help stay connected during an emergency. *Healthc Inform* 2006;23:94.
- 20 Tabar P. Combatting crisis. When did you last revamp your disaster recovery strategy? *Healthc Inform* 2004;21:47-8.
- 21 Weiss R. Using technology to improve crisis response. *Health Prog* 2003;84:10.
- 22 Mantecón R. Un ataque con gas tóxico a la hora punta en 16 estaciones del metro siembra el pánico en Tokio. *El País*, 21 de marzo de 1995.
- 23 Anónimo. EE.UU. sufre el peor ataque de su historia. *El País*, 12 de septiembre de 2001.
- 24 Anónimo. Infierno terrorista en Madrid: 192 muertos y 1.400 heridos. *El País*, 12 de marzo de 2004.
- 25 Anónimo. Matanza terrorista en Londres. *El País* 8 de julio de 2005.
- 26 Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, de 2 de junio de 2003, relativa a la cooperación en la Unión Europea en materia de preparación y respuesta ante atentados con agentes biológicos y químicos (seguridad sanitaria).
- 27 World Health Organization. Health action in crises. Annual report 2005, Geneva 2006.
- 28 Decisión de la Comisión de las Comunidades Europeas por la que se crea el sistema de alerta rápida y respuesta temprana, de 23 de diciembre de 2005. Diario oficial de la Unión Europea de 24 de enero de 2006.
- 29 European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC, 2006.
- 30 Covello VT. Best practices in public health risk and crisis communication. *J Health Commun* 2003;8 (suppl 1):1-5.
- 31 Seeger MW, Sellnow TL, Ulmer RR. Communication, organization and crisis. In ME Roloff (Ed), *Communication Yearbook* 21. Thousand Oaks, California, 1998.
- 32 Thieren M. Health information systems in humanitarian emergencies. *Bull World Health Org* 2005;83:584-9.
- 33 Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, 2005.
- 34 Sandman PM. Bioterrorism risk communication policy. *J Health Commun* 2003;8 (supl 1):146-7.
- 35 Covello VT. Risk communication: an emerging area of health communication research. In SA Deetz (ed), *Communication Yearbook* 15 (pp 359-373), Newbury Park, California, 1992.
- 36 Ott WE. Emergency messaging & contingency communications. *JEMS* 2003;28:108-10.
- 37 Reynolds B, Seeger MW. Crisis and emergency risk communication as an integrative model. *J Health Commun* 2005;10:43-55.
- 38 Reynolds B. Crisis and emergency risk communication. Atlanta: centers for disease control and prevention, 2002.
- 39 Seeger MW, Sellnow TL, Ulmer RR. Public relations and crisis communication: organizing and chaos. In RL Heath (Ed), *Public relations handbook* (pp 155-166), Thousand Oaks, California, 2001.
- 40 Sellnow TL, Seeger MW, Ulmer RR. Chaos theory, informational needs and the North Dakota floods. *J Appl Commun Res* 2002;30:269-92.
- 41 Escuela Andaluza de Salud Pública. Seminario sobre Comunicación en instituciones sanitarias: situaciones de crisis y planes de comunicación. Granada, 2000.
- 42 Vidal-Beneyto J. La comunicación, entre el rumor y la provocación. *El País*, 18 de febrero de 2006.
- 43 Comité Internacional de Comunicación, Conocimiento y Cultura (ISA), Lausana, 1978.

Information and communication management in emergencies, disasters and health care crises

Moreno Millán E

We rather frequently ask ourselves whether we are sufficiently well informed, here in Spain, regarding situations of health care emergencies and crises. Considering that there are at least four different points of view (technical, administrative, political and mass-media) that may originate a possible disinformation, yet admitting the good functioning of the present Spanish epidemiological alert and public health vigilance network, we should agree that the main reason for disinformation must be found in deficiencies in the communication of risks, particularly during the management of such situations. We here define and analyse the risk information strategies and discuss the phases of an adequate communication plan, beginning with a true audit of vulnerability the characteristics are discussed that the spokesman of an

organisation should have in order to act as the person responsible for the transmission of the message, together with the peculiarities of the message's contents and the mode of presentation in order to achieve the confidence of the public. Finally, the various journalistic models and substrates (written press, radio, television, Internet) are presented and elaborated that will allow the transfer of information at times of crises and health emergencies. All professionals of urgent and emergent care should be fully aware of these aspects, thus avoiding and preventing possible errors in credibility and informative guarantee, but most particularly those who, because of their level or position, are held to be responsible for communication management within their respective institutions. [Emergencias 2008;20;117-124]

Key words: Information. Communication. Risks. Crises. Emergencies. Public health. Disasters.