

---

# Las vacunaciones de meningitis de 1997. Los medios de comunicación

\_\_\_\_\_  
*José Luis Aboal Viñas<sup>a</sup> y M.<sup>a</sup> Pilar Farjas Abadía<sup>b</sup>*

*<sup>a</sup>Socio Director Aplica Asociados.*

*<sup>b</sup>Jefe de Servicio de Productos Sanitarios. SERGAS.*

## Introducción

---

La comunicación y transmisión de las experiencias de la gestión de las distintas crisis sanitarias acaecidas en nuestro país en los últimos 20 años debe servir para mejorar las respuestas que se tendrán que dar desde los servicios de salud a nuevas crisis sanitarias. Al fin y al cabo, la gestión del conocimiento es un aspecto fundamental de una gestión organizativa de calidad.

En una primera parte de la ponencia se presentan algunas consideraciones generales sobre la gestión de crisis sanitarias, fruto de las experiencias vividas como responsables en la solución de las mismas.

A continuación se expondrá la experiencia de la gestión de la crisis sanitaria provocada por la epidemia de meningococo C en Galicia, haciendo especial hincapié en los aspectos sobre la comunicación.

Por último, y a partir de la información presentada, se plantean unas reflexiones que esperamos puedan ser de ayuda a la hora de enfrentarse, el responsable sanitario, a nuevas crisis sanitarias.

## Consideraciones generales sobre las crisis sanitarias

---

Una crisis puede, de forma inesperada, producir daños irreparables en una organización o en una población, con resultados devastadores, económicamente, en términos de impacto sanitario o medioambiental. Sean producidas por un accidente aéreo, de una planta química, un problema alimentario, o un brote de una enfermedad, las crisis suelen ir paralelas o tener un gran impacto en los medios de comunicación, con la percepción en la opinión pública de estar ante un problema grave.

La principal consecuencia extraída de la experiencia de las sucesivas crisis su-

fridas por los países y organizaciones, es la constatación de que la adopción de medidas de prevención de futuras crisis siempre debe incluir el diseño de potentes estrategias de comunicación efectiva para reducir el impacto negativo sobre las organizaciones responsables.

Una crisis se define por la presentación ante la opinión pública de problemas de salud nuevos (emergentes o por agentes tóxicos nuevos), en muchos casos asociados a elementos estructurales o industriales, comerciales o a variaciones en los sistemas productivos, y que se han percibido por la población como una amenaza para su seguridad o su salud. En los últimos 20 años hemos sufrido en España importantes crisis sanitarias: aceite de colza, meningitis, aspergilosis, legionelosis, dioxinas y “vacas locas”. En todas ellas el elemento decisivo que ha convertido el problema en una crisis ha sido el seguimiento intensivo y constante de la opinión pública a través de los *mass media*, de la evolución del problema y de las medidas adoptadas y su efectividad.

En otras palabras, una crisis o emergencia sanitaria es una situación extraordinaria para el Sistema Sanitario, motivada por un problema sanitario grave, que implica una amenaza para la salud de las personas o para el propio sistema público, y que es percibida como tal por la

opinión pública. En general, las crisis cumplen alguna de las siguientes características:

1. Existe un grave riesgo para la salud.
2. Afecta a varias áreas o centros sanitarios.
3. Fue considerada como crisis en otros lugares.
4. Los medios de comunicación lo consideran como una situación de crisis o emergencia (amplia cobertura durante varios días).

Por otra parte, se puede definir un problema sanitario grave como aquella situación en la que se identifica la existencia de una incidencia importante en la prestación de servicios sanitarios o la aparición de un peligro para la salud que puede llegar a convertirse en una crisis o emergencia sanitaria.

El diferenciar entre problema sanitario grave y crisis sanitaria permitirá a las organizaciones tomar medidas sobre el problema antes de que estalle la crisis y, por lo tanto, afrontarla en mejores condiciones. Teniendo en cuenta esta diferencia se pueden identificar en la gestión de un problema sanitario grave que se podrá convertir en crisis las siguientes fases:

1. Precrisis: período de tiempo desde la identificación de un problema sanitario grave hasta el inicio de la crisis aguda.

**2. Crisis aguda:** tiempo caracterizado por la presión de los medios de comunicación y la especulación informativa (problema en portadas) o caracterizada por una elevada morbimortalidad.

**3. Resolución de la crisis:** fase en la que se establecieron las medidas de control y son visualizadas como tales por la opinión pública.

**4. Cierre de la crisis:** momento en el que se decide suspender todas las actividades que se iniciaron al identificarse el problema sanitario grave.

Los elementos a tener en cuenta en la aparición de una crisis son:

- El problema sanitario.
- La población afectada.
- Los agentes implicados.
- Los medios y estrategias de comunicación.
- La percepción del riesgo por la población.

Si se analizan los elementos asociados a los problemas que terminaron provocando importantes crisis en los países europeos, nos encontramos que en todos ellos se trataba de problemas de salud generados por:

- “Nuevos agentes”.
- El riesgo se presentaba difuso (sin fronteras).
- Sin posibilidad de opción de elección individual en la exposición.

- Con efectos en la salud a largo plazo.
- Con importantes lagunas o incertidumbres de conocimiento sobre los agentes, las medidas terapéuticas, su evolución o las consecuencias.

Los medios de comunicación desempeñan un papel trascendente, tanto en la comunicación como en la formación de opinión del público, siendo no sólo los medios que acercan la información a la opinión pública, sino que centran su atención y dotan a las noticias de importancia y urgencia. Entre los factores que desencadenan el interés de los medios de comunicación en un problema, y que determinan la probabilidad de que éste se convierta en foco de interés o incluso crisis, destacan:

- 1.** Existencia de riesgo de daño, enfermedad o repercusiones sanitarias.
- 2.** Sospecha de que se oculta información.
- 3.** Interés humano del tema (comportamientos heroicos o muy negativos, etc.).
- 4.** Relacionados con personajes públicos o de relevancia social.
- 5.** Afecta a gran número de personas.
- 6.** Relacionados con el sexo o el crimen.

En el análisis de las crisis sanitarias provocadas por la epidemia de meningitis, los brotes de aspergilosis o de legio-

lenosis, los elementos comunes identificados son:

- Se trató de enfermedades emergentes (cuya incidencia está aumentando o amenaza con aumentar).
- De transmisión aérea.
- Exposición “universal” y no opcional.
- Con grave repercusión pública.

En lo que respecta a la población hay que tener en cuenta que en nuestra sociedad actual, los ciudadanos quieren tener un papel activo en los procesos de decisión que afecta a sus vidas, consecuencia del mayor nivel de información y de exigencia de la población frente a las instituciones, sean políticas o científicas. La población se ha convertido así en un agente crítico en la gestión de los riesgos.

La confianza y la percepción son dos elementos fundamentales de la comunicación del riesgo. Las estrategias de comunicación buscan conseguir la confianza de la población en las instituciones que están liderando el problema, y por tanto en las medidas adoptadas, lo cual se convierte en un problema para los gobiernos y sus organismos cuando la opinión pública los percibe como fuentes de información no fiable. La percepción es la consecuencia de la suma de los elementos citados más ele-

mentos subjetivos del receptor, la población, de sus actitudes y creencias que determinan la respuesta ante riesgos concretos.

A la hora de enfrentarse a la gestión de una crisis sanitaria las organizaciones deben tener bien claros y definidos los valores y principios que regirán todas sus actuaciones. Algunos de estos principios podrían ser:

1. Minimizar los riesgos para la salud del problema detectado.
  2. Dar una respuesta de forma rápida y ágil.
  3. Existencia y actualización de planes específicos de actuación.
  4. Transparencia en las actuaciones.
  5. Colaboración entre todas las partes interesadas.
  6. Información eficaz a los consumidores.
  7. Minimizar el impacto negativo en las actividades económicas.
  8. Lealtad entre las partes interesadas en las decisiones y actuaciones.
  9. Proporcionalidad de las medidas y actuaciones.
  10. Eficiencia de las actuaciones.
  11. Unidad de acción.
  12. Utilización de metodologías avanzadas de toma de decisión.
  13. Practicidad y simplicidad.
- La aparición de graves problemas de

salud, ya sea por la magnitud de su impacto sobre la salud de la población o por la repercusión social del mismo, exige que las administraciones sanitarias respondan con celeridad, eficacia y minimizando las posibilidades de error. Los servicios sanitarios públicos basan muchos de sus éxitos en la aceptabilidad por parte de la población de las actuaciones que promueve, ya que un importante porcentaje de esa aceptabilidad proviene de la credibilidad que ofrecen las autoridades sanitarias; por lo que un fracaso determina una mayor repercusión, por la pérdida de credibilidad que conlleva para los gestores y políticos responsables del área afectada.

En general, la propia dinámica de las crisis exige un gran dinamismo, flexibilidad y capacidad de respuesta rápida de las organizaciones, adoptando:

- Sistemas de información o vigilancia rápidos y eficaces.
- Estrategias de comunicación del riesgo efectivas.
- Medidas regulatorias abiertas y creíbles.
- Adopción de medidas de reducción del riesgo y de los niveles de incertidumbre.
- Evidencia de la efectividad de las medidas adoptadas.

## **Descripción general de la gestión de la crisis por la epidemia de enfermedad por meningococo- C**

---

### **Contexto. Identificación del problema sanitario grave**

La enfermedad meningocócica en Galicia se presentó tradicionalmente como una endemia, con incidencias superiores a las del resto de España, y con ciclos de hiperendemia, el último de los cuales tuvo lugar de 1971 a 1987, superándose los 30 casos por 50.000 habitantes en la temporada 1978-1979, en el cual existió un predominio de los meningococos del serogrupo B.

No obstante esta amplia experiencia con la enfermedad, la población de Galicia no es ajena a la escasa tolerancia social que su presentación suscita con los actuales conocimientos científico-técnicos de la atención médica. La gran alarma social generada por la aparición de casos de meningitis, y sobre todo por su letalidad provocó situaciones de conflicto en un brote de enfermedad meningocócica en Caldas de Reis (enero de 1995; 6 casos en una población de 9.080 personas en 23 días). El brote puso de relieve una nueva situación epidemiológica que posteriormente se confirmaría a nivel autonómico y que se caracterizaba por una alta tasa de incidencia y el aislamiento

de una nueva cepa: la *Neisseria meningitidis* C serotipo 2b, serosubtipo Pl.2,5. E.

El aumento progresivo de casos exigió una gran rapidez de actuación ante cada uno de ellos, cuyas claves fueron la constancia en el riguroso cumplimiento del protocolo, la realización de frecuentes contactos con la prensa y los profesionales sanitarios, la puesta en marcha de una vigilancia activa y la ampliación de los datos de las notificaciones de los casos.

De la vigilancia epidemiológica de la temporada 1995-1996 se pudo definir la situación epidemiológica, con un importante incremento de la incidencia de enfermedad meningocócica, concentración de casos en menores de 20 años y en el 81% de los casos de serogrupo conocido, que fue el C; incremento del porcentaje de casos presentados en mayores de 4 años, aspecto asociado al cambio de patrón epidémico, presentación geográfica multifocal y de dispersión progresiva. La modelización de la serie de datos con metodología Box-Jenkins predijo una onda hiperendémica para la temporada 1996-1997.

Con esta información podíamos caracterizar este problema de la siguiente forma:

1. Se trata de un problema nuevo (altas tasas de incidencia de enfermedad meningocócica por serogrupo C y una

nueva cepa 2b:Pl.2,5) del que no existía experiencia previa en su manejo en la Comunidad Autónoma, y muy escaso en otros lugares en el mundo.

2. Se definía el problema como complejo debido principalmente al germen causante de la enfermedad, del que persisten importantes lagunas en el conocimiento científico de su etiopatogenia.

3. Alta trascendencia por su magnitud como problema de salud.

4. Es un problema sensible por su gran repercusión social.

5. Se considera crítico para la organización, ya que desde distintos medios, tanto sociales como científicos, se demandaba una respuesta adecuada al problema de salud. Por otra parte la efectividad en la aplicación de una actuación en salud pública depende en gran parte de la credibilidad que la población tenga de la institución que lo ponga en marcha.

6. Es un problema que puede tener implicaciones a largo plazo, ya que el retraso en la toma de decisión puede conllevar a la pérdida de salud en la población.

7. Existen varias alternativas para la solución del problema.

8. Es imprescindible explicar la decisión y ser lo más objetivo posible al tomarla.

## **Toma de decisiones en la gestión de la crisis**

Tomar una decisión es seleccionar una alternativa entre varias. La adecuada definición del problema que se pretende resolver es un punto crítico en la toma de decisiones, lo cual sólo es posible con una buena información sobre el mismo.

De acuerdo con diversos autores en la resolución de un problema con las características antes definidas debe utilizarse la metodología de toma de decisiones no programadas, multicriterio y en equipo. Dentro de las posibles técnicas a aplicar se optó por la de ponderación de criterios, al cumplirse los prerequisites que se exigen:

1. El equipo que tiene que tomar la decisión puede elegir entre varias alternativas.

2. Es importante explicar por qué se tomó la decisión.

3. Se quiere asegurar la objetividad de la decisión.

4. Existen lagunas en los conocimientos sobre la enfermedad.

5. Es necesario que la decisión se asuma por los miembros del equipo para que sean capaces de comunicar a los demás la racionalidad de la misma.

Las fases de la técnica de ponderación de criterios son las siguientes:

– Listar las alternativas.

– Identificar los criterios de decisión.  
Determinar la importancia relativa de cada criterio.

– Establecer la escala de ponderación para cada criterio y ponderar las alternativas.

– Calcular el resultado final.

– Seleccionar la alternativa de mejor resultado.

– Explicar y analizar la decisión.

Los criterios de ponderación que se utilizaron fueron:

1. Efecto o impacto en salud medido por los casos previsiblemente prevenidos.

2. El coste de las distintas alternativas.

3. Que sea fácilmente explicable y que sea aceptable, lo que hace referencia a la acogida y respuesta que tendría cada estrategia en los siguientes colectivos: población general, profesionales sanitarios y el resto de las administraciones con responsabilidades en salud pública (aspecto que se considera fundamental para conseguir la efectividad de la puesta en marcha de la medida seleccionada).

4. Coherencia científica de las distintas alternativas estudiadas.

Ante la identificación del mencionado problema de salud se analizaron diferentes estrategias de actuación, la mejor alternativa a la aplicación estricta del protocolo de actuación frente a la infección meningocócica en vigor, después de apli-

car el método de toma de decisión escogido, fue la vacunación masiva de la población residente en Galicia de 18 meses a 19 años. El límite inferior se estableció teniendo en cuenta la información existente de eficacia vacunal y respuesta inmune según la edad. El punto de corte superior corresponde al límite del intervalo en el que se concentraron los casos de la temporada previa (1995-1996). También se mantuvo la recomendación de la inmunización de las personas con inmunodeficiencias, esplenectomizadas, con anemia de células falciformes, deficiencias terminales del complemento o déficit total o parcial de properdina. Quedaron excluidas las personas que recibieron la vacuna antimeningocócica A+C en los últimos tres años.

### **Gestión de la alternativa seleccionada**

El diseño de la campaña de vacunación se elaboró en el mes de diciembre, presidido por la aplicación de métodos de gestión de proyectos a tiempo real mediante el control diario de las actividades críticas. Como segundo ingrediente del diseño de la campaña se tuvo en cuenta la cuidada comunicación objetiva y completa de los hechos, encaminada, tanto a una movilización inmediata de la población adulta de Galicia para solicitar

la vacunación de los menores de sus familias, como para la organización logística de la provisión, prescripción, aplicación y registro de la vacuna.

La decisión fue tomada el 4 de noviembre de 1996; dada la cercanía del período de máxima incidencia de la enfermedad era urgente su puesta en marcha. Por otro lado, la población y los profesionales sanitarios estaban altamente sensibilizados ante cualquier actuación de las autoridades sanitarias.

Para la consecución del objetivo general se elaboraron las siguientes estrategias:

1. Estrategia de implantación. Para conseguir una adecuada accesibilidad y aceptabilidad por parte de la población se decidió que cada gerencia de Atención Primaria definiese y asumiera la operativa de la vacunación (traslado a los colegios o vacunación en las consultas médicas y pediátricas de los centros de salud). Al mismo tiempo existía un apoyo táctico y de consulta, y una comunicación y resolución de problemas por parte de las Delegaciones Provinciales de Sanidad y Servicios Sociales.

También se utilizaron como puntos de vacunación, los servicios de Medicina preventiva, de enfermedades infecciosas y Pediatría hospitalaria, así como todo centro sanitario público o privado, cuar-

teles, centros de educación especial, etc., que se adhirieron a la campaña aceptando los requisitos de indicaciones, conservación de la red de frío, registro y gratuidad de la vacunación. El número total de puntos de vacunación fue de 715.

2. Estrategia para la obtención de recursos económicos y materiales. Dada la altura del ejercicio presupuestario y la cuantía necesaria (cerca de 400 millones de pesetas) fue imprescindible obtener recursos adicionales, para lo cual fue preciso un presupuesto especial aprobado por el Consello de la Xunta de Galicia, en la consideración de medida de urgencia y excepcionalidad por riesgo para la salud pública.

Capítulo aparte, pero de suma importancia, fueron las actuaciones llevadas a cabo para garantizar el suministro de las vacunas. En España, al no existir vacuna antimeningocócica registrada en ese momento, la obtención de la misma debía realizarse mediante importación autorizada por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de los Servicios de Medicamentos extranjeros. Hasta noviembre de 1996 el único producto autorizado fue la vacuna bivalente A+C del laboratorio Pasteur-Merieux, producida en el laboratorio de Lyon. A partir de noviembre,

y teniendo en cuenta la magnitud de la petición realizada por Galicia, se autorizó también la importación de la vacuna bivalente A+C (Mencevax®) del laboratorio Smith Kline & French, producida en Bruselas. Ambas vacunas están sujetas a limitaciones de producción, por lo que previendo dificultades de suministro fue necesario realizar gestiones desde finales del verano de 1996 con la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y con los laboratorios, para asegurar el abastecimiento en caso de requerirse un volumen importante de vacuna. Este hecho y la colaboración de las unidades responsables de la gestión de autorización en el Ministerio y del laboratorio Smith Kline & French permitió que del 23 de noviembre al 4 de diciembre las vacunas llegasen a la cámara frigorífica central de Galicia contratada al efecto y/o a los puntos de vacunación.

Se distribuyeron un total de 567.685 dosis en 1.040 envíos. La distribución fue realizada por una empresa de transporte urgente contratada al efecto, que centralizó los pedidos, con entrega en 24 horas. Con el fin de optimizar la utilización de las mismas, a mediados del mes de enero se comprobaron los stocks de cada punto y se redistribuyeron según las necesidades de los mismos.

### 3. Estrategias operativas (coordinación).

– Creación del grupo de trabajo en la Dirección General de Salud Pública.

– Unidades operativas: fue nombrado por parte de las gerencias de Atención Primaria un responsable de la campaña en cada área de Primaria. Estas personas formaron el grupo de coordinación, que se reunió en repetidas ocasiones y mantuvo permanente contacto con el equipo responsable de la Dirección General de Salud Pública.

– Existencia de instrucciones perfectamente definidas: cada una de las estrategias y objetivos específicos condujo a la identificación de las actividades o tareas que se necesitaban para su consecución. Se calculó posteriormente la ruta crítica, identificando las tareas críticas que fueron la adquisición de las vacunas y la edición y remisión a destino de todos los documentos de información para gestores, coordinadores, profesionales sanitarios, centros educativos, padres y medios de comunicación de masas. De esta forma fue posible un exacto control de estas tareas y precisar la fecha de comienzo de la vacunación que se alcanzó sin retrasos.

El control del proyecto se realizó de la siguiente manera:

– Cada día previo al comienzo de la vacunación el grupo de trabajo de la Di-

rección General de Salud Pública hacía una revisión de las tareas en ejecución y se resolvían dudas y problemas que se planteaban y que no estaban previstos. Las reuniones no duraban más de media hora.

– Seguimiento de las actividades sobre el PERT planteado con el Microsoft Project para identificar posibles desviaciones a la programación.

– Seguimiento de las coberturas: para poder llevarlo a cabo se diseñó un sistema de información *ad hoc*, basado en tres registros: los volantes de petición y recepción de las vacunas; el registro numérico diario de las dosis administradas y el registro nominal -a cumplimentar por los padres o por el interesado -. Este sistema permitió identificar un problema de participación en la campaña de la población de 18 meses a 3 años, lo que condujo al envío de una invitación personalizada a los padres de estos niños, que obtuvo un importante éxito.

– Seguimiento de problemas puntuales. Se resolvieron un total de consultas que superaron las 300 llamadas telefónicas; se notificaron errores en la administración de la vacuna en 34 casos y en éstos no se produjeron efectos adversos.

– Seguimiento de posibles reacciones adversas a la vacunación (RASV). Se notificaron 8 reacciones adversas. La alta se-

guridad constatada ya se había descrito en otras actuaciones con amplia utilización de la vacuna de polisacáridos ante el meningococo A+C .

4. Evaluación de la gestión del proyecto. La evaluación de la gestión de cualquier proyecto siempre deberá medirse por la consecución de los objetivos planteados. Se logró una cobertura global del 84,83% de las personas objetivo de la campaña, y superándose en casi 10 puntos el objetivo marcado.

A partir del momento de finalización de la campaña de vacunación se inició una ruptura en la curva de casos cuatri-semanales, que aunque con variaciones, permitió situar la frecuencia de presentación de casos por debajo de lo esperado. Esta ruptura de la tendencia ascendente tuvo lugar básicamente para la discriminación de casos en el grupo de edad de 2 a 20, población vacunada en el 85,5%. Los estudios de efectividad vacunal al año y dos años de la campaña de vacunación permitió confirmar el impacto sanitario y reducción de casos y en especial de la mortalidad asociada, que llevó a la incorporación de la vacunación antime-ningocócica en el calendario de vacunaciones infantiles en el año 2000, cuando se dispuso en el mercado de una vacuna conjugada frente al meningococo C y a la revacunación de los grupos de edad de

mayor riesgo, completada en el año en curso (2006) con la revacunación del grupo de edad actual de 12 a 25 años no revacunado en las campañas anteriores.

Cabe destacar la trascendencia de, una vez elegidos los criterios a aplicar, mantenerlos por encima de cualquier otra presión; sólo así se obtiene credibilidad suficiente para justificar los cambios en los criterios que pueden ser necesarios posteriormente. La proximidad a los grupos de interés y presión es imprescindible para conseguir implantar las medidas deseadas.

### **Estrategias de comunicación utilizadas**

Las estrategias de comunicación en las crisis sanitarias son claves para el éxito en la implantación de cualquier actuación. En el caso de crisis provocadas por enfermedades meningocócicas, este apartado aumenta su importancia, dada la gran sensibilidad que esta enfermedad produce en la población, y por ende en los medios de comunicación de masas y dentro del propio colectivo profesional. Para conseguir una adecuada política de comunicación se organizaron las siguientes medidas:

1. Mensaje “único”, al considerar imprescindible utilizar los mismos mensajes y criterios científicos durante toda la

campana. Para ello se elaboraron documentos técnicos que sirvieron de referencia para cualquier comunicación, elaboración de materiales informativos y presentaciones sobre el tema, la enfermedad meningocócica, su epidemiología y sobre la vacuna frente al meningococo C.

2. Un único punto de referencia para responder a dudas, localizado 24 horas a través de un teléfono móvil.

3. Búsqueda de la aceptación y participación de todos los profesionales. Las actuaciones realizadas con esta finalidad fueron, en primer lugar el anuncio de la intervención a los profesionales sanitarios a través de una carta individualizada, previa a la comunicación en los medios de comunicación de masas. Posteriormente se realizaron reuniones con el Comité Asesor de Enfermedades Inmunoprevenibles de Galicia, con los Profesionales implicados en el programa de vacunaciones de Galicia, con los Equipos directivos de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales.

4. Otro punto a tener en cuenta respecto a la política de comunicaciones, son las autoridades sanitarias, del Ministerio de Sanidad y Consumo y de otras Comunidades Autónomas, dado que la decisión a implantar podría afectar a las políticas sanitarias que se estaban apli-

cando sobre el tema. Por ello se celebró una Jornada sobre meningitis meningocócica, con la participación de expertos internacionales, organizada por la Dirección Xeral de Saúde Pública de Galicia en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo en Santiago de Compostela, el 18 de noviembre de 1996, y se presentó la campaña a los Directores Generales de todas las Comunidades Autónomas dentro de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en Madrid el 13 de noviembre.

5. En cuanto a la comunicación a la población, aparte de las notas de prensa correspondientes, se elaboró un folleto informativo del que se editaron 940.000 unidades, y carteles que fueron distribuidos a la población a través de los colegios, centros de salud y farmacias. Al mismo tiempo se enviaron cartas informativas, recabando su colaboración a los directores de los colegios (2.406 unidades), a instituciones y centros de servicios sociales (60) y a las Asociaciones de Padres de Alumnos (2.163).

### **Conclusiones de la gestión de la epidemia de la meningitis en Galicia**

Algunas de las conclusiones extraídas de la experiencia de gestión de la epide-

mia de meningitis meningocócica C en Galicia se han ido plasmando en la propia descripción de las medidas adoptadas:

1. Necesidad de estructurar el proceso de gestión y de toma de decisiones, documentarlo, comunicarlo y plasmarlo por escrito, utilizando técnicas avanzadas de toma de decisiones.

2. Incorporar en el proceso de decisión las demandas políticas de las instituciones y de la población.

3. Adoptar medidas organizativas y de vigilancia desde el primer momento, mantenidas y transparentes (grupo de gestión, responsable de comunicación, sistemas de información, etc.).

4. Adoptar una estrategia de comunicación con todos los agentes del problema (directivos, organizaciones, profesionales, población, etc.), es decir, implicar a todas las partes interesadas.

5. Designar un responsable de gestión y un portavoz único.

6. Apoyar todas las actuaciones en las mejores evidencias técnicas, que deben estar escritas, comunicadas y estructuradas.

7. Ser persistente, coherente y mantener los criterios y decisiones.

Evaluar el proceso, la gestión de la crisis y la eficacia de las medidas y estrategias adoptadas.

La experiencia presentada corresponde a la gestión de la crisis por una epide-

mia de meningitis por meningococo C en Galicia en los años 1995-1996. La posterior crisis sanitaria desatada en el resto de España no se valora al no contar con suficiente información sobre la gestión y la toma de decisiones en cada lugar. Sin embargo, sí cabe apuntar una cuestión que estuvo detrás de gran parte de las discrepancias existentes en aquel momento: la confusión que se planteó entre la efectividad de una medida y su eficiencia, es decir, el hecho de realizar una vacunación poblacional en zonas o lugares con baja incidencia conllevaba una baja eficiencia de la medida, pero no cuestiona la efectividad de la vacunación, tema que estuvo en el centro de la discusión. Las decisiones sobre eficiencia también lo son sobre criterios de coste-oportunidad, en general, responsabilidad de los representantes de los ciudadanos, mientras que la efectividad es un criterio técnico de la medida.

### **Algunas propuestas para mejorar la gestión de la comunicación en las crisis sanitarias**

---

Es importante tener presente los siguientes componentes en la comunicación en situaciones de crisis:

1. La sociedad actual tiene una escasa tolerancia a los riesgos potenciales pro-

venientes del medio ambiente. Valora superficialmente que la utilización o disfrute de las tecnologías que facilitan su bienestar conllevan siempre asociado un determinado riesgo para la salud que es, en general, inferior al beneficio que produce.

**2.** Tiene poca tolerancia para aceptar la incertidumbre científica. No comprende cómo es posible que los técnicos y los científicos no den respuestas inmediatas a los problemas de salud. Este aspecto se prefiere “tapar” con informaciones pseudocientíficas que le resuelven sus dudas.

**3.** Destaca la influencia de los medios de comunicación en esas tendencias sociales. Éstos saben que todo lo que genera alarma social es una noticia que vende. Al fin y al cabo, las empresas gestoras de los medios de comunicación son organizaciones con ánimo de lucro, y su objetivo es ganar dinero a través de dar información. Este componente debe ser tenido en cuenta a la hora de planificar toda la estrategia de comunicación.

**4.** Existe también una problemática de desprestigio de las administraciones que produce desconfianza, como lo indica el último estudio internacional de la Fundación BBVA sobre capital social, en el que a la pregunta ¿en qué medida le inspira confianza el gobierno regional?, en

una escala sobre 10 sólo es de 5,2. Este aspecto conduce a un posible problema de credibilidad de las actuaciones de los Servicios de Salud. De ahí que, en general, se cuestionen los mensajes lanzados desde la administración y que la población tienda a creer otras fuentes productoras de sesgos de información, con aumento de la confusión y la alarma social.

**5.** Es fundamental prestar atención al equilibrio de recursos asignados a las tareas de comunicación. La comunicación del problema y su estudio también se vuelve un factor crítico en este tipo de situaciones, en las que el trabajo que supone conseguir información ante la demanda de los medios de comunicación y de las instancias políticas, resta recursos y tiempo a la propia investigación y control.

**6.** La implicación de varias administraciones debido al deslinde de competencias, y de varios sectores como industria, agricultura, turismo, sanidad y medio ambiente, afecta a la coordinación y una vez más a la imagen que se ofrece a la población.

**7.** La gestión técnica de la propia situación y las características de los brotes comunitarios de cada enfermedad, como son su detección, el período de exposición, la complejidad de la búsqueda de información y de las fuentes de infección, el lento goteo de la identificación de ca-

sos y las largas esperas para la obtención de los resultados, conducen a un difícil manejo de la información, especialmente si los resultados son negativos.

Algunas recomendaciones importantes identificadas en la comunicación en situaciones de crisis son:

- Cuando no sea posible verificar la información se debe citar a alguna autoridad que la suscriba, en lugar de darla como de propia cosecha.

- Responder rápidamente y con autoridad a las preguntas de los medios, pero no apresurarse en las respuestas sin comprobar primero un pleno conocimiento de las mismas.

- Hablar claramente. Cuando la información puede provocar pánico o perjuicio a terceros, seleccionar cuidadosamente qué decir y qué callar.

- Presentar hechos y no opiniones. Editorializar es propaganda que a menudo se vuelve en contra del orador.

- Recordar que los medios tienen una misión distinta de la dirección de comunicación o del gabinete de prensa.

- Cuando no se disponga de hechos, ayudar a los medios a conseguir material de apoyo.

- Deberá ser el portavoz de la institución el que conduzca la reunión.

- Mantener el sentido del humor, pero no mostrarlo.

- Intentar establecer líneas directas con afectados si no producen colapsos en la organización (números 900).

- Cuando la emergencia termine hay que dejar que el flujo informativo vuelva a su cauce.

- El responsable de comunicación en crisis debe caracterizarse por la determinación y los nervios de acero.

- Es una oportunidad de influir en los acontecimientos de forma positiva si se actúa con anticipación, agilidad y calidad en la respuesta.

- Evitar la estigmatización del peligro. Imágenes negativas se ligan al peligro y son frecuentemente ampliadas por los medios y la población.

- Tener presente que, en general, los medios se centran más en la gestión que está haciendo la organización de la crisis que en el nivel de riesgo del peligro.

- Reducir el riesgo más que convencer de que el peligro no tiene riesgo.

- Comunicar cuál es el problema o qué se está haciendo para definirlo.

- No opinar sobre la magnitud del problema puede considerarse insensibilidad.

- Existencia de un portavoz único.

- Diferenciar la información de gestión de la información científica.

- Diversificar canales de comunicación (web, nota de prensa, *mass media*, etc.).

– Participación de todas las partes en la gestión (agentes, instituciones, consumidores) de la crisis.

– Apoyarse en comités científicos para comunicar las medidas de control, dado que los científicos y los clínicos tienen más credibilidad entre la población que las autoridades sanitarias.

– Evitar la palabra “control”, dado que el significado de ésta en los servicios sanitarios es diferente a la general de la sociedad. Una crisis se puede considerar controlada cuando se ha suprimido o eliminado el peligro para la salud, aunque puedan seguir apareciendo casos. Sin embargo, para la población y los medios de comunicación no puede comprenderse que algo esté controlado si siguen apareciendo casos. La población considera que una situación controlada es aquella que ya tiene riesgo “cero” y de la que se conoce perfectamente cómo ha ocurrido y dónde estaba el problema.

Por último, y complementando lo anteriormente expuesto se pueden plantear las siguientes sugerencias generales en la gestión de las crisis:

1. Se precisa consenso político y social para evitar la utilización política de la investigación epidemiológica, y las interferencias en la actuación profesional de los epidemiólogos y técnicos de salud pública. La opinión pública o los medios

de comunicación no se cuestionan el momento de proceder a la intervención de una apendicitis en función del interés político del jefe de servicio de cirugía, o de la técnica quirúrgica elegida, o el tiempo en que se mantiene en la Unidad de Cuidados intensivos a un paciente. Tampoco se cuestiona la indicación de una quimioprofilaxis preoperatoria en función de las adscripciones políticas, el grupo o categoría social, o en razón de la administración en que trabaja el paciente.

2. En el ámbito de la comunicación e información es imprescindible que se abran líneas de trabajo conjunto entre los servicios de salud y los medios de comunicación, para comprender la labor que se realiza en estos sectores tan importantes para la sociedad. La utilización morbosa o sensacionalista de la información sobre los pacientes por parte de los medios de comunicación, induciendo a actuar contra el derecho a la confidencialidad de los datos clínicos de aquellos, debería ser evitada en todo momento.

3. Las actuaciones dirigidas para aumentar la credibilidad de los Servicios de Salud son imprescindibles. La calidad en la gestión puede ser una estrategia para consolidar el crédito de nuestras organizaciones.

4. El establecimiento de adecuados sistemas de comunicación y coordina-

ción entre las instituciones dedicadas a la salud en este país y en el extranjero podrá permitir identificar, conocer, estudiar y analizar las experiencias habidas en otras organizaciones en el control de este tipo de situaciones, y de esta forma buscar el apoyo técnico de los centros o expertos más acreditados.

5. La prioridad real (medios y recursos) que los directivos y el estamento político quieren conceder a los temas de prevención y salud pública respecto a otras políticas sanitarias y gubernamentales, será el aspecto más importante para que las administraciones puedan dar soluciones a los problemas de salud que necesiten una respuesta comunitaria.

6. Reorganizar y/o potenciar la estructura para afrontar potenciales futuras crisis, mediante la creación de organismos o estructuras (Agencias de Seguridad Alimentaria; Redes de Alertas; INFOSAN [*International Food Safety Au-*

*thorities Network*]) y funcionales (procedimientos de comunicación de crisis y/o de gestión de crisis).

7. El diseño, elaboración e implantación de procedimientos y protocolos de actuación de crisis es un aspecto fundamental para poder mejorar la respuesta de los servicios públicos ante las mismas. Estos procedimientos deberán tener definidas las estructuras que se crearán en la crisis, cómo actuarán esas estructuras, la participación de las partes interesadas, etc.

Las crisis son momentos duros y difíciles, pero son los que ponen a prueba los equipos profesionales de las organizaciones, que deben dar respuesta desde un punto de vista técnico a los problemas que afectan a la población. Los Servicios de Salud deberían aprovechar las crisis para identificar las áreas de mejora y poner en marcha acciones que ayuden a elevar su nivel de prestigio y profesionalidad.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

---

- Aboal JL, Farjas P, Zubizarreta R, Hervada X, Malvar A, Amigo M, et al. El procedimiento de toma de decisión para controlar la epidemia de meningitis C en Galicia en 1996. *Gac Sanit.* 1999;13(1):63-9.
- Aboal JL, Farjas P. Legionella: un problema de salud pública y un problema para la salud pública. *Gac Sanit.* 2001; 15:91-4.
- Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR), U.S. Department of Health and Human Services. A Primer on Health Risk Communication Principles and Practices. ATSDR. Disponible en: <http://www.atsdr.cdc.gov/risk/riskprimer/index.html> (Consultado 29 abril de 2006).
- Asociación Española de Codificación Comercial (AECOC). Manual de gestión coordinada de crisis entre Industria y Distribución Alimentaria. AECOC. Disponible en [http://www.aecoc.es/\(proyectos-seguridad-alimentaria\)](http://www.aecoc.es/(proyectos-seguridad-alimentaria)) (Consultado 29 abril de 2006).
- Coppola G. Comunicación para una crisis. *Revista DirCom*; 2000. Disponible en: <http://www.revistadircom.com.ar> (consultado 29 abril 2006).
- Crisis Response & Communication Planning Manual. Ontario Ministry of Agriculture. Disponible en: <http://www.plan.ouguelph/safefood/>. (consultado abril 2006).
- Farjas P, Aboal JL, Zubizarreta R, Hervada J, Malvar A, González J, et al. Análisis de la gestión de la campaña de vacunación frente al meningococo C en Galicia en 1996-97. *Gac Sanit.* 1997;11(5):242-51.
- Fishhoff B, Downs JS. Communication Foodborne Disease Risk. *Emerg Infect Dis.* 1997;3:489-95.
- García León O. Toma de decisiones. Técnicas y situaciones aplicables a directivos y profesionales. 1st ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España SA; 1993.
- Guidelines on science and health communication. November 2001. The Royal Society. Social Issues Research Centre. Royal Institution of Great Britain.
- Kelly PK. Team decision-Making Techniques. London: Kogan Page Limited; 1995.
- Leal Millán A. La toma de decisiones: multicriterios. Función Directiva en la Administración Pública, Conferencias. Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación. Instituto Andaluz de Administración Pública; 1996.

- Lok C, Powell D. The Belgian Dioxin Crisis of the summer of 1999: a case study in crisis communication and management. Department of Food Science. Ontario: University of Guelph; 2000. Technical Report 13.
- Malvar A, Aboal JI, Fernández S, Hervada X, Farjas P, Zubizarreta R, et al. Campaña de Vacunación Antimeningocócica C en Galicia: Actuaciones y Resultados 1996-99. *Vac Invest Pract.* 2000;1:130-6.
- Malvar A, Aboal JI, Fernández S, Santiago I, Hervada X, Farjas P. Análisis del efecto sobre la gravedad de los casos tras la vacunación antimeningocócica C en Galicia 1996-97. *Vac Invest Pract.* 2000;1:101-5.
- Procedimiento General de actuación en situaciones de crisis alimentarias. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Disponible en: <http://www.aesa.msc.es/aesa/web/AESA.jsp>; consultado 1 de mayo del 2006.
- Risk Communication and Government. Theory and Application for the Canadian Food inspection Agency. Disponible en: <http://www.inspection.gc.ca/english/corpaffr/publications/riscomm/riscomme.shtml> (consultado 29 de abril 2006).
- Unidad de Estudios de Opinión Pública Fundación BBVA. Capital social: confianza, redes y asociacionismo en 13 países. 2006. Estudio de Opinión Pública. Informes de Investigación.
- Valbuena de la Fuente F. Cómo actuar ante una crisis. Equipo Singular. Madrid: Universidad Complutense; 2003.

