
Comunicación de crisis en el marco de la preparación ante la pandemia de influenza en México: revisión de conceptos y estrategias

Arantxa Cayón Nieto

Secretaría de Salud de Michoacán. México.

Introducción

El pasado 23 de abril, el Secretario de Salud de México, José Ángel Córdova Villalobos, anunció por televisión, en cadena nacional y en horario de máxima audiencia, la existencia en México de una epidemia respiratoria provocada por un nuevo virus de la influenza. A continuación ordenó la suspensión de clases en la capital del país y el Estado de México y otras medidas de distanciamiento social¹. A partir de este anuncio se desencadenó una crisis sanitaria nacional e internacional que ha tenido en los medios de comunicación uno de sus principales escenarios.

El nuevo virus de influenza A (H1N1) se ha convertido ya en la primera pan-

demia del siglo XXI. A diferencia de otras crisis sanitarias, había sido anticipada por los expertos y desde hace unos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS), había impulsado la preparación de planes nacionales de respuesta para mitigar sus efectos. México se cuenta entre los países que habían trabajado en este sentido desde 2005.

Pero a pesar de la preparación, las enfermedades infecciosas siempre dan alguna sorpresa y provocan cierta incertidumbre. En el caso de la esperada pandemia de influenza, las batallas estaban enfocadas hacia la posible mutación del H5N1, un virus de origen aviar, con alta letalidad y que desde Asia se había extendido por 15 países de este continente y de África², pero que aún no había logra-

do una transmisión de persona a persona de forma sostenida. Sin embargo, el virus que causó la pandemia es de origen porcino, que ha surgido en Norteamérica y que, de momento, presenta baja severidad.

Una lección aprendida de crisis anteriores, como la del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), es la importancia de la comunicación hacia la población y la transparencia como elemento central de ella. La comunicación, a través de medios tradicionales y de Internet, ha recibido una atención creciente como elemento estratégico para la gestión de emergencias sanitarias. Esta enseñanza se recoge en los planes de preparación de una pandemia de influenza.

Los medios influyen en la percepción de los ciudadanos. Por un lado, pueden ayudar a orientar los comportamientos de la población y se convierten en herramienta para el control de la transmisión del agente infeccioso. Pero también pueden exacerbar el miedo y la pérdida de la credibilidad en las instituciones y la confianza en que son capaces de atender el problema, favoreciendo comportamientos extremos que agravan las consecuencias del brote en el ámbito social y económico.

Además, hay un creciente desarrollo de aplicaciones informáticas que permiten rastrear y seleccionar la información publicada y difundida a través de Internet, convirtiéndose en herramientas para la detección temprana de brotes, especialmente útiles en zonas donde la vigilancia epidemiológica tradicional es insuficiente.

En este artículo se presenta una revisión de los conceptos y estrategias básicas para la comunicación en situaciones de crisis sanitarias, y en particular, de brotes epidémicos, a partir de la literatura especializada y de las guías y planes elaborados por la OMS y por la Secretaría de Salud de México (SSA), ya que fue este el primer país que aplicó las acciones previstas para la fase de pandemia.

Comunicación de crisis en el ámbito sanitario

Salud pública y medios de comunicación

La relación de la salud pública con los medios de comunicación se articula habitualmente desde las disciplinas de promoción de la salud y educación para la salud, que impulsan estrategias dirigidas a promover

hábitos saludables y desincentivar conductas de riesgo, y utilizan como herramienta campañas de difusión a través de los medios masivos.

Por otro lado, es creciente la presencia en medios de comunicación de las instituciones de salud pública. Esta relación se articula frecuentemente a través de departamentos de comunicación social o gabinetes de prensa, cuya tarea principal es difundir las actividades y logros del organismo y recibir y atender las solicitudes de información remitidas por los reporteros. Generalmente estas áreas dependen directamente del titular de la institución, a quien deben apoyar y asistir en sus comparencias ante los medios. En México, los departamentos de comunicación combinan este carácter político con una parte técnica relacionada con la promoción de la salud a través de campañas en medios y con la información sobre los servicios que ofrece la dependencia.

En situaciones de crisis sanitaria, los departamentos de comunicación suelen ser los intermediarios entre los directivos y los medios de comunicación: preparan el encuentro entre ambos y hacen llegar la información a los medios. Una buena relación pre-

via con los reporteros locales que cubren los temas de salud y un sistema de trabajo efectivo con los medios, facilita la comunicación en estas situaciones y ayuda a resolver mejor los malentendidos y errores.

Las áreas de comunicación también revisan la información de salud difundida a través de los medios de comunicación. A veces surge así la alerta ante brotes que aún no han sido detectados por los sistemas de vigilancia epidemiológica, y si la relación con los reporteros es buena, la información puede llegar incluso antes de ser publicada, dando a la institución la oportunidad de actuar antes de convertirse en crisis mediática.

El Reglamento Sanitario Internacional de 2005³ reconoce esta realidad y abre la posibilidad de iniciar la investigación de epidemias conocidas a través de medios informales, como las noticias en medios. En los últimos años se han desarrollado herramientas de vigilancia basadas en este tipo de notificaciones informales, en las que se aprovecha el desarrollo de Internet para rastrear la información publicada en la red sobre brotes y otros eventos de interés sanitario publicada en medios electrónicos⁴.

Una de estas herramientas, *Health Map System*, detectó a principios de abril noticias en español sobre un misterioso brote de enfermedad respiratoria en La Gloria, una localidad de Veracruz. Unos días después, la Red Mundial de Inteligencia en Salud Pública (GPHIN, por sus siglas en inglés) comunicó a la OMS el evento, la cual solicitó información a las autoridades mexicanas. Aún no se había identificado el nuevo A (H1N1), pero posteriormente se supo que el virus estuvo presente en dicho brote.

Comunicación de riesgos en situaciones de crisis

Las crisis sanitarias generan en la población miedo, preocupación y ansiedad. En algunos casos pueden llevar a conductas extremas que tienen efectos en el ámbito sanitario e incluso en el económico y social⁵⁻⁷. Estos eventos, además de su impacto en la salud, tienen un alto contenido político y despiertan el interés de los medios de comunicación.

Al igual que los agentes infecciosos se expanden actualmente con mayor facilidad gracias a los desplazamientos de personas y mercancías, las noticias sobre epidemias se transmiten casi instantáneamente. Inter-

net permite que publicaciones o emisoras locales sean accesibles desde cualquier lugar del globo. En este contexto, las acciones locales implementadas para controlar o contener un brote pueden tener repercusiones internacionales desde el punto de vista sanitario e informativo.

La OMS considera la gestión efectiva de la comunicación en crisis como una herramienta para el control del brote^{7,8}. Así lo afirmó el anterior Director General de la OMS, Dr. Jongwook Lee, en septiembre de 2004: “En los últimos 5 años hemos tenido un gran éxito en el control de brotes, pero sólo recientemente hemos llegado a entender que las comunicaciones son tan críticas en el control como los análisis de laboratorio o la epidemiología”⁹.

Las crisis sanitarias y los propios procesos de comunicación que se generan en torno a ellas, están influidos por el propio patógeno y por las condiciones políticas, económicas y culturales del lugar. La gestión de la comunicación puede verse complicada por este contexto y también por la existencia de otros temas que compitan por el espacio en los medios^{7,10}.

En la comunicación de crisis es fundamental tener en cuenta las per-

cepciones del público y de los periodistas. Factores como los intereses particulares, la influencia de los líderes de opinión, la proximidad y la magnitud del problema y el nivel de implicación personal modifican el interés y la percepción sobre un riesgo. Es frecuente que se dé mayor credibilidad a la información que llega por fuentes informales y a los rumores, principalmente cuando la confianza en las autoridades es baja. El público

y los medios son más sensibles ante lo que afecta negativamente; es decir, dan mayor importancia a las “malas noticias” sobre las “buenas”¹¹.

La gestión de la comunicación debe responder a las necesidades y limitaciones de los medios, teniendo en cuenta sus intereses, recordando que tienen plazos de entrega y facilitando la información en formatos apropiados a cada uno (gráficos, sonido e imagen):

Generales	Mensajes	Audiencia	Errores
Portavoz único, creíble, con facilidad de expresión	Mensajes preparados	Respetar preocupaciones y emociones	No estar disponible
Decir la verdad	Dar información relevante, consistente y exacta	Atender las necesidades particulares de comunicación	No informar
Corregir errores, aclarar rumores	Lenguaje claro y sin tecnicismos	Empatía: reconocer que las muertes o la enfermedad son una tragedia; evitar el lenguaje distante	Improvisar y especular
Informar con regularidad	Usar gráficos	Respetar la cultura y las costumbres	Exagerar o minimizar el riesgo
Multiplicar los canales de comunicación durante la crisis	Dar indicaciones para la protección personal		Subestimar percepciones
Monitorizar lo publicado	Decidir cómo se está atendiendo el problema		Retener datos o información relevante
			No tener un mensaje consensuado y único

Fuente: elaboración propia a partir de revisión bibliográfica.

Tabla 1. Consejos y errores en la comunicación de crisis.

En resumen, durante una crisis sanitaria, la buena gestión de la comunicación es decisiva para construir y mantener la confianza en las autoridades y su credibilidad ante la población. Puede minimizar la perturbación social y económica que causan las crisis sanitarias y optimizar la efectividad de la respuesta¹¹ si logra que los medios de comunicación transmitan los mensajes clave para la protección, y que la población cumpla las medidas de contención. Esto puede acelerar el regreso a la normalidad previa a la crisis. “La comunicación diligente estimula al público a adoptar comportamientos de protección, facilita la adopción de medidas de vigilancia más rigurosas, disminuye la confusión y permite un mejor uso de los recursos, todo lo cual es necesario para desplegar una respuesta eficaz”, afirma la OMS¹².

El reto de simplificar lo complejo

En las crisis sanitarias son frecuentes los momentos de tensión entre políticos y científicos con los periodistas. Los primeros consideran que los periodistas ignoran el proceso científico, buscan el sensacionalismo y están sujetos a presiones y competitividad y no dan seguimiento a la información¹³. Los reporteros quie-

ren datos, se fijan en los fallos, buscan responsables y tienden a pensar que los políticos ocultan información, por lo que tratan de diversificar sus fuentes de información. En esta búsqueda de fuentes tienen un papel destacado los pacientes y sus familiares, que dan a la noticia el toque humano que una buena historia necesita.

El problema es que, sobre todo en el inicio de la pandemia, los científicos tienen más preguntas que respuestas. Y las que van hallando no son categóricas, tienen muchos matices y pueden ser modificadas con el paso del tiempo. Los periodistas necesitan construir un relato que recree la realidad de una forma comprensible y resumida, que se pueda sintetizar en un titular. Cuando la información que se les proporciona es demasiado compleja, existe el riesgo de que cada reportero destaque un aspecto diferente y que ninguno de ellos coincida con el mensaje que desde las instituciones de salud se necesita transmitir a la población.

Además, la información periodística de brotes infecciosos suele seguir un “patrón agudo”⁽¹⁾, carac-

(1) Concepto acuñado por los autores del *Informe Quiral 10 años*, que distinguen entre un “patrón agudo” y un “patrón crónico” en la manera de informar sobre los temas de salud en la prensa española.

terizado por una cobertura rápida, poco especializada y de gran impacto mediático¹⁴. Tiene un comportamiento parecido al de una curva epidémica: se publican algunas noticias sobre el tema, sigue un ascenso brusco e intenso y después del día de mayor impacto, la información va perdiendo importancia, disminuye el número de noticias y es sustituida en las portadas por otras. Este patrón no facilita dar una información contrastada, detallada o contextualizada, que contenga los matices que la propia realidad tiene.

Confianza y credibilidad, elementos clave

La creación, restitución y mantenimiento de la confianza y credibilidad es el objetivo fundamental de la comunicación de riesgos y de crisis. La confianza del público es un elemento clave: si la población no confía en que el gobierno trabaja por la salud pública y duda de su sinceridad y competencia para manejar la crisis, disminuye el cumplimiento de las medidas recomendadas y los medios distraen su atención de lo esencial, para buscar culpables⁵⁻⁷.

La OMS⁷ señala que la confianza deriva de las percepciones sobre la

honestidad y competencia de las autoridades; confiar en que el gobierno es honesto reduce la ansiedad que genera una crisis sanitaria, y creer que tiene la capacidad técnica para afrontarla previene las reacciones que pueden empeorar los efectos económicos y sociales asociados a las crisis.

La credibilidad que tenga el gobierno antes del estallido de la crisis ayuda a lograr los objetivos de comunicación, pero no se debe dar por sentado que el público y los medios de comunicación van a confiar en él *a priori*: “la confianza se gana”¹⁰. Es más, la confianza perdida al principio de la crisis es muy difícil de recuperar. Por eso el primer anuncio, que generalmente se hace en condiciones de cierta incertidumbre, es el más importante.

Se debe establecer un triángulo de confianza entre políticos, técnicos y comunicadores⁵. La OMS y otros autores insisten en que la manera de lograrlo es comunicar con transparencia^{7,15}. Recomiendan cumplir las promesas, informar con regularidad, mostrar respeto y preocupación y no mostrarse excesivamente seguro o confiado, sobre todo al principio de la crisis, cuando la incertidumbre

es mayor y la situación puede tener giros inesperados. Las primeras 24 horas de una crisis sanitaria son decisivas para la confianza; hay que ser el primero en anunciarla y hacerlo con empatía.

Tras una consulta con expertos, la OMS estableció los 5 principios básicos para la comunicación de brotes: confianza, anuncios tempranos, transparencia, escuchar al público y planificación⁷:

Confianza

Anuncios tempranos

Transparencia

Escuchar al público

Planificación

Fuente: Outbreak communication. Best practices for communicating with the public during an outbreak. WHO/CDSI/2005.32

Tabla 2. Normas de la Organización Mundial de la Salud para la comunicación al público de brotes.

Planificación de la comunicación de crisis

Igual que el resto de estrategias, la comunicación durante una crisis debe prepararse con antelación, evitando la improvisación, planificando

cuidadosamente todos los aspectos y capacitando a las personas que intervendrán^{5,7,8,10,11,15,16}. Los planes deben ser claros y explícitos en sus objetivos y acciones. Entre los primeros, destacan restaurar la seguridad y la confianza, así como impulsar las acciones que involucren a los interesados para controlar el problema sanitario. En México, el Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza, fija además como objetivo generar corresponsabilidad.

Los planes de comunicación deben articularse en correspondencia con las fases de una crisis. En la etapa previa se identifican las amenazas y los públicos, con sus características y necesidades^{8,11}. Se elaboran los mensajes básicos y se prepara al equipo que intervendrá en la crisis, incluyendo a los portavoces; también se localizan los canales y medios de comunicación más efectivos y las actividades a realizar con ellos en las primeras horas. En el caso de la influenza pandémica se estableció empezar a informar a la población de esta eventualidad.

Una vez iniciado el brote hay que proporcionar información regularmente y transmitir credibilidad y ca-

pacidad de respuesta. En la fase de resolución suele decaer el interés, por lo que hay que repetir los mensajes, reforzando los aspectos positivos. Al concluir la crisis, hay que evaluar el desempeño, los mensajes emitidos, la cobertura de los medios y la respuesta del público. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y México condensan el plan en dos fases: prepandémica y pandémica, pero incluyen metas y acciones similares^{8,16}:

Preparación ante una pandemia de influenza

Liderazgo de la Organización Mundial de la Salud

La aparición de la gripe aviar por el virus H5N1 en 1997 hizo más cercana la posibilidad de una nueva pandemia de influenza, e intensificó los esfuerzos de preparación ante esta eventualidad. A partir de 1999, la OMS desarrolló un intenso trabajo de fortalecimiento y preparación, que

Valorar las posibilidades de comunicación con el público y las características de la comunidad

Coordinar con posibles socios mecanismos para la comunicación con el público

Transparencia, mediante una norma nacional que regule la difusión de información en caso de riesgo o sospecha de enfermedad

Escuchar al público mediante un sistema que recoja información sobre conocimiento, actitudes y temores durante los brotes epidémicos

Evaluación de la comunicación, durante y después del brote

Elaboración por escrito de un plan de comunicación para situaciones de emergencia

Capacitación en comunicación de riesgos, con simulacros y actividades que pongan a prueba el plan

Fuente: *Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos*. Ginebra: OMS; 2008.

Tabla 3. Medidas de la Organización Mundial de la Salud para la planificación de la comunicación de brotes.

se refleja en una serie de planes y documentos que se fueron revisando a medida que se disponía de más información¹⁷⁻²¹:

cos nacionales de preparación ante emergencias; y la incorporación de una perspectiva que incluya a toda la sociedad y no sólo al sector salud.

Año	Documento	Objetivos
1999	Primera guía OMS de preparación ante una pandemia de influenza	
2002	Agenda global para la vigilancia y el control de la influenza	Reducir la carga de morbilidad por influenza estacional Preparación ante una futura pandemia
2003	Resolución de la Asamblea mundial	Instar a la elaboración de planes nacionales de preparación ante la pandemia Liderazgo de la OMS en la preparación
2005	Plan global de preparación ante la influenza	Definir el papel de la OMS y dar recomendaciones a los países
2006	Plan estratégico ante la gripe pandémica	Reducir la exposición humana al virus H5N1 Fortalecer los sistemas de vigilancia Intensificar operaciones de contención rápida Desarrollar la capacidad de fabricar vacunas Coordinar actividades científicas de I+D
2009 abril	Actualización del Plan estratégico	Redefine las fases según el riesgo

Fuente: elaboración propia a partir de bibliografía.

Tabla 4. Cronología de la preparación ante la pandemia de influenza.

El último de estos planes²¹ subraya los principios que deben ser incluidos: la consideración de principios éticos en el balance entre los intereses y la protección de los derechos humanos; la sostenibilidad de los planes de preparación y respuesta mediante su inclusión en los mar-

El nuevo plan se armoniza con las medidas recomendadas en el Reglamento Sanitario Internacional en áreas como la vigilancia, las medidas de control y contención rápida de la enfermedad y las comunicaciones.

La experiencia del SARS en 2003 enseñó que, paralelamente a la facili-

dad con la que se transmitió el agente infeccioso gracias a los medios de transporte, los medios de comunicación difundieron la información de forma instantánea con la ayuda de Internet, extendiendo el miedo y la alarma de forma global. Por ello, además de incluir el tema de la comunicación como una de las áreas estratégicas en los planes de preparación ante la pandemia, se elaboraron guías específicas para la comunicación con el público, tanto en el caso de influenza como de otras enfermedades infecciosas^{7,8,12,15}.

La OPS impulsó en América la preparación frente a la pandemia, a partir de la creación del Grupo de trabajo sobre alerta y respuestas epidémicas²², centrándose en el apoyo a los Estados miembros para la formulación de planes nacionales, la aplicación y evaluación de los mismos, con una perspectiva multisectorial. En 2006 se realizaron talleres y ejercicios de evaluación conjuntos, que favorecieron el diálogo intersectorial y el intercambio de información entre países.



Además de la planificación, la OPS ha ayudado a los países miembros en el fortalecimiento de las capacidades necesarias para la aplicación de los planes, entre las que se inclu-

yen la vigilancia, los servicios de salud, las vacunas y antivirales y las comunicación. El reto es hacer operativos los planes a nivel local.

Preparación en México

En septiembre de 2003 se creó el Comité Nacional de Seguridad en Salud con “objeto de contribuir a establecer un blindaje de atención y prevención, así como los instrumentos capaces de abordar rápida, ordenada y eficazmente urgencias epidemiológicas y desastres”²³. A pesar de tener varias guías y un plan elaborado en 2005, en 2006 el Consejo de Salubridad General ordenó instrumentar un Plan de preparación y respuesta ante el riesgo de una pandemia de influenza²⁴.

El acuerdo establecía las líneas generales que debía contener el Plan, incluyendo la difusión y movilización social para desarrollar una estrategia de comunicación de riesgos para las fases prepanémicas y panémicas, con campañas de difusión y orientación a la población, elaboración y distribución de materiales de promoción y estrategias de manejo de medios, incluyendo la de elección de portavoces únicos. El Plan, publicado a finales de 2006¹⁶, estableció 6 líneas de acción:

Fases OMS	Prepandemia		Alerta pandémica			Pandemia
	1	2	3	4	5	6
	No hay nuevos subtipos de virus de influenza en seres humanos	Nuevo subtipo de virus en animales con riesgo considerable de enfermedad humana	Casos de enfermedad humana con un nuevo subtipo de virus sin transmisión de humano a humano	Pequeños brotes de enfermedad. Transmisión limitada de persona a persona	Brotos mayores de enfermedad. Transmisión limitada de persona a persona	Transmisión sostenida de la enfermedad
México 	Prepandemia					Pandemia
	I					
	Actividades de preparación en el ámbito nacional					

2	3	4	5
Casos en Asia	Casos en dos continentes, excepto en América	Casos en América	Casos en México

Figura 1. Correspondencia de fases de alerta de la Organización Mundial de la Salud (2006) y México¹⁶. Fuente: CNS. Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza. México; 2006.

difusión e información, vigilancia epidemiológica, confirmación diagnóstica, atención a la población, reserva estratégica e investigación y desarrollo. Este es el plan sobre el que se basó la respuesta de México ante la aparición del nuevo virus de la influenza.

A diferencia del de la OMS, el Plan mexicano contempla dos fases: prepandemia y pandemia, dividiendo esta

última en 4 etapas, en función de la proximidad del virus. Aunque en el Plan está fundamentalmente dirigido al sector salud, incluye un capítulo para que las empresas privadas y la industria estratégica en el país establezcan también planes de contingencia (fig. 1).

En 2007 el Consejo de Salubridad General acordó la Estrategia operativa multisectorial²⁵ para la coordina-

ción por sectores, y obligó a las instituciones y organismos incluidos en el Plan nacional a aprobar sus propios planes de contingencia en 6 meses. Se pretendía asegurar el funcionamiento de los sectores estratégicos del país en caso de pandemia. Este acuerdo también ordenó a Birmex, encargada de la importación y fabricación de vacunas, iniciar los trámites necesarios para asegurar la producción nacional de vacunas contra la influenza estacional y pandémica. Los planes eran empezar a producir vacunas contra la influenza estacional a partir de 2011²⁶.

Junto a la elaboración de planes, México fortaleció su capacidad de respuesta: adquirió una reserva estratégica de 1,1 millones de dosis de oseltamivir y desde 2004 amplió progresivamente la vacunación contra la influenza estacional, inmunizando a 18 millones de personas en la temporada 2008-2009.

Finalmente, también en la preparación, se realizaron reuniones y ejercicios con los responsables de comunicación social de los estados y se estableció la coordinación entre la Dirección General de Comunicación Social de la SSA y sus homólogos en las secretarías de salud de los estados a través del Sistema nacional de comunicación social en salud (SNCSS).

Tras la primera oleada del nuevo virus, y antes de su previsible reactivación a partir del próximo otoño, es necesario evaluar las actuaciones realizadas en materia de comunicación y preparar nuevas intervenciones que deberán mantener el difícil equilibrio que supone movilizar a la población, para que tome las medidas de autoprotección sin que se genere una alarma exagerada que profundice más aún en la complicada situación social y económica que atraviesa el país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Youtube [Internet] Mensaje Srios. Salud - 24/4/2009 [video] [3:28 min] (consultado el 04/06/09). Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=vOQOzO4niBI>
2. Cumulative number of confirmed human cases of avian influenza A/(H5N1) reported to WHO. [Online]. 2009 julio. Disponible en: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2009_07_01/en/index.html
3. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional 2005. 2ª ed. Ginebra: OMS; 2008. Art.6.1. p. 14.
4. Brownstein J, Clark C, Freifeld C, Lawrence C, Madoff L. Digital disease detection — harnessing the web for public health surveillance. *N Engl J Med*. 2009;21:360. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/360/21/2153>.
5. March JC, March M. Tribuna. Mucho por hacer ante las crisis sanitarias. *Diario Médico*. 2008. Septiembre, Área Profesional, Sanidad. (Consultado 04/06/09). Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2008/09/12/area-profesional/sanidad/tribuna-muchopor-hacer-ante-las-crisis-sanitarias>.
6. Lamata Cotanda F. Crisis sanitarias y respuesta política. *Rev Adm Sanit*. 2006;4(3):401-6.
7. Communicable Disease Surveillance and Response. Outbreak communication: Best practices for communicating with the public during an outbreak. WHO; 2005.
8. Brennan B, OPS. Creación de una estrategia de comunicación para la influenza pandémica. OPS/OMS; 2009. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/SMC_Homepage_Sp.htm
9. Lee J-W. Discurso en la reunión de expertos en comunicación en brotes, celebrada en Singapur, 21–23 septiembre 2004. En: Hyer RN, Covello VT, editores. *Effective media communication during public health emergencies: A WHO Handbook*. Geneva: WHO Press; 2007.
10. Covello V. Best practices in public health and crisis communication. *J Health Commun*. 2003;8(3):5-8.
11. Moreno Millán E. Gestión de la información y la comunicación en emergencias, desastres y crisis sanitarias. *Emergencias*. 2008;20:117-24.
12. Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunica-

- ción en caso de brotes epidémicos. Ginebra: OMS; 2008. p. 6.
13. Springston JK, Weaver-Lariscy RA. Public relations effectiveness in public health institutions. *J Health Hum Serv Adm.* 2005;28(2):218-45.
 14. Minelli J, coordinador. Comportamientos subyacentes: patrones de cobertura y modelos de interacción. En: Revuelta G, de Semir V, directores. *Medicina y salud en la prensa diaria: Informe Quiral 10 años.* Barcelona: Observatorio de la Comunicación Científica. Universitat Pompeu Fabra; 2008. p. 56-61.
 15. Hyer RN, Covello VT, editors. *Effective media communication during public health emergencies: A WHO handbook.* Geneva: WHO Press; 2007.
 16. Comité Nacional para la Seguridad en Salud, Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza. México: Secretaría de Salud; 2006.
 17. Stöhr K. The global agenda on influenza surveillance and control. *Vaccine.* 2003;21:1744-8.
 18. 56 World Health Assembly Resolution. Prevention and control of influenza pandemics and annual epidemics. Geneva: WHO; 2003. Agenda ítem 14.1428. Disponible en: http://ftp.who.int/gb/archive/e/e_wha56.html
 19. Department of Communicable Disease, Surveillance and Response, Global Influenza Programme. WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Geneva: WHO; 2005.
 20. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción estratégico de la OMS para la gripe pandémica. Ginebra: OMS; 2006. Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_EPR_GIP_2006_2/en/
 21. Global Influenza Program. Pandemic influenza preparedness and response: A WHO guidance document. Geneva: WHO; 2009. p. 62. Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance2009/en/index.html>
 22. Mújica O, Oliva O, Santos T, Ehrenberg J. Planificación de la preparación para la influenza pandémica: esfuerzos regionales. *Rev Panam Salud Pública.* 2008;23(6):428-34.
 23. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Seguridad en Salud del 15 de agosto de 2003. México: Diario Oficial de la Federación; 2003 (Primera Sección).
 24. Consejo de Salubridad General. Acuerdo por el que se establecen las activi-

- dades de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza del 4 de julio de 2006. México: Diario Oficial de la Federación; 2006. p. 21-4. (Primera Sección).
- 25.** Consejo de Salubridad General. Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad para desarrollar una Estrategia Operativa Multisectorial del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza del 25 de junio de 2007. México: Diario Oficial de la Federación; 2007. p. 42-4.
- 26.** Salud [Internet]. Conferencia de prensa sobre influenza de Mauricio Hernández Ávila y Miguel Ángel Lezana Fernández; 22 de abril de 2009 (Consultado el 24/05/09). Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2009-04-22_3867.html

