

EDITORIAL**MEJORAR LA COMUNICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD PÚBLICA:
SIN TIEMPO PARA DEMORAS****María José Tormo (1) (2), José R. Banegas (3)**

(1) Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia.

(2) Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

(3) Departamento de Medicina Preventiva y Salud. Pública, Universidad Autónoma de Madrid.

A lo largo de los últimos 20 años estamos presenciando, cada vez con más frecuencia, la irrupción en la sociedad de situaciones repentinas de riesgo y alarma para la salud que poco tienen que ver con las clásicas epidemias de tiempos atrás. Desde el trágico episodio del envenenamiento masivo por aceite tóxico (auténtico revulsivo del sistema de salud pública e higiene alimentaria español) hasta el actual problema de las *vacas locas*, hemos pasado por otras crisis. Así, la contaminación de pollos y otros alimentos por dioxinas acaecida recientemente en Bélgica, la exposición a uranio empobrecido en la guerra de los Balcanes, la irrupción en el mercado de los alimentos transgénicos o la revuelta ciudadana ante la colocación masiva de antenas de telefonía móvil, prácticamente dejan sin aliento a los responsables de la salud pública. El elemento común más evidente en estas situaciones, una vez alejados de la presión del momento, es que la población las percibe como de riesgo elevado y exige una respuesta inmediata por parte de los responsables sanitarios¹.

Por otro lado, estas crisis van sucedidas habitualmente de críticas por parte de la población y de los medios de comunicación. La acusación más general es que se oculta información o que priman intereses más o menos velados (por ejemplo, los económicos e industriales) y que, en definitiva, las autoridades no trabajan en primer lugar por

la salud o los intereses de los ciudadanos. El contraargumento habitual de los responsables suele ser el de actuar para evitar la alarma social de la que responsabilizan, en gran medida, a los medios de comunicación, que tienen como objetivo generar crisis ficticias para mejorar sus ventas. Tal contradicción de argumentos sugiere que el problema dista de estar resuelto y quién más resulta lesionado en la confrontación son las instituciones, muy concretamente, las sanitarias.

Aunque no son habituales, existen algunas encuestas llevadas a cabo en momentos de crisis que demuestran lo vulnerable que puede ser la posición de las instituciones ante problemas deficientemente manejados y lo lenta que puede ser recuperar la confianza perdida. Así, en una encuesta llevada a cabo en Inglaterra (Consumers' Association. Making markets work. London: Consumers' Association; 1996. Citado en: Bennett P and Calman K. Risk communication and public health. New York: Oxford University Press; 1999, p. 172.) en población adulta mayor de 15 años, durante el período más álgido de la crisis de las vacas locas (primavera de 1996), la población calificó a las instituciones públicas británicas con la menor credibilidad (49%), seguidas de la industria alimentaria (30%). Más aún, algunas crisis han tenido un efecto tan desestabilizador que han provocado o acelerado cambios en los gobiernos (Síndrome del Aceite Tóxi-

co en España, contaminación de pollos por dioxinas en Bélgica o la crisis de las vacas locas en Inglaterra).

La profesión de salud pública trata del estudio, evaluación y control de diferentes exposiciones sobre la salud de la población. Su ubicación, fundamentalmente dentro de la administración pública, la sitúa en una posición natural receptora de problemas y emisora de respuestas para los mismos. En la práctica, sin embargo, está poco preparada para abordar temas (como la percepción de riesgos) que están a caballo entre la psicología, la sociología y la medicina, y para comunicarlos de una forma adecuada. Fruto de este desconocimiento puede ser la sorpresa de que la percepción de riesgos no es una novedad sino que ha sido sistemáticamente estudiada, si bien recientemente, en otros ámbitos como en la tradición psicométrica americana. Y así son clásicos algunos estudios² en los que los investigadores trataban de evaluar si la percepción del riesgo por parte de la población es un fenómeno aleatorio e impredecible o si, por el contrario, las respuestas guardaban alguna lógica. Los resultados indican esto último. Es decir, las personas legas no tenían necesariamente percepciones erróneas fruto de la ignorancia, sino que tenían su propia racionalidad y eran capaces de situar ordenadamente las situaciones de riesgo, de mayor a menor impacto, de forma similar a la realidad. Sin embargo, existe alguna desviación o sesgo en el sentido de sobrevalorar el riesgo en algunas situaciones poco comunes (catástrofes, accidentes) o infravalorarlo en otras más habituales (cáncer, cardiovasculares, diabetes). Estos sesgos se han detectado también en diferentes profesionales (científicos, administradores, periodistas y políticos), y no son exclusivos de la población general, siendo, sin embargo, predecibles.

Este último aspecto es muy importante porque se puede anticipar qué situaciones van a provocar percepciones de riesgo exacerbadas, con lo que su manejo, incluida la comunicación del mismo, debe planificarse

cuanto antes. Estos riesgos «gatillo», con capacidad de desencadenar reacciones de alarma generalizada, tienen en común^{1,2}:

ser involuntarios (por ejemplo la contaminación atmosférica frente al consumo de tabaco, riesgo voluntario y mejor tolerado)

estar distribuidos de forma desigual (algunos se benefician mientras la mayoría sufre las consecuencias)

no haber forma de evitarlos ni tomando precauciones personales

ser nuevos o poco conocidos por la ciencia

tener consecuencias graves o estar sujetos a declaraciones contradictorias por parte de las fuentes responsables.

Rasgos adicionales de estos riesgos es que no actúan de forma *aditiva* sino *multiplicativa*, potenciándose unos a otros, y que pese a una buena capacidad de predicción de la percepción del riesgo a nivel *grupal* siempre va a haber individuos o grupos de individuos que reaccionarán alejándose de la media y para los que también hay que tener preparadas respuestas.

Paralelamente, es útil reconocer que los medios de comunicación también tienen especial sensibilidad ante ciertas situaciones¹. Así, aquellas crisis en las que hay alguna institución o persona a las que responsabilizar, o cuando es evidente que se intentan falsear u ocultar datos, serían especialmente atractivas para los *media*. Aunque es necesario decir que *no* son estos los que crean las historias sino los que las amplifican. Y así, una buena historia es aquella en la que tanto los intereses del público como los de los *media* se refuerzan uno a otro.

El *objetivo estratégico* de la comunicación de riesgos es disminuir la preocupación del público sobre ciertos riesgos para la salud³ y llevar el riesgo percibido en línea con el riesgo real, de tal modo que las políticas

resultantes sean razonables. La percepción ciudadana del riesgo es una realidad legítima que debemos aceptar y aprender a manejar mejor entre todos⁴.

Hay tres *principios fundamentales* que subyacen a la comunicación de riesgos⁵:

— Las percepciones son realidades: **Lo que es percibido como real**, incluso si no es cierto, es real para la persona y real en sus consecuencias. No se trata sólo de anticipar respuestas a situaciones catastróficas sino también a circunstancias que, aunque se puedan calificar de epidemias «fantasmas», generan «auténticas» epidemias de miedo:

— El fin es establecer **confianza y credibilidad**: Cuando estas son bajas, hay que centrarse más en acciones y comunicación que las incrementen y menos en la transferencia de información técnica y hechos.

En este sentido, en España el reconocimiento por todos de la autoridad técnica y moral de las autoridades sanitarias posibilitaría la desafiante misión que tienen de impulsar, coordinar y financiar eficazmente la reunión de los grupos de expertos y otros profesionales. Esto es especialmente relevante en un país plurinacional como España, donde las legítimas competencias autonómicas no deben impedir una voz razonablemente uniforme en problemas sanitarios que, como las epidemias, no reconocen la existencia de fronteras.

— La comunicación efectiva de riesgos **es una habilidad**: Requiere una gran cantidad de conocimiento, preparación y práctica. En este sentido, los cursos y textos de epidemiología enseñan importantes habilidades de investigación, pero pocos proporcionan las habilidades prácticas necesarias para comunicar a un público diverso.

Habría que aprender técnicamente a comunicar riesgos a la población, a los *media* y a nuestros propios colegas, del mismo modo en que aprendemos a diseñar un estudio o a analizar datos. Este proceso habría

que extenderlo a la formación de estudiantes de medicina y quizás, de una manera más asequible, en posgrado, dentro de áreas de conocimiento como la medicina preventiva y la bioética. No se trata en ningún caso de sobrecargar una formación ya de por sí excesivamente prolija sino de discutir críticamente la integración de estas cuestiones en materias ya existentes. Para ello es necesario, por supuesto, un entrenamiento de los formadores y la generosa actitud de muchos profesionales que imparten sus temas «insustituibles» en pro de una realista economía de la enseñanza⁴.

Pese a que todas las situaciones de crisis parezcan nuevas es útil, en base a toda la experiencia acumulada, señalar algunos aspectos de *cómo* comunicar riesgos sobre la salud a la población¹. Es necesario recordar que los mensajes van a ser juzgados en primer lugar por la *fuerza*. En segundo lugar por el *contenido*. Por tanto, crear un clima de confianza es la base para que el mensaje se *escuche* más que se *interprete*. Además, tres aspectos son especialmente destacados: 1) las acciones que se lleven a cabo son más elocuentes que las palabras; 2) la confianza se va a ver reforzada por la transparencia y 3) los mensajes no sólo dependen de su contenido sino de la forma en que se comunican. Y así, dar el *tono emocional* adecuado (empatizar con los sentimientos y emociones de las personas que escuchan) puede facilitar ser escuchado.

En breve, las claves del mensaje deben⁶: a) incluir todos los puntos de vista (por ejemplo grupos de afectados, industria, administración, consumidores, etcétera); b) ofrecer un tratamiento respetuoso y dar respuesta a todas las partes implicadas; c) reconocer que ciertos grupos sociales necesitan mensajes diferentes que permitan juzgar el nivel de confianza, implicación, juego limpio y responsabilidad por parte del que comunica; d) hacer de la percepción del riesgo una ciencia más participativa y democrática, más transparente y accesible.

Adicionalmente se consideran *elementos útiles*⁷ en la comunicación de riesgos: a) hacer una declaración clara desde el principio, de que el objetivo del comunicante es proteger y promover la salud de la población; b) expresar la independencia respecto a la industria y a otros departamentos de la administración; c) claridad, apertura y sinceridad sobre qué es lo que se conoce sobre un riesgo específico para la salud y qué es lo que *no* se conoce; d) ofrecer oportunidades para el encuentro con personas y grupos afectados siempre que sea posible e implicar a grupos de la comunidad de personas afectadas en los objetivos de estudio y en el diseño; e) acceder rápidamente a bases de datos toxicológicas y medioambientales para obtener información *basada en pruebas*.

Por último, hay que recordar algunas cosas que han demostrado su *carencia de utilidad*⁷ en la comunicación de riesgos: a) responder asegurando que *no existe ningún riesgo* en ausencia de información basada en pruebas científicas; b) proporcionar diferentes recomendaciones o informaciones a partir de diferentes interlocutores: es imprescindible un comunicador único, previamente consensuado; c) dificultar el acceso a datos de investigaciones previas sobre los riesgos para la salud del factor que ha desencadenado la crisis; d) caer en la tentación de utilizar estudios inadecuados que sólo conducen, a largo plazo, a una pérdida de credibilidad.

A la situación tecnológica actual, que favorece la comunicación y la inmediatez en

la circulación de la información, se une la aspiración social de recibir respuestas a las demandas razonables, ante situaciones de las que se considera que ponen en riesgo la salud, la de generaciones futuras o la del medio ambiente, para muchos sustento básico de su salud. Ser conscientes de este cambio es una oportunidad. Aprovecharla, cuestión de formación y de voluntad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bennett P. Understanding responses to risk: some basic findings. En Bennett P and Calman K. Risk communication and public health. New York: Oxford University Press; 1999, p. 3-19.
2. Slovic P. Informing and educating the public about risk. Risk Analysis 1986; 6: 403-15.
3. Remington PL. Communicating epidemiologic information. En: Brownson RC, Peititi DB. Applied epidemiology. Theory to practice. New York: Oxford University Press; 1998, p. 323-348.
4. Banegas JR. La comunicación de riesgos en salud pública. SEE Nota 1997; 10: 1-2.
5. Covello VT. Risk perception and communication. Rev Can Sante Publique 1995; 86: 78-82.
6. Langford IH, Marris C, O'Riordan T. Public reactions to risk: social structures, images of science, and the role of trust. En Bennett P and Calman K. Risk communication and public health. New York: Oxford University Press; 1999, p. 48.
7. Lyons RA and Wright D. Experiences in risk communication. En Bennett P and Calman K. Risk communication and public health. New York: Oxford University Press; 1999, p. 114-5.