

MESA IV. Prevención y control en grandes desastres

Moderadores: **Joan A. Caylà.** *Epidemiólogo. Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Barcelona.*
Àngels Orcau. *Epidemióloga. Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Barcelona.*

Rapid Risk Assessment for potential public health crisis, the ECDC approach

Josep M. Jansà

Director de Vigilància i Promoció de la Salut. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Correspondencia:

Josep M. Jansà

E-mail: jmjansa@aspb.cat

Concept and scope

Risk assessment is the overall process of risk identification, risk analysis and risk evaluation. It is the process of quantifying the probability and impact of a harmful effect to individuals or populations from an identified threat of an infectious disease or a threat of unknown origin. A Rapid Risk Assessment consist of an initial description and evaluation, performed at the first stages of an event or incident of potential public health concern. To be consistent and based in the best available evidence, specific algorithms and methodologies should be applied. Issuing consecutive RRA of the same event is advisable according to its duration and the potential public health impact. More comprehensive risk assessments, which often include the conduct of full systematic reviews, are produced at a later stage of an event, usually when more time and information are available¹.

The operational goal for and ECDC RRA is that should be quickly produced within a limited time frame; ideally within the initial 48-72 hours following an alert. The initial assessments of potential public health threats can be complex and challenging as they must be produced when information is often limited, and circumstances can evolve rapidly. However, RRAs should still be based on the structured identification of key information from all readily available sources at the time to provide a clear estimate

of the scale of the health threat while documenting the level of uncertainty. A good RRA should be:

- Consistent and transparent to ensure fairness and rationality.
- Easily understood by the intended target audience.
- Reproducible.
- Based on the best scientific evidence available at the time, well-documented and supported with references to scientific literature and other sources, including expert opinions.
- Regularly reviewed (may be done at preset intervals) and updated if needed when additional new information becomes available.
- Complemented by a log for decisions and actions based on available information.
- Contain a record of uncertainties (gaps in knowledge) and assumptions made in order to evaluate the effect of these on the final risk estimate and priorities for future research (dated and with version control).

Stages of Rapid Risk Assessments

- Stage 1: define the risk questions.
- Stage 2: collect and validate event information.
- Stage 3: literature search and extraction of evidence.
- Stage 4: appraise evidence.
- Stage 5: estimate risk.

Table 1. Risk Ranking Matrix.

Impact	Probability				
	None	Very low	Low	Moderate	High
Very low	None	Very low risk	Low risk	Low risk	Moderate risk
Low	None	Low risk	Low risk	Moderate risk	Moderate risk
Moderate	None	Low risk	Moderate risk	Moderate risk	High risk
High	None	Moderate risk	Moderate risk	High risk	Very high risk

Source: European Centre for Disease Prevention and Control. Operational tool on rapid risk assessment methodology – ECDC 2019. Stockholm: ECDC; 2019.

How to estimate the risk

The overall risk of a public health event is defined as a combination of the probability and impact of the health threat.

Risk = Probability and impact.

Therefore, the probability and impact are first assessed separately and then combined to assess the overall risk as included in the table below.

Types and examples of risk assessments

- Threat assessment brief is a shorter version of a RRA that allows to speed up its publication. It is usually used when a detailed description of the nature of the event is not needed. Example: Measles on the rise in the EU/EEA: considerations for public health response, 16 February 2024².
- Standard RRA is the common approach of a RRA according to what has been described in this summary. Example: Rapid risk assessment – Assessing the risk to public health of multiple detections of poliovirus in wastewater in the EU/EEA. 30 January 2025³.

- Updated RRA are prepared to complement previous RRA when new information has appeared while the ongoing threat remains active. Example: Rapid risk assessment - Carbapenem-resistant Enterobacterales – third update, 03 February 2025⁴.

Bibliography

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Operational tool on rapid risk assessment methodology – ECDC 2019. Stockholm: ECDC; 2019.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Measles on the rise in the EU/EEA: considerations for public health response. 16 February 2024. Stockholm: ECDC; 2024.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Assessing the risk to public health of multiple detections of circulating vaccine-derived poliovirus type 2 (Cvdpv2) in wastewater in the EU/EEA. 30 January 2025. ECDC: Stockholm; 2025.
4. European Centre of Disease Prevention and Control. Carbapenem-resistant Enterobacterales, third update – 3 February 2025. ECDC: Stockholm; 2025.

Cambio climático y salud: prepararse para un futuro distinto

Tomás Molina

Meteorólogo. TV3. Sant Joan Despí.

Correspondencia:

Tomás Molina

E-mail: tmolina.z@3cat.cat

Vivimos en un mundo que se ha acelerado vertiginosamente en los últimos cien años. No siempre somos conscientes de ello. En términos poblacionales, hasta hace mil años vivían en nuestro planeta unos 250 millones de personas, en el año 1900 éramos

2.000 millones personas, pero se alcanzaron los 4.000 millones en los años setenta del siglo pasado y actualmente ya somos unos 8.000 millones. Hasta el triunfo de la revolución industrial en el siglo XIX, la energía provenía mayoritariamente de la madera y

los animales. En 1953 salió a la venta el primer coche fabricado en España, el SEAT 1400 que inició la era de la automoción y con ella se consolidó la era de la contaminación atmosférica por combustibles fósiles. La concentración de fondo de dióxido de Carbono (CO₂) se había mantenido bastante estable desde la última era glacial en las 290 ppm, En 1950, cuando el científico Charles David Keeling, instaló en la isla de Mauna Loa, en Hawái, su medidor de CO₂ el dato era ya de unos 310 ppm, en los años ochenta del siglo pasado la concentración de CO₂ era de unas 350 ppm. La llegada del siglo XXI con 370 ppm dio paso a una aceleración que nos ha llevado a las 427 ppm en la actualidad y que aumenta a una razón de unas 2,5 ppm por año.

El futuro es una entelequia, nadie sabe qué pasará realmente en el futuro, pero los meteorólogos hemos conseguido calcular posibles futuros a los que llamamos escenarios.

Un escenario es, según el Panel Intergubernamental del Cambio Climático (IPCC) "Una descripción plausible de cómo puede evolucionar el futuro basándose en un [...] conjunto de supuestos sobre las principales fuerzas impulsoras y relaciones". Un conjunto de escenarios muestra una variedad de futuros posibles, entre los que hay algunos más probables que otros. No sabemos exactamente cómo será el futuro, pero sí que podemos anticiparnos a lo que nos deparará el futuro si seguimos actuando de una determinada manera. De la misma forma, algunas de las proyecciones de futuro que auguran los escenarios, pueden ser alteradas si se actúa en consecuencia. La realidad actual es que somos capaces de cambiar el futuro voluntaria e involuntariamente. También que podemos prepararnos para aquellas cosas que vayan a pasarnos y conseguir que sean menos nocivas.

Muchos sabemos que el año 2015, en la Conferencia de las Partes de la Convención del Cambio Climático de las Naciones Unidas, se adoptó el llamado Convenio de París¹, que reza que la temperatura no debe subir más allá de 2 °C respecto a la temperatura del aire en la época preindustrial y si puede ser que se quede en 1,5 °C de aumento. Este escenario de futuro, traducido a concentración de CO₂ significa que para los 1,5 °C debe ser de 430 ppm, es decir, prácticamente la que tenemos en la actualidad, y los 2 grados son 480 ppm de CO₂. Si efectuamos un cálculo rápido, al ritmo de emisiones actual, los alcanzaremos en 20 años, es decir en el 2045. Lo que se llama *business as usual*, o de otra manera si seguimos como ahora aumentando 2,5 ppm cada año, a finales de siglo estaremos unas 200 ppm por encima de las actuales, aproximadamente a unas 635 ppm de CO₂. El escenario correspondiente a esa concentración de CO₂ es el de unos 3,5 grados de aumento. Ese, de momento, es el escenario de futuro más probable.

A menudo se tiene un punto de vista muy negativo sobre la capacidad de la humanidad de tomar decisiones en su propio beneficio y gusta de presentar futuros apocalípticos relacionados con el cambio climático. Lo cierto es que, en el año 2014, justo antes del Acuerdo de París, el *business as usual* nos llevaba a una senda de unas 1.000 ppm de CO₂ a finales de siglo, o lo que es equivalente, a unos más de 6 °C de aumento de la temperatura respecto a la época preindustrial. En once años hemos conseguido reducir a la mitad el escenario más probable de aumento de las temperaturas para finales de siglo, sigue sin ser suficiente, pero nadie puede negar que la capacidad de la humanidad para autorregularse es notable.

Lo cierto es que debemos prepararnos para un futuro inmediato distinto a nuestro pasado más inmediato². Lo que era normal para nuestros padres ya no lo es para nosotros, y será muy distinto para nuestros hijos. Esta afirmación vale para absolutamente todas las cosas de la vida. Entre los factores de la aceleración que ha sufrido nuestro planeta también está la población mundial. Cuando yo era un niño, en el mundo había unos 3.500 millones de personas, ahora que soy padre somos 8.000 millones, y mis hijos vivirán en un mundo con entre 10.000 y 14.000 millones de personas. Nadie en su sano juicio puede pensar que el mundo pueda mantenerse sin cambios sustanciales en todos sus vectores sociales, económicos, políticos, religiosos, ambientales..., y evidentemente con todo lo relacionado con la salud humana, animal y vegetal.

A todo lo relacionado con población y factores ambientales hay que sumarle también la tendencia ultra acelerada al desarrollo tecnológico que está cambiando los paradigmas mismos de la humanidad. Según Raimon Kurzweil, se llegará a la "singularidad computacional" alrededor del 2045, cuando será imposible distinguir entre la inteligencia humana y la artificial. Cuando se habla de enfermedades emergentes, en general, se piensa en aquellas que ya existen pero que no son la que acostumbran a afectar a la población de determinado lugar del planeta, incluso alguna de nueva ligadas a los organismos vivos, pero mientras escribo estas letras visualizo que una de las enfermedades nuevas podría ser la "distorsión de la percepción de la realidad y de la verdad"... en un mundo con IA aplicada a la información y en un contexto de conexión universal, los límites entre la verdad y la realidad se van a ir diluyendo y desapareciendo, y eso va a convertirse en una enfermedad social que afectará también a las personas individuales e incluso a la misma inteligencia artificial.

El clima está cambiando, dicho con más propiedad, el clima ya ha cambiado: ya hemos visto que estamos en uno de los escenarios de futuro, ya estamos en el de un grado y medio del Acuerdo de París. El sexto informe del IPCC urge a todos

los estamentos de la sociedad a adaptarse a ese cambio que ha llegado para quedarse. Uno de los estamentos que cita en primeras posiciones sobre la necesidad de adaptación, junto con el sector agrícola, es el de la salud. El cambio de las condiciones ambientales provoca cambios en el paisaje y, con él, también en los insectos. Distintos mosquitos, especies alóctonas de garrapatas, pulgas y demás parásitos humanos y animales, significan nuevos vectores de propagación de enfermedades endémicas de otras latitudes, incluso de mutaciones que den lugar a cepas nuevas de enfermedades infecciosas. Las temperaturas medias en ascenso significan también episodios de eventos de extremo calor y de fenómenos de tiempo violento³.

Uno de los riesgos climáticos más importantes a los que se enfrenta Europa es el de las olas de calor. Como ya se sabe el riesgo es el resultado de la matriz del peligro (las altas temperaturas), la exposición y la vulnerabilidad. En las dos últimas, una vez ya se da el fenómeno como ola de calor, aparecen situaciones socioeconómicas como el hecho de poder pagar la climatización del hogar o lugar de trabajo, que determinarán el grado de exposición y sentenciarán la vulnerabilidad de las personas. La edad media de la sociedad va en aumento, en una población, más envejecida y vulnerable, muchas veces solitaria, lo que también termina generando problemas de salud mental. No se trata de crear un escenario apocalíptico, pero sí un escenario distinto al que estaban acostumbrados los profesionales de la salud de nuestras latitudes. El Clima de la Península Ibérica es ya el que tenían antaño en el norte de África, hay que adaptar nuestro sistema sanitario a los condicionantes externos africanos, pero con los estándares de calidad y de eficacia a los que nuestra sociedad estamos acostumbrados.

Nadie puede saber el futuro, pero nosotros hemos aprendido que podemos vislumbrarlo. Lo más importante, hemos establecido una causa-efecto que explica los cambios, y con ello hemos descubierto que el futuro no tiene por qué ser completamente como lo hemos proyectado. Si cambiamos algo ahora, el futuro será distinto, eso es un superpoder del que disponemos y también una enorme responsabilidad⁴. El Sector Sanitario tiene que prepararse para todo tipo de enfermedades emergentes en nuestra zona, las que provienen de otras latitudes y las que aparecerán de la nada aquí mismo, pero al mismo tiempo tiene que darse cuenta de su responsabilidad en el origen del problema. La suma de todo el sector sanitario del planeta genera unas emisiones de

gases de efecto invernadero que la posicionan como el virtual tercer país más contaminante de la Tierra. Reducir las emisiones y el consumo energético y generar menos residuos, son también asignaturas pendientes urgentes del sector sanitario⁵.

Los profesionales de la salud saben que todo tiene remedio menos la muerte, y que a los enfermos primero se les estabiliza y luego se intenta curarlos. Pocos sectores son más conscientes del poder de la ciencia y al mismo tiempo de sus absolutas limitaciones. No es cierto en absoluto que nuestro planeta sea un enfermo terminal al que solamente se pueda dar tratamiento paliativo. Nuestro planeta es un paciente que se ha hecho mayor muy deprisa, que ha cambiado de lugar de residencia y de hábitos también a mucha velocidad.

No se trata de un mundo ni mejor ni peor, como tampoco son mejores ni peores los pacientes, sino que son distintos.

El futuro plantea, sin duda, un reto importante para la salud, pero también es cierto que jamás en la historia de la humanidad hemos estado tan preparados tecnológicamente ni en conocimiento humano. Promociones de médicas y médicos, enfermeras, técnicos, asistidos por informática, psicología, fisioterapia, acceso ilimitado a la información y el conocimiento, incluso a la meteorología y la climatología, ...el futuro de la sanidad ofrecerá soluciones brillantes que mejoraran la vida de las personas y los seres vivos de este planeta. No hay duda alguna.

Bibliografía

1. UNFCCC. Paris Agreement. 2015. <https://unfccc.int/process-and-meetings/the-paris-agreement>.
2. Molina, T. *La comunicació del canvi climàtic: Accions i estratègies per augmentar-ne la consciència en l'opinió pública i millorar-ne la presa de decisions*. 2025. Informació i Comunicació, Universitat de Barcelona. <https://hdl.handle.net/2445/218052>.
3. Huang W, Li S, Vogt T, Xu R, Tong S, Molina T, et al. Global short-term mortality risk and burden associated with tropical cyclones from 1980 to 2019: a multi-country time-series study. *The Lancet Planetary Health*. 2023;7(8):e694–e705. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00143-2](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00143-2).
4. Molina T, Abadal E. Enhancing strategies and actions to elevate public awareness and optimize decision-making. *EMS Annual Meeting*. 2024. <https://doi.org/https://doi.org/10.5194/ems2024-211>.
5. Romanello M, McGushin A, Di Napoli C, Drummond P, Hughes N, Jamart L, et al. The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. *The Lancet*. 2021;398(10311):1619–62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01787-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01787-6).

Vigilancia epidemiológica de la DANA, octubre de 2024, en las comarcas centrales de la Comunitat Valenciana

Francesc Botella Quijal

Servicio de Estudios Epidemiológicos y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Generalitat Valenciana. Valencia.

Correspondencia:

Francesc Botella

E-mail: botella_fra@gva.es

Introducción

Las inundaciones acaecidas en la Comunitat Valenciana como consecuencia de la depresión aislada en niveles altos (DANA) ocurrida el 29 de octubre de 2024 desencadenaron una emergencia de una gravedad y dimensión extraordinarias cuyo impacto repercutió en todos los niveles de la sociedad, pérdidas humanas e infraestructuras públicas y privadas esenciales. Se vieron afectados 75 municipios con una población de 1.032.774 habitantes, un 20% de la población de la Comunitat Valenciana -CV- (DOGV 9974bis, 4/11/2024).

Metodología

El día 3/11/2024 se constituyó oficialmente el “Grupo de Coordinación de la respuesta de salud pública ante las inundaciones causadas por la DANA en la Comunitat Valenciana” (GCR). Este comité fue coordinado por la Conselleria de Sanidad de la CV y el Ministerio de Sanidad y en él además participaron otras instituciones (ISCIII, CSIC y AESAN). Se formaron cinco subgrupos de trabajo: vigilancia epidemiológica, sanidad ambiental, seguridad alimentaria, inmunoprevenibles/acción comunitaria y control de riesgos de vectores, que elaboraban documentos y recomendaciones que el GCR valoraba y aprobaba. Entre el 3 y 4/11/2025 se iniciaron las reuniones de trabajo, un total de 32 reuniones, al inicio dos diarias y la última el 30/01/2025. En el subgrupo de vigilancia participaron: subdirección general de epidemiología y vigilancia de la salud (Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, CV), servicio de microbiología (Hospital General Universitario de Valencia), Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, Ministerio de Sanidad), Centro Nacional de Epidemiología, Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación y Universidades) y la Unidad Militar de Emergencias (Ministerio de Defensa).

Resultados

El subgrupo de vigilancia elaboró diversos documentos técnicos:

- “Evaluación rápida de riesgo (ERR): Lluvias torrenciales y catástrofe natural en la Comunitat Valenciana”, que analizaba los riesgos para la salud de la población afectada, como enfermedades infecciosas y patologías no transmisibles así como las medidas para su minimización y control.
- “Protocolo de vigilancia para la detección precoz de casos asociados a las inundaciones producidas por la DANA en la Comunitat Valenciana”, para garantizar la detección precoz y monitorización de la evolución de las infecciones con potencial epidémico con el fin de implementar de manera rápida las medidas de control para evitar la aparición de brotes.
- Protocolos específicos de: agregaciones de casos de gastroenteritis, leptospirosis, legionelosis, virus del Nilo occidental y hepatitis A.
- Documentos con recomendaciones a la población general sobre vacunación, prevención de riesgos laborales, de riesgos ambientales y consumo de agua y calidad del aire.

Los documentos se difundieron a los profesionales sanitarios y se publicaron en la Web de Conselleria y del Ministerio. Asimismo, se mantuvo la comunicación regular y la coordinación con todas las instituciones sanitarias implicadas (asistencia, preventiva, salud pública).

Se adaptaron los sistemas de información sanitaria para monitorizar diariamente los casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y de gastroenteritis aguas (GEA) registrados en atención primaria, para detectar agregaciones y analizar factores de riesgo. En el periodo de los tres primeros meses se detectaron tres agregaciones en entornos vulnerables (dos de GEA y una de virus respiratorio sincitial), sin relación con la DANA y sin ningún fallecimiento. Durante los cinco meses primeros meses, se detectaron cuatro casos confirmados de leptospirosis y diecisiete

de legionelosis, sin vínculo epidemiológico excepto el riesgo de residir o permanecer en la zona DANA. Se identificaron las zonas básicas (ZBS) con una tasa semanal inferior o superior a la esperada, según su histórico. Ello permitió monitorizar la recuperación de la digitalización de la actividad de atención primaria y dar seguimiento estrecho de las ZBS con tasas superiores de GEA. La tasa de GEA de las ZBS DANA, frente a las No DANA, mantuvo una diferencia significativa históricamente, que permaneció estable.

La evolución de la gravedad se midió mediante el seguimiento del número de hospitalizaciones por infecciones detectadas (100 ingresos), tanto por GEA como por las EDO.

Los principales resultados, se difundieron regularmente mediante informes de la situación epidemiológica diarios y semanales para diversas instituciones y población general.

Toda la documentación se encuentra disponible en la web de la Conselleria de Sanidad:

- <https://www.san.gva.es/es/web/sanidad/actuaciones-dana/inicio>
- <https://www.san.gva.es/es/web/sanidad/actuaciones-dana/salud-publica>
- <https://www.san.gva.es/es/web/sanidad/actuaciones-dana/informacion-para-profesionales>
- https://www.san.gva.es/documents/d/sanidad/20241107_err_inundaciones-dana-valenci_mod

Conclusiones

- Establecer un GCR permitió la revisión permanente de necesidades de SP y actuaciones implementadas.
- La ERR fue un instrumento fundamental para priorizar la elaboración de protocolos y para guiar las recomendaciones tras la emergencia producida por la DANA.

- El análisis epidemiológico permitió identificar puntos críticos de atención en la primera fase y la detección y seguimiento de la patología infecciosa, así como, orientar las tareas de ayuda y reconstrucción bajo parámetros objetivos de monitorización de la situación de salud.
- La magnitud del impacto en la salud pública de estos eventos puede reducirse si se lleva a cabo una gestión de la emergencia adecuada, con medidas de prevención, mitigación y control oportunas y coordinadas.

Bibliografía recomendada

- European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Technical Report. Heavy rainfall, flooding, and infectious disease transmission in the EU/EEA [informe no publicado]. Stockholm: ECDC; 2024.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Extreme rainfall and catastrophic floods in western Europe. Stockholm: ECDC; 29 de julio de 2021. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-20210720-1799.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. Weekly bulletin: Communicable disease threats report, Week 44, 26 October - 1 November 2024. Stockholm: ECDC; 1 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-44-2024.pdf>
- European Environment Agency. Responding to climate change impacts on human health in Europe: focus on floods, droughts, and water quality. Copenhagen: EEA; 2024. Disponible en: <https://www.eea.europa.eu/publications/responding-to-climate-change-impacts>
- World Health Organization Regional Office for Europe. Flooding: managing health risks in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Europe; 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/329518>

La visión periodística sobre la DANA de Valencia y otras emergencias

Aurelie Chamerois

Periodista y corresponsal en España. Cofundadora de Equinox. Barcelona.

Correspondencia:

Aurelie Chamerois

E-mail: aurelie@equinoxmagazine.fr

Esta ponencia propone una reflexión profunda sobre el papel que desempeñan los medios de comunicación durante episodios de emergencia climática, tomando como eje central la DANA que afectó a Valencia, así como otros eventos recientes en el contexto español y europeo. A través de la mirada de una periodista con amplia experiencia en el terreno, se ofrece una visión crítica sobre la gestión de catástrofes en España y se analiza por qué es necesario repensar las relaciones entre periodistas, instituciones y ciudadanía.

Uno de los ejes centrales de la intervención es el análisis de los retos informativos en tiempo real. En situaciones de emergencia, los medios enfrentan una doble presión: informar con rapidez sin sacrificar la veracidad ni caer en el alarmismo. La cobertura de la DANA de Valencia puso de relieve algunas de estas tensiones, con ejemplos de información incompleta, contradicciones entre fuentes y falta de contexto técnico. Se plantea así la necesidad de establecer protocolos informativos más sólidos y de reforzar la formación especializada de los periodistas que cubren estos eventos. Además, se subraya la importancia de una buena colaboración entre instituciones y medios para evitar la propagación de bulos, que pueden resultar peligrosos para la ciudadanía.

Otro aspecto clave abordado es la gestión institucional de la catástrofe. La ponencia examina cómo las autoridades autonómicas y estatales gestionaron la narrativa pública durante y después de la crisis, prestando especial atención a momentos controvertidos como el rechazo inicial de la ayuda internacional ofrecida por países vecinos. Este episodio generó confusión en la opinión pública y alimentó el debate sobre el equilibrio entre la autonomía regional en la gestión de emergencias y la necesidad de coordinación con organismos europeos.

Asimismo, se identifican debilidades estructurales en la relación entre medios, autoridades y ciudadanía. Destaca una desconfianza mutua, alimentada tanto por la proliferación de

bulos y desinformación en redes sociales como por una comunicación institucional que, con frecuencia, se percibe como fría, técnica o insuficiente. En este sentido, la ponencia propone una serie de claves para mejorar la eficacia y la coordinación de la comunicación en contextos de crisis: fortalecer las redes de colaboración entre medios y Protección Civil, establecer canales de comunicación claros y accesibles con la ciudadanía, y fomentar una cultura de prevención y resiliencia informativa.

La perspectiva periodística se ve enriquecida con experiencias de campo. La intervención incluye impresiones personales de la ponente tras visitar las zonas afectadas y mantener conversaciones con vecinos, voluntarios y responsables locales, lo que aporta una dimensión humana y directa a los hechos. Estas vivencias permiten visibilizar historias individuales que a menudo quedan eclipsadas por los grandes titulares, reforzando la necesidad de "humanizar" el relato informativo.

Por último, se plantea una reflexión crítica sobre el papel del periodismo en el contexto del cambio climático. Informar sobre catástrofes ya no puede limitarse a relatar los daños materiales o las cifras de víctimas; es imprescindible conectar estos eventos con sus causas estructurales, visibilizar la vulnerabilidad de determinados territorios y comunidades, y contribuir activamente al debate público sobre mitigación y adaptación. La ponencia insiste en la responsabilidad ética del periodista ante una ciudadanía cada vez más expuesta a fenómenos extremos.

En definitiva, esta intervención ofrece un análisis multidimensional que combina teoría, práctica profesional y experiencia personal. Su objetivo es aportar herramientas para una cobertura informativa más rigurosa, empática y útil en contextos de emergencia, teniendo en cuenta no solo la responsabilidad periodística, sino también las implicaciones directas sobre la gestión sanitaria, la protección civil y la respuesta coordinada a nivel institucional.