Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Licenciatura en Comunicación Social

Tesina

"Rol de la Comunicación Institucional en situaciones de Emergencia Sanitaria"

Alumno: Guillermo José Barletta
N° Reg. 7952
Profesor: Lic. Mgter. Alfredo Bisquert

Mendoza – Mayo de 2007

A mi familia y amigos.
A los que están y a los que no están.
A todos los que construyeron mi aquí y ahora.
Gracias

INTRODUCCIÓN

Al comenzar este trabajo nos planteamos la necesidad de pensar qué pasaría en Mendoza si ocurriesen hechos similares a las inundaciones de Santa Fe, la tragedia de República Cromagnon u otro tipo de evento en que se viera superada la capacidad de respuesta del Sistema Sanitario provincial y qué podría aportar el enfoque comunicacional para mitigar sus consecuencias.

El riesgo de que un hecho de este tipo suceda aumenta en forma directa de acuerdo con la amenaza y a la vulnerabilidad que presenta el lugar. En Mendoza la principal amenaza es impredecible: los sismos.

La primera respuesta a una situación de tal magnitud la debe dar el Sistema de Salud Pública y luego se va derivando hacia otras instituciones y organizaciones. Ante esta situación la Comunicación Institucional se presenta como la herramienta ideal para vincular a las organizaciones implicadas.

Evitar el colapso del Sistema Sanitario es factible si se valoran los aportes de la comunicación institucional. Es fundamental que todos sepan qué están haciendo los demás para no repetir trabajos ni superponer esfuerzos.

La gestión del riesgo en el sistema de salud plantea que durante una situación de desastres la capacidad de respuesta está totalmente superada. Por este motivo se debe enfocar desde una perspectiva interdisciplinaria, ya sea en la preparación previa, en la respuesta o en la mitigación.

La mitigación de las consecuencias producidas por los desastres se trabaja sobre la vulnerabilidad desde dos enfoques. El primero es sobre la parte física, que se divide a su vez en vulnerabilidades estructurales (edilicias) y no estructurales (objetos potencialmente peligrosos). Mientras que el campo organizacional incluye a todas las instituciones implicadas en la crisis.

La crisis modifica a las organizaciones, y es allí en donde la Comunicación Institucional se presenta como la herramienta clave para prevenir los mayores peligros y ayudar a pasar más rápido la situación y de la forma más organizada.

Otra situación que se debe considerar es que numerosas crisis socio-políticas vividas en Argentina durante los últimos años han dañado fuertemente la imagen de las administraciones públicas, ya sean éstas nacionales, provinciales o municipales.

Los casos de corrupción, la inoperancia gubernamental y la falta de respuestas a la población, entre otros problemas, sumados a la crisis económica crónica, han corroído la credibilidad de la población en las instituciones públicas.

Si bien el panorama no es muy alentador para enfrentar cierto tipo de trabajos dentro de la Administración Pública, hay situaciones en que la comunidad espera ciertas

acciones del gobierno, y en tal sentido dichas acciones, por mínimas que sean, son esperadas con gran entusiasmo por la gente.

Para buscar posibles propuestas de acción ante lo planteado nos propusimos los siguientes objetivos:

- Mostrar los beneficios que puede aportar la Comunicación Institucional para la preparación, la superación y la mitigación de las situaciones de emergencia.
- Desarrollar un Plan Estratégico de Acción que asigne roles y determine canales de comunicación eficaces en este tipo de situaciones.
- Proponer un Plan de Comunicación de Emergencias que se ajuste al Sistema Sanitario de Mendoza.

Creemos que para alcanzar estos objetivos, debido a la característica que presenta la principal amenaza en Mendoza, es necesario integrar a la población, convocarla para participar en la creación e implementación de los Planes de Acción en Emergencias. El trabajo en este tipo de emergencia es muy difícil, pero una vez que se inicie será de gran importancia para aplicarlo a cualquier tipo de emergencia.

El camino que recorreremos se inicia en el primer capítulo con una visión de los conceptos básicos de la comunicación institucional y las herramientas que puede aportar para enfrentar este tipo de situaciones dentro del contexto de la administración pública.

En el capítulo dos se repasará la evolución del concepto de salud-enfermedad y los cambios de la Atención Primaria de la Salud en la provincia enmarcados en las políticas globales propuestas desde la histórica declaración de Alma Ata "Salud para todos en el 2000".

En la tercera parte veremos de una forma integral cómo los distintos eventos de la naturaleza, que por una deficiente estimación de los riesgos, se pueden convertir en los conocidos desastres o catástrofes naturales. Cómo se clasifican, cómo surgen, cómo pasan y qué huellas dejan en la sociedad. En esta descripción se comenzará a descubrir la importancia de la comunicación institucional en todas las etapas de los eventos.

En el cuarto capítulo se verá cómo influye la percepción personal en la clasificación de los riesgos y cómo surgió la Comunicación de riesgos para prevenir los impactos de los desastres en la Salud Pública. Presentaremos los conceptos básicos de este enfoque del riesgo, elaborado luego de experiencias vividas en distintos países del mundo y difundidos por la Organización Panamericana de la Salud.

Finalmente se describirá la estructura del Ministerio de Salud de la Provincia y a partir de éste propondremos un esquema básico de trabajo para ser aplicado en el Area

Sanitaria Godoy Cruz, área que presenta ciertos avances en dicho tema, pero falta de continuidad en las actividades.

Es importante destacar que no existen recetas mágicas para enfrentar estas situaciones ya que cada evento presenta características disímiles y las sociedades donde impactan son distintas.

CAPÍTULO 1

Comunicación Institucional

"La complejidad no es una receta para conocer lo inesperado, pero activa la prudencia y la atención, sacude la pereza del espíritu."
ALFREDO BISQUERT

1.1Introducción

"Nuestro contexto contemporáneo se caracteriza por su complejidad creciente. Pero el pensamiento contemporáneo no asume todavía esa complejidad."[1]

Es precisamente en esos escenarios en los que imaginamos los futuros posibles donde queremos posicionar a la comunicación como elemento estratégico en la gestión de las organizaciones sociales.

La crisis contemporánea global contiene muchas señales de peligro pero, simultáneamente, cada peligro puede ser también una oportunidad para transformar la crisis.

La idea de crisis en el marco de las instituciones se puede definir desde una perspectiva triple: *fenoménica; taxonómica y secuencial*.

La perspectiva *fenoménica* nos permitirá percibir y vivir la crisis tal como se nos aparece; en la *taxonómica* se procurará tipificarla aplicando criterios de clasificación y la *secuencial* nos acercará al análisis y seguimiento del desarrollo concreto del fenómeno que nos afecta.

Todas las perspectivas o miradas posibles estarán acompañadas de procesos dinámicos de comunicación estratégica, entendida como herramienta de gestión.

La naturaleza y los efectos de una crisis son muy variados. Si bien podemos acordar que, en general, las crisis son acontecimientos aleatorios y no deseados debemos también aceptar que son bastante más frecuentes de lo que en principio podría pensarse.

1.2 - Institución-Organización: de las viejas concepciones a la nueva dimensión

En la década del 50 se produjo el auge de las oficinas de Relaciones Públicas. En los 60 se dio el período de mayor desarrollo de los establecimientos educativos que, en los 70 en nuestro país, cobraron mayor impulso. Hacia comienzos de los 80 los flujos de

---

[1] BISQUERT VICENS, Alfredo. La comunicación organizacional en situaciones de crisis. Ponencia al I Congreso Iberoamericano de Comunicación Estratégica para las organizaciones. EN: http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n32/abisquert.html

información crecieron vertiginosamente en función del desarrollo informático y de la telemática, que deterioró gradualmente esas áreas que estaban en crecimiento.

La autora Iris Morera Justo define ***organización*** como "toda forma de vínculo y comunicación entre miembros de un grupo. En caso de ser formal, con normas, reglas, división explícita del trabajo horizontal y vertical y grados de jerarquía internos, estamos en presencia de una ***institución***".[2]

Entonces, **Institución**, es un sistema social que por intermedio de la utilización de recursos, actúa coordinadamente para la obtención de objetivos para los que fue creada.

La institución en tanto que sistema social es un sistema abierto, con límites absolutamente permeables que permiten interrelaciones permanentes con el medio ambiente, que lleva a que tenga cambios en forma continua. Todas las situaciones del contexto afectan a la institución, por lo tanto, las **situaciones de complejidad** e incertidumbre la afectan y afectan a sus componentes internos, es decir, a su cultura organizacional.

Lidia Fernández plantea que el término Institución, de acuerdo con la literatura especializada, acerca diferentes significaciones, e incluso que las diferencias llegan a ser tales que muchos autores proponen abandonar el vocablo acusándolo de provocar confusión y sembrar ambigüedad.

En gran cantidad de obras el término se utiliza para aludir a ciertas normas que expresan valores altamente protegidos en una realidad social determinada. En general tiene que ver con comportamientos que llegan a formalizarse en leyes escritas o tienen fuerte vigencia en la vida cotidiana. Por ejemplo: la familia, el matrimonio, la propiedad privada, la propiedad colectiva, etc., son en este sentido, **instituciones**.

""*Institución" se utiliza, entonces, como sinónimo de regularidad social aludiendo a normas y leyes que representan los valores sociales y pautan el comportamiento de los individuos y los grupos, fijando sus límites".*[3] Así podemos decir que la norma constitucional que establece el derecho de enseñar y aprender, los programas vigentes, la norma pedagógica que define los requisitos de promoción, etc., son instituciones.

Otra acepción hace referencia a organizaciones concretas – una escuela, una fábrica, un hospital - en las que se cumplen ciertas funciones especializadas con el propósito de concretar acciones-valores aludidos con la acepción anterior del término. "Funciona como sinónimo de establecimiento y refiere a una organización con función especializada que cuenta con un espacio propio y un conjunto de personas

---

[2] MORERA JUSTO, Iris. La comunicación para el cambio en las organizaciones. Pág. 34

[3] FERNANDEZ, Lidia. Análisis de lo Institucional en la Escuela. Un aporte a la formación autogestionaria para el uso de los enfoques institucionales. Pág. 1

responsables del cumplimiento de determinadas tareas reguladas por diferentes sistemas. Por ejemplo un club, una iglesia, una empresa".[4]

Un tercer sentido liga al término "institución" con los significados, y alude con él a la existencia de un mundo simbólico en parte consciente, en parte de acción inconsciente, en el que el sujeto humano "encuentra" orientación para entender y decodificar la realidad social.

Sintetizando a ambas autoras, se puede decir de las Instituciones que:

- Son un sistema social que utiliza recursos coordinadamente para obtener objetivos para los que fueron creadas.
- *Representan los valores sociales y pautan el comportamiento de los individuos y los grupos, fijando sus límites.*
- Son organizaciones concretas – una escuela, una fábrica, un hospital - en las que se cumplen ciertas funciones especializadas con el propósito de concretar acciones-valores.
- Aluden a la existencia de un mundo simbólico
- Son afectadas por el contexto de creciente **complejidad.**

1.3 - Comunicación Institucional

Hoy el mundo de las relaciones grupales es más **complejo** en el ámbito familiar, social y laboral. El hombre vive en un estado de mayor individualidad y soledad, ya sea en el ámbito de sus relaciones sociales como en el de las laborales.

Es así que de los 80 en adelante, se comenzó a hablar más de comunicación institucional que de relaciones públicas. Dicho cambio nació de la necesidad de ampliar los objetivos de "relación" por los de comunicación, ampliándolos al campo del estudio de las redes internas, sus canales formales e informales, las formas de interactuar de los grupos en la institución, la composición de las redes externas, la conformación de sus canales de comunicación, las señales y signos que conforman su cultura organizacional, la percepción que configura la imagen en los usuarios, proveedores y público en general.

Este modelo abarca la **comunicación interna**, que sería la descripta en el párrafo anterior, la **interinstitucional y** la **externa**. La segunda estaría dedicada al establecimiento de redes entre instituciones con el fin inmediato de optimizar los recursos humanos y técnicos, quebrar las barreras, los ghetos y los bloques de poder en las esfera pública, y porque no en la privada. Y finalmente la externa, que implica las actividades de prensa y difusión, que repercute directamente en la imagen de la institución.

---

[4] bidem, Pág. 2

Cada una de estas áreas tiene su campo de acción delimitado y el diseño de sus propias estrategias, aunque deben converger en una interrelación y en el cumplimiento de objetivos comunes.

Así llegamos a la definición planteada por la autora Iris Morera Justo, en la cual considera a la ***comunicación institucional*** como "…un sistema coordinador entre la Institución y sus públicos, que actúa a fin de facilitar la realización de los objetivos de los mismos y, a través de ello, al desarrollo de la sociedad".[5]

1.4 - ¿Comunicación organizacional o comunicación institucional?

"En el campo de la comunicación se cuenta ya con un marco teórico al menos suficiente como para conceptuar el término comunicación, asimismo ***no vale la pena*** agotar nuestro esfuerzos en **diferenciar** en términos absolutos la **comunicación organizacional** de la **comunicación institucional**."[6]

El contexto contemporáneo se caracteriza por su complejidad creciente, pero el pensamiento contemporáneo no asume dicha complejidad, por lo tanto al estudiar algunos fenómenos se torna muy fácil caer en el reduccionismo. **Augusto Pérez Lindo** expresa: "La conciencia crítica y la apertura ante el surgimiento del nuevo mundo constituye el desafío filosófico más importante de este momento".[7]

1.4.1 Los paradigmas en el análisis institucional

Vivimos en una ecología de pensamientos diversos que atraviesan lo educativo pero que, sobre todo, estructuran nuestra vida.

El primer acercamiento a la idea de paradigma la da la etimología del concepto, que proviene del griego "paradeigma" que significa modelo, ejemplo.

"Un paradigma es, por lo tanto, una cosmovisión, una pre-estructura que predetermina una particular forma de pensar acerca de algo. Estas ideas enraizadas no se quedan en el nivel del pensamiento sino que estas estructuras previas influyen, directamente en la práctica, afectan el hacer y comprometen la labor profesional. Cuando no se explicitan, actúan de manera inconsciente originando conflictos y tensiones. Por lo tanto es esencial reconocer el alcance de un paradigma para validar nuestra posición frente al desafío de una propuesta de acción institucional".[8]

Posicionarse en un paradigma es negar la neutralidad en las acciones humanas y sociales. No existen intervenciones descomprometidas, objetivas o carentes de

---

[5] MORERA JUSTO. Iris. Op. Cit. Pág. 37.
[6] BISQUERT, Alfredo. Op. Cit. Pág. 2.
[7] Ibidem. Pág. 2.
[8] BISQUERT, Alfredo. PÉREZ CATÓN, Rodrigo. Documento mediado. Pág. 2.

valoración, y en el abordaje institucional se descubren un par polar de paradigmas: el de la simplicidad (formal-mecanicista) y el de la complejidad (heurístico-descriptivo).

1.4.1.1 Paradigma de la simplicidad

Según Edgar Morin, el paradigma de la simplicidad es un paradigma que caprichosamente intenta poner en orden el universo, persiguiendo al desorden. De esta forma, el orden se reduce a una ley, a un principio. Esta simplicidad ve a lo uno y a lo múltiple, pero no ve que lo uno, al mismo tiempo, puede ser múltiple. El principio de la simplicidad o bien separa lo que está ligado (disyunción) o bien unifica lo que es diverso (reducción).[9]

Etkin y Schvarstein sostienen por otro lado que este paradigma concibe a las instituciones como mecanismos creados artificialmente para lograr objetivos. Su método analítico aísla los elementos para analizarlos por separado, busca uniformidad en la descripción de los comportamientos, la programación de conductas y su regulación en el nivel de los componentes.

Los componentes de esta perspectiva son:

a) ***Causalidad lineal en las organizaciones***: toda causa lleva a un efecto determinado, considerando a la organización como un sistema duro en el que no podrían coexistir causas complementarias, existiendo poca interacción entre sus partes. Es una visión empobrecida y simplificadora de la realidad.
b) ***Exterorregulación***: la organización se explica como un fenómeno reactivo, el grupo reacciona como una unidad homogénea. El medio externo condiciona la identidad de la institución y determina cualquier conflicto interno. Se presenta una relación asimétrica con el medio.
c) ***La homogeneidad***: esta idea parte de la utilización equívoca de la noción de sistema. De este modo, las partes son funcionales y la variedad es sometida a dicha funcionalidad. Aquí no se contempla la riqueza de la heterogeneidad de las partes y de los actores.
d) ***La idea de orden***: a cada organización le corresponde un orden preestablecido, y éste es consecuencia de leyes fijas que permiten predecir los comportamientos. Así orden se debe imponer al desorden y la diversidad se considera patológica. La unidad del sistema se alcanza cuando todos piensan de igual manera. Existe en las organizaciones un equilibrio estático.
e) ***El reduccionismo***: el todo sí es igual a la suma de las partes porque la realidad se puede desarmar por componentes básicos, estudiarlos por separado, aislarlos del entorno para poder así comprender el todo. Desde esta perspectiva los procesos son reversibles, es decir repetibles. Las organizaciones y sus procesos pueden ser desarmadas y armadas para su comprensión.
f) ***Trivialización de los sistemas***: no existiría lo imprevisible y mucho menos la incertidumbre. Los sistemas son concebidos como una caja negra en la cual el

[9] Ibidem. Pág. 3.

análisis de los input (entradas) asegura la comprensión de los output (salidas). Es sistema es trivial porque toda realidad social, organizacional es predecible como cualquier máquina simple. Nada nuevo deviene en este modelo estático.

Con esa voluntad de simplificación, el conocimiento científico se daba por misión la de develar la simplicidad escondida detrás de la aparente multiplicidad y el aparente desorden de los fenómenos.

1.4.1.2 El paradigma de la complejidad

"Este paradigma se caracteriza por sostener que la realidad organizacional presenta procesos no ordenables o programables desde el exterior. Se supone la presencia de fuerzas que reconocen múltiples fuentes y que se ejercen en distintas direcciones. Por lo tanto, se admite la coexistencia en el mismo sistema, de relaciones complementarias, simultáneas y antagónicas. La organización existe en un medio interno de relativo desorden, diversidad e incertidumbre."[10]

Asimismo, el paradigma de la complejidad, respecto de los enunciados teóricos sobre el funcionamiento de las organizaciones sociales, advierte sobre las vinculaciones que se establecen entre el observador (su aparato perceptual y conceptual), y la realidad que él estudia.

La complejidad se refiere a la existencia de una variedad de conductas posibles, aún frente a la misma entrada o impacto externo, por esto considera el sistema como no trivial.

Hasta el presente lo propiamente científico era eliminar la imprecisión, la ambigüedad, la contradicción. Pero hace falta aceptar una cierta imprecisión y una imprecisión cierta, no solamente en los fenómenos, sino también en los conceptos

Componentes del paradigma:

a) ***Policausalidad de los procesos***: rechaza el esquema de la causalidad lineal para explicar las relaciones entre los distintos fenómenos estudiados. Como fenómeno complejo, la organización funciona en varias dimensiones, cada una con sus propias unidades de medida, y de ella se deriva la heterogeneidad del sistema. La organización como esquema sociocultural es un fenómeno emergente, que no es el resultado lineal de la programación de las conductas de sus participantes. Las propiedades emergentes, como la cohesión o la identidad organizacional, están mostrando la manera cómo la interacción transforma los contenidos de las conductas elementales.
b) ***Equilibrio dinámico***: el equilibrio se alcanza sobre la base de estructuraciones y desestructuraciones permanentes. Este paradigma sostiene que la dinámica

[10] ETKIN, Jorge Y SCHVARSTEIN, Luis. Identidad de las Organizaciones, Invariancia y cambio. Pág. 87.

de las organizaciones resulta de una sucesión de desequilibrios generados en los ámbitos internos y externos.

c) ***Recursividad:*** las instituciones funcionan a través de procesos que se regeneran constantemente mediante la conservación o supervivencia de la actividad grupal, dando lugar a un recomienzo continuo. La organización es un fenómeno de clausura porque ella procesa los impactos externos según sus propias coherencias internas, es decir, según el modo en que está intrínsecamente constituida.[11]

d) ***Orden en el ruido y a partir de él:*** se reconoce la posibilidad de una continuidad y estabilidad en el sistema como resultado de la acción de factores no encadenados, que tienen orígenes independientes entre sí. Así mismo existen posibilidades de orden, el cual no necesariamente está asociado con lo fijado en los planes y programas de la organización. Entre los factores se pueden mencionar: las restricciones materiales y los componentes culturales de la organización; ciertas interacciones posibles, selectivas o admisibles que pueden unir elementos constitutivos de la organización; una fuente de energía no direccionada que lleve a encuentros aleatorios o desordenados y otros buscados o programados; y, finalmente, la producción de numerosos contactos que pueden fusionarse en estructuras que resisten a otras fuerzas disruptivas. En este sentido, la organización es emergente, y es viable y operacional en tanto que sobrevive a entornos aleatorios y a que es capaz de generar transformaciones, respectivamente.

e) ***La forma del tiempo:*** la direccionalidad en las instituciones complejas no se centra en el tiempo, sino en el dominio de los propósitos y en las políticas de sus miembros. Además de los tiempos externos (horas, meses, años) existe en las instituciones un tiempo interno con el cual operan sus actividades. Desde la complejidad, el marco de referencia que brinda el tiempo externo es útil cuando se lo relaciona y articula con el tiempo interno.

f) ***Análisis sincrónico y diacrónico:*** ambos enfoques muestran distintas aproximaciones metodológicas para el análisis institucional. Desde la perspectiva diacrónica se puede analizar la evolución de la institución, o de un componente de ella, siguiendo dicha variable a través del tiempo (aparecen conceptos de causa, motivo, intencionalidad). Fuera de la temporalidad, el análisis sincrónico mostrará al sistema como algo funcionando, con antagonismos y conflictos, o sin ellos, pero funcionando como conjunto. "Ambos enfoques muestran la diferencia entre el estar – la estructura – (sincronía) y el devenir – la trayectoria – (diacronía) de un sistema."[12]

g) ***La ilusión de los objetivos:*** las organizaciones no pueden ser medidas por sus metas o finalidades. Este criterio de efectividad es válido si se quiere comprender algún plan puesto en marcha o algún cambio planeado por la institución. La identidad no es una finalidad, sino una condición para la existencia de la organización.

---

[11] Ibidem. Pág. 92.

[12] BISQUERT, Alfredo, PÉREZ CATÓN, Rodrigo. Op. Cit. Pág. 6.

h) ***Revisión del concepto de adaptación:*** el afuera no debe imponerle a la organización procesos de adaptación. Es la institución quien desde su estructura y capacidades internas deben viabilizar la adaptación sin afectar su identidad. La adaptación es una transformación interna que resulta del acople de los factores externos con las condiciones del adentro.

1.4.1.2.1 - La complejidad y la acción

Se puede decir que existe una relación teórica y práctica entre la complejidad y la tarea profesional. El pensamiento complejo no representa una discursivización académica en torno de la realidad, sino que es una cosmovisión teórico-práctica de la vida actual.

La acción es una decisión, una elección que al mismo tiempo se convierte en apuesta, ya que al elegir no se sabe nunca el resultado y porque siempre está presente la conciencia del riesgo y la incertidumbre.

En términos de actividad laboral toda acción, en tanto que apuesta, es una **estrategia.** Como rasgo característico la estrategia luchará contra el azar e irá en búsqueda de la información. Por ejemplo en la guerra, un ejército envía espías para eliminar al máximo la incertidumbre respecto de su adversario. Así la estrategia no se limita a luchar contra el azar, sino también a utilizarlo.

"La acción supone complejidad, es decir, elementos aleatorios, azar, iniciativa, decisión, conciencia de las derivas y de las transformaciones. La palabra estrategia se opone a la palabra **programa**. Para las secuencias que se sitúan en un ambiente estable, conviene utilizar programas. El programa no obliga a estar en vigilante, no obliga a innovar. En este sentido, un programa obedece a una lógica lineal que no tiene en cuenta el contexto (espacio/tiempo). Por el contrario la estrategia es una respuesta a situaciones nuevas, imprevistas. Posee una lógica espiralada."[13]

1.4.1.2.2 La organización como fenómeno comunicacional

La comunicación está siempre presente en la explicación de los procesos humanos, sociales y consecuentemente organizacionales. La organización es en sí misma un fenómeno comunicacional.

El enfoque de la complejidad plantea la existencia de un entorno cambiante y contradictorio, como marco de las comunicaciones. Allí surgen los problemas referidos al contexto de significación (la organización comunicante), la disonancia cognitiva (la significación diversa) y doble discurso (estrategia persuasiva). Problemas que reconocen razones externas o ambientales (como lo imprevisto, las presiones opuestas), razones internas que son propias de todo sistema socio-técnico y también los factores relacionados con las políticas de la organización.

---

[13] Ibidem, Pág. 8

Los mensajes siempre transmiten un sentido, pero surge un contrasentido al considerar el contexto de la comunicación.

Para comprender este ambiente de diversidad, es necesario considerar algunos factores de complejidad presentes en la realidad de la organización y su entorno:

a) **Contexto de incertidumbre**: los sucesos imprevistos, cambios no controlados, crisis situacionales. Como las medidas no esperadas del gobierno, la aparición de nuevos competidores o la innovación tecnológica que afectan los recursos y la continuidad de la organización.
b) **Las tensiones internas**: por la diversidad de objetivos y la aplicación de criterios no congruentes en las decisiones de gestión. Como la necesidad de reducir la dotación pero también de mantener el compromiso de estabilidad en el empleo.
c) **Las oposiciones**: derivadas de los juegos internos de poder y de las relaciones de fuerza en el entorno competitivo, caracterizado por la confrontación y las prácticas de exclusión.

1.4.1.2.3 Los discursos de la institución

Siguiendo el planteo de Bisquert y Pérez Catón, la tensión derivada de la diversidad de criterios demanda la construcción de mensajes en varias dimensiones, multiformes en contenido y forma. Esta demanda requiere que el comunicador diferencie e integre mensajes que tienen funciones diferentes:

a) El discurso informativo, para las decisiones;
b) Es discurso del poder, prioridades políticas;
c) El discurso identificatorio, donde la organización habla de sí misma, con los rasgos que marcan su autonomía y existencia diferenciada.

La **Comunicación Institucional**, como capacidad y proceso, tiene un rol fundamental en la superación de tensiones y la explicitación de las antinomias en la organización.

La existencia de sentidos o significaciones diversas y no congruentes, las disonancias, tienen que ver con las realidades diferentes que viven los individuos o grupos involucrados en la relación comunicativa. Por ello la superación de tensiones en el marco de la complejidad, tiene a la comunicación como un factor activo.

"La comunicación Institucional es un proceso complejo que se inserta en una organización caracterizada por la diversidad y contextualizada en un escenario de incertidumbre. Por ello, debemos asumir la complejidad, la incertidumbre y la diversidad desde la comunicación como estrategia." [14]

1.4.2 La comunicación en y para las organizaciones

[14] Ibidem, Pág. 12

Desde la perspectiva epistemológica de la complejidad, lo institucional puede ser pensado como un fértil campo de problemáticas con atravesamientos múltiples.

Así, desde este paradigma, se puede hablar de un **campo organizacional-institucional,** como un ámbito donde los sucesos humanos ocurren y dónde la comunicación adquiere relevancia en las tramas de relaciones diversas.

"La comunicación organizacional es un género comunicacional que por su forma y contenido intenta personalizar, distinguir y hacer conocer a una institución. Es aquella que se desarrolla en el seno de una institución, destinada a interconectar tanto a los públicos internos como externos y ambos entre sí. Constituye un proceso permanente que la organización debe asumir y desarrollar. De la buena relación con sus públicos depende el éxito de la gestión institucional."[15]

"La gestión siempre ha utilizado a la comunicación, pero sin reconocerla como una variable estratégica." Con frecuencia, las obras de gestión hablan de proyecto de empresa, de organización, de estímulo, de calidad o de formación pero remiten la comunicación a un capítulo terminal o limitándola a una forma de publicidad. "Pero, aunque la comunicación es un instrumento al servicio de la gestión, no es en absoluto un modelo de gestión."[16]

"Las organizaciones deciden comunicar porque es el camino más corto y directo para que las personas y grupos con los que interesa interactuar conozcan y valoren el aporte que hacen a la comunidad".[17]

Manuel Mora y Araujo y Manuela Gómez del Río hablan de ***legitimidad*** y ***visibilidad*** de las organizaciones. La primera depende de la capacidad de la organización para definir su misión, su estrategia y sus objetivos y para construir una buena realidad. Tener legitimidad es que los otros reconozcan autoridad para hablar o actuar sobre algún problema. La legitimidad se construye sobre los logros institucionales y sobre los resultados alcanzados.

La *visibilidad*, en tanto, es el resultado que la organización obtiene cuando se muestra. Una organización encara una campaña de comunicación para llamar la atención sobre sus acciones, para hacerlos visibles. La visibilidad depende principalmente de la buena comunicación.

Los autores plantean que se puede tener legitimidad sin visibilidad y visibilidad sin legitimidad. Sin embargo, la combinación ideal es haber construido legitimidad antes de buscar visibilidad. Cuando no hay una buena realidad para mostrar, la mayor visibilidad de la organización obtendrá como resultado mostrar flancos débiles, y por lo

---

[15] BISQUERT, A. Op. Cit. La comunicación organizacional en situaciones de crisis Pag. 4.
[16] WEIL, Pascale. La comunicación Global. Comunicación Institucional y de Gestión. Pág. 223.
[17] MORA Y ARAUJO, M.; GOMEZ DEL RIO, M. Y OTROS. La comunicación es servicio. Manual de comunicación para organizaciones sociales. Pág. 71.

tanto es probable que dificulte la construcción de una legitimidad. La visibilidad social de una organización es como una lupa, agranda lo que haya para ver, lo bueno y lo malo. Mientras que mostrar una mala realidad puede provocar una crisis en la organización.

Estos conceptos nos colocan en el contexto externo de la organización. A partir del accionar de la misma, los otros tienen la facultad de confiar y otorgar así, *legitimidad*. Así mismo, al salir del plano interno y definir un plan de comunicación que busca interactuar con otros públicos en un contexto social más amplio, supone la *visibilidad*.

1.4.3 - La organización emisora y los receptores

Pensar la organización como fuente emisora de mensajes, supone considerar a este emisor como múltiples personas, no sólo una en particular, y que esas personas actúan dentro de una estructura organizada.

Los directivos, especialmente los más conocidos, son los voceros naturales y hablan por ella aunque no se den cuenta. También comunican los clientes que recibieron servicio o participaron de actividades cuando expresan su satisfacción o insatisfacción, o simplemente cuando cuentan a otros lo que hicieron allí.

Para coordinar todos estos mensajes emitidos continuamente y que muchas veces pueden estar perturbándose unos a otros, la organización debe crear una Unidad de Comunicación, y esa unidad poseer una estrategia de comunicación. En muchas organizaciones esta estructura no existe, y es un problema a resolver.

Algunas organizaciones cuentan con un empleado o un voluntario para estas tareas, pero aunque no lo tengan, es importante que haya un responsable de la comunicación, alguien que centralice las propuestas en torno a qué debe comunicarse y cuál es la mejor manera de hacerlo. La situación ideal es que esa persona o área institucional sea la encargada de elaborar y emitir los mensajes institucionales, aquellos en los cuales la organización habla; y además que esa unidad tenga poder para coordinar y monitorear los mensajes que emiten otras partes de la organización y sus propios miembros.

Muchas veces el contacto entre la organización y su público no se desarrolla como un diálogo presencial, y el instrumento más efectivo para saber lo que piensan los demás es la ***encuesta***. Éstas se diseñan de acuerdo con técnicas científicas y permiten saber muchas cosas acerca del público: qué información tienen, qué consideran importante o interesante, qué piensan de la institución, cuáles son sus necesidades, que bienes, servicios o actividades les proporcionan mayor satisfacción y sobre todo qué opinan y que tiene para decirle a la organización.

Continuando con el pensamiento de la autora, las encuestas son una tecnología madura. Internet recién está llegando, y promete mayor acceso a la comunicación, más horizontalidad, menos anonimato y ser un canal dónde las personas sean

protagonistas conscientes de un proceso multilateral en que los receptores pueden interactuar entre ellos y las organizaciones.

Uno de los problemas que se puede enfrentar dentro de las instituciones públicas es que no todas las autoridades están preparadas para escuchar lo que piensan los usuarios. Muchas veces por temor a ser criticados y que lo dicho pueda ser usado en desmedro de la gestión, otras por la imposibilidad de responder con hechos ante los requerimientos del público.

1.5 Identidad e imagen de las organizaciones

El nombre de las personas, de las organizaciones sociales o de las empresas, es el elemento por medio del cuál los demás nos identifican. Tanto es así que el primer portador de nuestra **identidad** es el nombre completo, mientras que el segundo portador es la forma en que los otros nos ven. En la interacción personal, la forma de vestir, la forma de hablar, entonación, acento, las palabras elegidas, son parte esencial de nuestra identidad.

"Las organizaciones también tienen nombre y se visten con señales de *identidad*: su isologotipo (la forma en que resuelve gráficamente su nombre y logo en la papelería institucional) y su estilo gráfico equivalen a la ropa, el atuendo y el arreglo corporal con que nos presentamos en público; su estilo de comunicar, de hablar de sí misma y de lo que hace, el estilo de comunicación de sus miembros, también definen su *identidad*."[18]

Cuando las organizaciones tienen una mala identidad sucede que hacen cosas y los demás no saben quien las hizo o creen que las hicieron otros.

En la actualidad es raro encontrar personas u organizaciones a las que no les interese cómo los ven los demás, es decir qué imagen tienen de ellos. La imagen es lo que los demás perciben o imaginan de nosotros. Si nuestro servicio es bueno y todas las personas que trabajan en la organización son voluntarias pero los demás creen que nos enriquecemos brindando un servicio de baja calidad, la imagen va ser mala aunque la realidad sea buena.

"La imagen es una percepción que pertenece al receptor, y prestar atención a la imagen es escuchar lo que otros oyen y ven sobre la realidad y la identidad de la organización. *Necesitamos tener buena imagen, ya que es un atributo de legitimidad*."[19]

Para actuar sobre la imagen no alcanza con actos de la voluntad. Lo que otros ven en nosotros les pertenece. El trabajo sobre la propia imagen requiere que nos comuniquemos con nuestros interlocutores y establezcamos una relación de

---

[18] Ibidem. Pág. 85
[19] Ibidem. Pág. 86

intercambio. Como sostiene la autora, sin comunicación no puede haber cambio de imagen.

La formación de la imagen no es lineal sino que está determinada por múltiples factores: la realidad de la organización, la manera en que exhibe su identidad y a través de acciones de comunicación. También hay que tener en cuenta lo que nuestros miembros y los otros dicen de nosotros.

Es imposible no comunicar, y todos los mensajes que emitimos influyen en la imagen que otras personas tienen de la organización: en los distintos públicos, en los clientes, en los destinatarios de nuestras acciones, etc.

Una vez que una determinada imagen está formada, se convierte en parte de la realidad de la organización. Y a partir de ese momento influirá y condicionará los resultados de nuestras acciones.

Las acciones que se planifican para controlar, modificar o mejorar la imagen a menudo reciben el pomposo nombre de *estrategia de imagen*. Como esto consiste en acciones de comunicación dicha estrategia es de hecho una estrategia de comunicación. Se puede trabajar en la comunicación sin operar sobre la imagen, pero para lograr cambios en la imagen, las tareas deben enmarcarse en una estrategia de comunicación.

La imagen organizacional, institucional o corporativa, es muy importante ante todo para las organizaciones sociales porque brindan un servicio a la comunidad en relación con un problema que aspiran a resolver. Y poder resolverlo o hacer un aporte en la solución depende de que otros estimen y valoren ese trabajo.

Así, una buena imagen, se convierte en el mejor pasaporte para lograr resultados en relación con los públicos a los que quiere llegar.

1.6 Comunicación Institucional y salud

De acuerdo con lo expresado previamente, la existencia de sentidos o significaciones diversas y no congruentes, tienen que ver con las realidades diferentes que viven los individuos o grupos involucrados en la relación comunicativa. Por ello la superación de tensiones en el marco de la complejidad tiene a la *comunicación* como un factor activo.

La ***comunicación Institucional*** es un proceso complejo que se inserta en una organización caracterizada por la diversidad y contextualizada en un escenario de incertidumbre. Por ello, debemos asumir la complejidad, la incertidumbre y la diversidad desde la comunicación como estrategia.

Las instituciones relacionadas con la salud pública, como todas, se caracterizan por su contexto de incertidumbre y su diversidad.

A esta complejidad inherente de las instituciones, a las especializadas en la atención de la salud pública, se les suma un tema nuevo: los múltiples conceptos de salud.

Desde la antigüedad la salud ha sido considerada en todas las culturas como un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las más importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de los individuos como de la sociedad misma.

Sin embargo no existe el mismo tipo de consenso a la hora de definir qué se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto unívoco sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico.

Antes de pasar al desarrollo del capítulo 2 en donde se trabajará ampliamente el concepto de salud, es necesario reconocer que las prácticas de la salud se asientan en determinados supuestos sobre qué es la salud; las formas de organización de las instituciones de salud reflejan una concepción acerca de la salud y de sus formas de intervención, y finalmente, que toda práctica de salud produce efectos en las poblaciones y en los individuos, algunos explícitamente buscados, y otros, muchas veces ni siquiera previstos o deseados.

CAPÍTULO 2

Atención Primaria de la Salud

"La APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud"
OMS – ALMA ATA - 1977

2.1 El proceso salud-enfermedad

Al analizar las definiciones de salud existentes, surge que el concepto ha sido y es entendido de diversas maneras. Asimismo se observa una evolución histórica en el pensamiento acerca de la salud y la enfermedad, como en los modos de conservarla y de recuperarla.

Durante el siglo XX se identifican dos momentos importantes en las definiciones sobre salud:

a) En la primera mitad del siglo, la medicina se subordina a las biología,
b) En la segunda mitad del siglo comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, destacándose la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales. Se comienza a hablar del **proceso salud-enfermedad**.[20]

Algunos autores, como Carlos A. Rodríguez, plantean que "… la salud y la enfermedad son el resultado de una interacción constante entre el organismo y el medio ambiente en que el hombre crece y se desarrolla. Sin embargo, esta concepción aceptada casi generalizadamente encuentra el límite en muchos de los que la sostienen, al concebir el medio ambiente sólo en términos ecologistas clásicos, es decir, sin tener en cuenta el medio ambiente social y el momento histórico en que la salud se analiza."[21]

Considerar la salud y la enfermedad como un proceso estático a través del tiempo es un error.

2.2 El informe Lalonde

El informe producido por Marc Lalonde, Ministro de Salud de Canadá en 1974, fue un punto de inflexión y una herramienta de cambio para el trabajo en salud pública, ampliando la comprensión de la salud. Dicho informe contribuyó al pensamiento sanitarista dividiendo el "campo de salud" en cuatro amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención.

---

[20] POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA. Módulo N°1 Salud y Sociedad. Plan Federal de Salud. 2006. Pág. 35.
[21] RODRIGUEZ, Carlos A. "Salud y Trabajo. La situación de los trabajadores en la Argentina", Pág. 25-26.

Estos componentes se identificaron mediante el examen de las causas y los factores básicos de la morbilidad y la mortalidad en Canadá y como resultado del análisis del modo en que cada elemento afecta el grado de salud en dicho país.

a) **Biología humana**: incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental que se manifiestan en el organismo como consecuencia fundamental de la biología del ser humano y de su constitución orgánica. Dada la complejidad del cuerpo humano su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves.
b) **Medio ambiente**: incluye todos los factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Por ejemplo inocuidad de los alimentos, pureza del agua, tratamiento de residuos, etc.
c) **Estilo de vida**: representa al conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Caben las decisiones y los hábitos personales que conllevan riesgos, como el consumo de tabaco, alcohol, etc.
d) **Organización de la atención de salud**: consiste en la cantidad, calidad, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de la salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, hogares de ancianos, medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, etc. Se define generalmente como Sistema de Atención de Salud.[22]

Este concepto se constituyó en un potente instrumento para el análisis de los problemas de salud, determinar necesidades de salud y seleccionar los medios para satisfacer dichas necesidades.

Otorgó importancia a la organización de la atención; capacidad de abarcar todo (cualquier problema puede ser causado por uno de los componentes o por una combinación de los cuatro); instauró un sistema de análisis de cualquier problema respecto de los componentes; permite elaborar mapas que señalen la relación directa entre los problemas de salud y sus causas básicas; y finalmente, ofreció una nueva visión de salud.

"La responsabilidad para mejorar la salud de los canadienses se encontraba entonces fragmentada entre los individuos, los gobiernos, los profesionales y las instituciones, y este concepto de salud unificó los fragmentos y descubrió la importancia de todos los componentes."[23]

---

[22] LALONDE, Marc. "El concepto de "campo de salud": una perspectiva canadiense", EN Promoción de la salud: una Antología, OPS-OMS, Washington, DC. Publicación Científica Nº 557, Págs. 3-5. 1996. EN: POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA. Op. Cit. Pág. 39.
[23] Ibidem. Págs. 40-41.

2.3 Hito en APS: Conferencia de Alma Ata.

Desde 1978, se dio status prioritario y reconocimiento conceptual a la Atención Primaria de la Salud (APS), en la Conferencia Internacional realizada en Alma-Ata, en la ex Unión de Repúblicas socialistas soviéticas (URSS), actualmente Kazajstán, del 6 al 12 de septiembre de 1978. Así quedó reconocido el campo de la Salud Pública.

"Existe una Política de Salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la OMS en 1977, denominada "Salud para todos en el año 2000". En 1979, en la reunión de Alma-Ata quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una política específica, distinta de las utilizadas hasta entonces. Esa estrategia se definió como atención primaria de la salud (APS), la que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud."[24]

Allí se consideró la necesidad de una acción urgente por parte de todos los Gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad Mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

Como resultado se redactaron diez puntos que iniciarían una serie de estrategias orientadas a modificar sustancialmente los sistemas de salud pública de los países involucrados.

Como primer punto en la Conferencia se definió la **salud** como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, como derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

Sucesivamente plantea la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países. Asimismo el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

En cuanto a los gobiernos planteó: "los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y

---

[24] KROEGER, A Y LUNA, R. (comp.) "Aspectos programáticos de la APS a nivel nacional e internacional". Cap. I en APS. Segunda edición. OPS. México, 1992. EN: POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA. Op. Cit.. Pág. 145.

económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social."[25]

El sexto punto de la Declaración plantea que la *atención primaria de salud* es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. *Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud*, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas.

La APS se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas; comprende, cuanto menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas y el suministro de medicamentos esenciales

Entraña la participación del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

Y en su último punto plantea que es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

"La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo,

---

[25] http://www.medicoscomunitarios.gov.ar/pdf/declaracion_de_alma_ata.pdf. Pág. 1

con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional".[26]

2.4 Carta de Ottawa para la promoción de la salud

"La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emitió una carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones."[27]

La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido previamente en la Asamblea Mundial de la Salud.

2.4.1 Promocionar la salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar transciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

---

[26] Ibidem. Pág. 3
[27] http://www.medicoscomunitarios.gov.ar/pdf/carta_de_ottawa3.pdf. Pág. 1

La promoción de la salud se centra en alcanzar la ***equidad*** sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud, aplicándose por igual ante hombres y mujeres.

2.4.2 Elaboración de "política pública sana"

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en esta cuestión.

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos. Si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

2.4.3 La reorientación de los servicios sanitarios

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Asimismo deberán favorecer la

necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

2.5 APS como estrategia integral

La política de salud definida y aceptada a partir de la Declaración de Alma Ata y de la Carta de Ottawa, requería una estrategia específica, distinta de las utilizadas hasta ese momento. Esta estrategia se definió como Atención Primaria de la Salud (APS).

Los principios básicos incluidos en esta estrategia son:

- Accesibilidad de la población a la atención de la salud
- Cobertura universal en función de las necesidades de salud de la población.
- Organización y participación de la comunidad para asegurar el derecho a la salud y las estrategias de cuidado.
- Acción intersectorial, entre las organizaciones de salud y otras agencias sociales y líderes comunitarios.
- Desarrollo de tecnologías apropiadas en función de los recursos disponibles.

2.5.1. APS: tres perspectivas de análisis

La APS requiere ser integral porque la realidad misma de la salud y la enfermedad es integral, y porque su último fin es integral. En este sentido las estrategias de la APS y la participación comunitaria mejoran la responsabilidad individual y activan muchas fuerzas comunitarias en esto de producir salud en términos colectivos y no sólo consumir atención médica.[28]

2.5.1.1 APS como estrategia

La meta salud para todos en el 2000 implicó una reorganización del sistema de salud en su conjunto al ubicar como foco de atención a la propia comunidad y sus problemas, apoyándose en tres pilares fundamentales:

- Mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud.
- Sostener con los recursos adecuados la oferta de servicios.
- Adaptarse a las necesidades y aspiraciones de la población.

Ello implica subordinar la utilización sistemática y acrítica de las prestaciones de servicios más complejas a un uso racional de la atención médica basado en las reales

[28] POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA. Op. Cit. Pág. 147

necesidades de los pacientes, priorizando en consecuencia las prestaciones más básicas y con mayor capacidad resolutiva. Así se debe escalonar la atención según niveles ascendentes de complejidad, desde los primeros que son los Centros de Salud hasta los niveles más altos como los hospitales especializados o de máxima complejidad.

2.5.1.2 APS como nivel de asistencia

Así entendida la APS es equivalente a un primer nivel de atención, lo que se traduce como **"puerta de entrada al sistema",** es decir la zona de contacto inicial de individuos y comunidades con el sistema de salud, cuyo carácter **descentralizado** está destinado a aumentar las posibilidades de acceso de la población a los recursos disponibles.

Esta zona inicial implica establecer **comunicación continua y sistemática** con la población cubierta y con otros referentes ubicados en otros niveles del sistema.

2.5.1.3 APS como Programa de actividades

La APS sostiene que, si bien las acciones deben abarcar a toda la población garantizando la equidad horizontal en el acceso a los servicios básicos, es cierto que la presencia de grupos con mayores necesidades de atención obliga a satisfacer prioritariamente sus necesidades. Esto no implica que la atención deba limitarse solamente a grupos focalizados mediante el suministro de un paquete básico de servicios sino que es necesario ampliar o extender la cobertura de los programas y servicios de salud.

2.6 Implementación de la APS: Regionalización y nivel local

La implementación efectiva de la APS supone un sistema regionalizado: una red integrada de servicios en la cual se otorga máxima prioridad a la atención básica prestada a nivel local como puerta de acceso al sistema de salud en su conjunto.

La atención será más efectiva cuanto más próxima se halle al ámbito en el que las personas viven, se educan y trabajan, y de acuerdo con las necesidades o características que presenta cada zona o región geográfica.

Para cumplir este proceso se debe conformar una **red integrada de servicios** que incluya:

- Hospital
- Centro de Salud o Unidad Sanitaria
- Programas de salud orientados a la población

Pero "el proceso de regionalización no debe concebirse como una simple división geográfica, sino que se inscribe en un proceso de descentralización de la

administración técnica y de servicios cuyo fin último es el aumento de la accesibilidad a los servicios."[29]

2.7 APS y promoción de la Salud

La promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer mayor control sobre los determinantes de la salud, y de ese modo, mejorar su estado de salud.

El fomento de ambientes y comportamientos saludables es una responsabilidad primordial del Estado, pero su acción debe plantearse en forma conjunta con los grupos más representativos de la sociedad.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, "…la promoción de la salud puede sintetizarse a través de los siguientes principios generales: implica trabajar con la gente, no sobre la gente, empieza y acaba en la comunidad local, está encaminada hacia las causas de la salud, valora tanto el interés por el individuo como por el medio ambiente y subraya las dimensiones positivas de la salud y afecta a todos los sectores de la sociedad."[30]

El movimiento de promoción de salud se difunde internacionalmente a mediados de la década del 80, registrando una serie de eventos y documentos internacionales que planteaban la necesidad de renovar el enfoque tradicional respecto del cuidado y recuperación de la salud. Este movimiento también fue conocido como Nueva Salud pública.

2.8 Conclusiones

A casi 30 años de la declaración de Alma-Ata es ampliamente reconocido que "Salud para todos en el 2000" fue una meta valiente y ambiciosa, pero también que no fue del todo comprendida, por lo que se explica que todavía se esté trabajando detrás de ese objetivo.

El lema planteado ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, aunque actualmente obsoleto, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada en la enfermedad.

La mejor forma de expresar la "genuina atención primaria" de Alma-Ata sería **"El cuidado integral para todos y por todos"** [31]

---

[29] POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA. Op. Cit. Pág.159
[30] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Promoción de la Salud: una antología". Washington D.C. 1996 EN POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA. Op. Cit. Pág.164
[31] POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA. Op. Cit. Pág. 171

CAPITULO 3

Desastres

"Mientras que los costos de prevención tienen que ser pagados en el presente, sus beneficios descansan en un futuro distante. Más aún, los beneficios no son tangibles; hay desastres que no sucedieron."
Kofi Annan (2000)

3.1Introducción

En la vida cotidiana enfrentamos distintos riesgos a los que les asignamos un valor de acuerdo con la percepción que tengamos de ellos, de hecho estamos tan familiarizados con algunos que los subestimamos.

Analizar los distintos riesgos implica la evaluación, caracterización, comunicación y manejo del riesgo, así como las políticas que de ellos derivan.

Los profesionales de la salud pública deben entender las necesidades de la comunidad y ser capaces de facilitar el diálogo en cuanto a los asuntos técnicos del riesgo para la salud pública, así como identificar las necesidades psicológicas, políticas, sociales y económicas de la comunidad.

En Mendoza hay un riesgo latente que puede poner a prueba el sistema sanitario: los terremotos. Los desastres pueden ser considerados problemas de salud pública, entre varias razones que se tratarán durante este capítulo, porque el sistema público será el primero en dar respuesta a la población.

3.2 Desastres: definición y clasificación

Los desastres tienen un vínculo importante con el desarrollo de la humanidad por la forma en que influyen en los procesos sociales, culturales, económicos y de salud.

Según la OMS, durante la década 1990-2000 las diversas catástrofes acontecidas causaron cada año una media de 75.000 muertes, afectaron una media anual de 256 millones de personas y causaron pérdidas económicas por más de 650 millones de euros.

La magnitud del problema, su impacto en la salud pública y sobre el nivel de desarrollo de las poblaciones afectadas es de tal importancia que justifica un interés particular desde el punto de vista de la salud pública.

Dicha organización define "**desastre**" como cualquier situación de salud pública que pone en peligro la vida o la salud de una cantidad significativa de personas y exige acción inmediata.

Si bien los términos desastre y catástrofe se utilizan indistintamente, el autor norteamericano William Rowe definió *catástrofe* como cualquier evento cuyos daños

concentrados en un lugar geográfico produce diez o más muertes, treinta o más lesionados o más de tres millones de dólares en pérdidas.

Independientemente del término utilizado, el hecho definitorio de un desastre es que excede la capacidad de adaptación habitual de la comunidad afectada, en términos de respuesta para absorber el efecto producido usando sus propios medios. Por ello, lo que podría constituir un desastre para una comunidad, puede no serlo para otra de contexto y recursos diferentes.

La mayoría de los desastres pueden preverse o prevenirse, y su impacto sobre la salud pública no siempre es inmediato. Pueden presentar efectos a medio y largo plazo, siendo estos muchas veces más graves que los producidos en la etapa aguda del desastre. Esto ocurre en las actualmente llamadas emergencias complejas.

Las Emergencias Complejas se denominan así porque no son creadas por un solo evento adverso, pudiendo ser desencadenadas por crisis de distinto tipo:

1. ambiental
2. social
3. económica
4. política
5. de seguridad

De acuerdo con la OMS los desastres son clasificados por su velocidad de comienzo (súbita o lenta), su causa (natural o hecha por el hombre) o por su escala (mayor o menor).

Los agentes perturbadores pueden ser de origen natural o humano y muchos estudios realizados sobre el tema demuestran que ambos tipos de agentes están implicados desde el punto de vista de su origen. Por ejemplo: una situación de hambruna producida por condiciones climatológicas o ecológicas adversas que devienen en disturbios sociales masivos.

3.2.1 Desastres naturales

Son producidos por fenómenos de la naturaleza y tienen enormes consecuencias para las personas que los sufren, ya que además de cobrar vidas generan pérdidas materiales, de medios de producción e infraestructura. Esto impacta directamente en la capacidad de subsistencia y recuperación de los sobrevivientes.

Aproximadamente el 75% de la población mundial vive en zonas que han sido azotadas, al menos una vez entre 1980 y 2000, por un terremoto, un ciclón tropical, una inundación o una sequía.

Se pueden clasificar según su inicio en desastres de impacto súbito o inmediato, como riesgos geológicos y climáticos tales como terremotos, tsunamis, tornados, huracanes, erupciones volcánicas, desprendimiento de tierras, avalanchas o incendios naturales.

Se incluyen en esta categoría las epidemias de enfermedades adquiridas a través del agua, de los alimentos o de vectores, como también dolencias transmitidas de persona a persona (pandemia).

También hay desastres de inicio lento o crónico, como sequías, hambrunas, degradación del medio ambiente, exposición crónica a sustancias tóxicas, desertificación, deforestación, plagas, etc.

En el pasado se creía que los desastres súbitos no sólo causaban mortalidad generalizada sino que, además, producían un trastorno social masivo y brotes de epidemias y hambrunas, dejando a los sobrevivientes totalmente a merced del socorro exterior. La observación sistemática de los efectos de los desastres naturales sobre la salud humana permitió llegar a conclusiones muy distintas, tanto en lo que se refiere a los efectos de los desastres sobre la salud como en cuanto a las formas más eficaces de proporcionar asistencia humanitaria.

Según el Centro Regional de Información sobre desastres, para América Latina y el Caribe, los conceptos de amenaza, vulnerabilidad y riesgo, pueden definirse así:

Amenaza (a): Probabilidad de que un fenómeno, de origen natural o humano, se produzca en un determinado tiempo y espacio. Peligro (potencial) de que las vidas o bienes materiales humanos sufran un perjuicio o daño. Posibilidad a la que están expuestos los pobladores de un determinado lugar. Pueden ser de tres tipos según su origen:

- "Geológicas (tierra), dentro de éstas se ubican los sismos, las erupciones volcánicas, las avalanchas, los deslizamientos.
- Hidrometeorológicas (agua), tales como las inundaciones, los huracanes, las lluvias.
- Tecnológicas (cultura humana), como la posible ruptura de un poliducto, incendios o los desechos tóxicos de la actividad industrial o agrícola. También es importante tomar en cuenta que las amenazas se encadenan unas con otras, elevando la probabilidad de los desastres".[32]

Vulnerabilidad (v): "Una sociedad frágil es vulnerable. Una sociedad vulnerable es menos capaz de absorber las consecuencias de los desastres de origen natural o humano provocados, ya sea por fenómenos o accidentes frecuentes y de menor magnitud, por uno de gran magnitud, por uno de gran intensidad, o por una acumulación de fenómenos de intensidades variadas. La vulnerabilidad es también la debilidad, incapacidad o dificultad para evitar, resistir, sobrevivir y recuperarse, en caso de desastre".[33]

La UNESCO reconoce dos tipos de vulnerabilidades: La vulnerabilidad estructural o física describe el grado hasta el cual una estructura es susceptible de ser dañada o

[32] http://www.crid.or.cr/crid/esp/conceptos_basicos.html#amenaza
[33] http://www.crid.or.cr/crid/esp/conceptos_basicos.html#vulnerabilidad

alterada en una situación de peligro. Se indica como valor desde 0 (sin daños) hasta 1 o 100 (destrucción total); la vulnerabilidad humana es la falta relativa de capacidad de una persona o comunidad para prever un peligro, hacerle frente, resistirlo y recuperarse de su impacto. Entre los factores que incrementan la vulnerabilidad humana a los desastres se encuentran la urbanización excesivamente rápida, el crecimiento demográfico, la falta de conocimientos acerca de cómo hacer frente a los efectos de los desastres, y la pobreza. De todos los factores, es probable que la pobreza constituya el origen de la vulnerabilidad de la mayoría de la gente al impacto de la mayoría de los peligros.

Riesgo (r): "Probabilidad de daños sociales, ambientales y económicos en un lugar dado y durante un tiempo de exposición determinado. Esquemáticamente hablando, es el resultado de una o varias amenazas y los factores de vulnerabilidad."[34]

$$a \times v = r$$

Aunque todos los desastres son únicos en el sentido de que afectan a zonas con grados distintos de vulnerabilidad y en condiciones económicas, sanitarias y sociales peculiares, también existen similitudes entre ellos. La identificación de esos **rasgos comunes** puede usarse para mejorar la gestión de la asistencia humanitaria en salud y el uso de los recursos. Deben considerarse los aspectos siguientes:

a) Existe una relación entre el tipo de desastre y sus efectos sobre la salud, especialmente en lo que se refiere al impacto inmediato en la producción de *lesiones*. Por ejemplo, los terremotos provocan muchos traumatismos que requieren atención médica, mientras que las inundaciones y maremotos provocan relativamente pocos.

b) Ciertos efectos de los desastres suponen más bien un *riesgo potencial* que una amenaza inevitable para la salud. Así, los desplazamientos de la población y otros cambios del medio ambiente pueden incrementar el riesgo de transmisión de enfermedades; sin embargo, en general, las epidemias no se deben a desastres naturales.

c) Los riesgos sanitarios reales y potenciales posteriores a los desastres no se concretan al mismo tiempo; tienden a presentarse en momentos distintos y con una importancia variable dentro de la zona afectada. Así, las lesiones personales ocurren por lo general en el momento y el lugar del impacto y requieren atención médica inmediata, mientras que el riesgo de aumento de las enfermedades transmisibles evoluciona más lentamente y adquiere máxima intensidad cuando hay hacinamiento y deterioro de las condiciones de higiene.

d) Las necesidades de alimentos, ropa y refugio, y atención primaria de salud creadas por los desastres no suelen ser absolutas; incluso los desplazados suelen estar a salvo

[34] http://www.crid.or.cr/crid/esp/conceptos_basicos.html#riesgo

de algunas necesidades vitales. Además, los afectados suelen recuperarse con rapidez del estupor inicial y participan espontáneamente en la búsqueda, rescate y transporte de los heridos, y en otras actividades de socorro personal.

La gestión eficaz del socorro humanitario en salud se basa en anticipar e identificar los problemas a medida que surgen y proveer los suministros específicos en los momentos adecuados y en los lugares donde son necesarios.

Desde la perspectiva de la salud pública, los desastres se definen por su efecto sobre las personas, de otra forma, los desastres serían sólo fenómenos geológicos o meteorológicos.

Los desastres que conducen a situaciones de emergencia ocurren en diversas situaciones en todas las partes del mundo, tanto en regiones urbanas densamente pobladas como en zonas rurales escasamente pobladas, y tanto en situaciones en las que están implicados los peligros naturales como en los generados por el hombre.

El Centro Regional de Información sobre desastres (CRID) define los desastres naturales de la siguiente forma:

a) Terremotos

Un terremoto es un movimiento brusco de la tierra causado por la liberación de energía acumulada durante un determinado tiempo.

La corteza terrestre está conformada por doce placas tectónicas, de aproximadamente 70 kilómetros de grosor, que están en un proceso permanente de acomodación desde hace millones de años. Habitualmente estos movimientos son lentos e imperceptibles, pero en algunos casos, los desplazamientos se ven dificultados se acumula energía de tensión que se libera de forma violenta y repentina originando un terremoto.

También pueden producirse por actividad subterránea originada por un volcán en erupción.

"Un terremoto consiste en la vibración de la corteza terrestre ocasionada por la liberación repentina de energía que se da al producirse movimientos de reacomodo en las placas internas del globo terráqueo."[35]

Debido a la destrucción de las viviendas, los terremotos pueden provocar numerosas defunciones y lesiones. El resultado depende fundamentalmente de diversos factores.

Un factor es el *tipo de vivienda*, ya que las casas construidas con adobe o piedra en seco o sin refuerzo de mampostería, aunque sean de un solo piso son muy inestables y

---

[35] NOJI, E. Minikits informativos.
http://www.crid.or.cr/crid/MiniKitEarthquakes/articulo_terremotos.html

su colapso cobra muchas víctimas. Se ha comprobado que los edificios de construcción liviana, especialmente los de estructura de madera, son mucho menos peligrosos.

Otro factor se vincula con *la hora del día en que ocurre* el terremoto. La noche resultó especialmente letal en los terremotos de Guatemala (1976) y Bolivia (1998), en los que la mayor parte de los daños ocurrieron en casas de adobe. En las zonas urbanas, en las que los edificios de vivienda están bien construidos pero no así las escuelas u oficinas, los terremotos diurnos provocan tasas de mortalidad más altas.

De hecho, "…los sismos nos sorprenden. Son desconcertantes, repentinos. Aquello de "no se mueve una hoja", o "¡qué calor!, seguro que va a temblar", son solo expresiones de un temor latente, oculto, que asocia cuatro terremotos importantes ocurridos en períodos estivales: marzo de 1861, enero de 1944, noviembre de 1977 y enero de 1985. Los terremotos pueden ocurrir en cualquier momento del día, en cualquier época del año, todo depende de la Tierra."[36]

b) Inundaciones

Las inundaciones son una de las catástrofes naturales que mayor número de víctimas producen en el mundo. Más de la mitad de los fallecidos por las consecuencias de desastres naturales durante el siglo XX fueron producidos por las inundaciones cuyo número asciende a 3.200.000 personas. Pueden presentarse en forma súbita o lenta.

Las principales causas son las precipitaciones excesivas, fusión de las nieves, rotura de presas y distintas actividades humanas, como desmonte y tala indiscriminada de bosques, urbanización y asfaltado de grandes superficies impermeabilizan el suelo, ocupación de cauces por construcciones reduce la sección útil para evacuar el agua, etc.

c) Erupciones volcánicas

Un volcán es el lugar donde roca fundida o fragmentada por el calor y gases calientes emergen a través de una abertura desde la parte interna de la tierra hacia la superficie.

La erupción volcánica es una emisión de material rocoso y gases a alta temperatura, que pueden clasificarse en explosivas y efusivas. La primera se produce cuando el magma es muy viscoso y con alto contenido gaseoso, mientras que en la segunda el magma es fluido y con pocos gases.

---

[36] BRATSCHI, Gloria, "Comunicando el desastre". Pág. 114

d) Granizo

El Diccionario de la Real Academia Española define granizo como "agua congelada que desciende con violencia de las nubes, en granos más o menos duros y gruesos, pero no en copos como la nieve".[37]

Generalmente no causa víctimas ni grandes destrozos en las construcciones, aunque si importantes daños para la agricultura.

Este fenómeno se repite cíclicamente en Mendoza y no se han desarrollado sistemas de alerta eficientes.

e) Movimientos de tierra y aludes

Los deslizamientos de laderas, como el ocurrido en Tartagal, Provincia de Salta durante 2006, desprendimientos de rocas y aludes de nieve, son procesos que forman parte del ciclo natural del terreno, ya que la erosión y la gravedad actúan constantemente para transportar materiales de las zonas más altas hacia las más bajas.

f) Sequías

El Centro Regional de Información sobre desastres (CRID) de Costa Rica, reconoce como sequía a la situación climatológica anormal que se da por la falta de precipitaciones en una zona durante un período de tiempo prolongado.

g) Tornados

Se trata de vientos que giran desde una formación nubosa densa en forma de embudo, alcanzan altísimas velocidades y tienen una corta duración.

h) Tsunamis (Tsu: puerto o bahía - nami: ola)

Es una ola o serie de olas que se producen en una masa de agua al ser empujada por una fuerza que la desplaza verticalmente.

Antiguamente se las denominaba marejadas, maremotos u ondas sísmicas marinas, pero por no describir el fenómeno de forma total, fueron reemplazados por el vocablo japonés.

Los terremotos en sentido vertical en el fondo marino son los principales causantes de los tsunamis, y depende de la magnitud de la deformación vertical si dicho terremoto produce o no un tsunami. También se consideran como causantes a las erupciones volcánicas, avalanchas y explosiones submarinas.

---

[37] REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española. Tomo 2 Pág. 1054.

i) Desastres biológicos

Se pueden englobar en este punto a las epidemias de enfermedades contagiosas, como paludismo y VIH/SIDA y a las plagas de insectos.

3.2.2 Desastres generados por el hombre

Los desastres de origen humano son consecuencia de la acción de éste y de su desarrollo, como por ejemplo:

a) **Industrial – tecnológico:** fallas en sistemas, accidentes con sustancias químicas, radiación, derrames, contaminación, explosiones, incendios, terrorismo.
b) **Transporte:** accidentes vehiculares, trenes, aviones, etc.
c) **Deforestación - minería**
d) **Emergencias complejas:** guerras y contiendas civiles, agresión armada, etc, que traen como resultado el desplazamiento de personas y refugiados.

3.3 Ciclos del desastre

El "desastre", en tanto que secuencia cíclica de etapas que se relacionan entre sí, recibe distintas clasificaciones de acuerdo a los investigadores que lo abordan. Estas diferencias surgen por plantearse distintas posturas respecto de cuándo comienza el desastre.

Asimismo, se utilizan indistintamente los términos ciclo y fase para analizar y estudiar con fines prácticos este sistema de organización del desastre.

3.3.1 Abordaje epidemiológico clásico

De acuerdo a los autores Arcos González, Castro Delgado y del Busto Prado, entender el ciclo del desastre es la clave para la investigación epidemiológica de sus factores de riesgo, los efectos que produce y su prevención. En este sentido, el abordaje clásico identifica en un desastre cinco fases:

a) Interdesastre

Tiene que ver con distintos procesos, entre los que se destacan la construcción del mapa de riesgos para la comunidad, el inventario y localización de los recursos, la planificación de las medidas apropiadas, comúnmente denominados Planes de Emergencia y con la educación y planeamiento adecuado de los diferentes estamentos que intervienen.

b) Preimpacto

Se caracteriza fundamentalmente por actuaciones en dos planos: en primer lugar el aviso a la población, basado en mecanismos de predicción, y en segundo, la implementación de las medidas mitigadoras. Esto depende estrechamente del tipo de cronología de la catástrofe.

c) Impacto

Es el momento puntual en que golpea el desastre. En ese momento los primeros efectos dependen del tipo de evento y su sustrato. Es la ocasión en que se puede ver la efectividad de las medidas preventivas adoptadas.

d) Emergencia

Siguiendo a los autores mencionados, en la emergencia se producen tres problemas básicos: el aislamiento, el rescate y la ayuda externa. Generalmente es la fase en que los recursos se ven desbordados en el caso de que se trate de un auténtico desastre y en el que la ayuda externa es más efectiva.

e) Reconstrucción

Según el abordaje clásico, aquí se trata de recuperar la actividad normal de la comunidad, poniendo de manifiesto la capacidad de rehabilitación del grupo social.

3.3.2 Enfoque práctico

Otra clasificación muy utilizada es la que define a las fases del desastre como las actividades específicas que se realizan en el antes, durante y después del evento con el fin de facilitar una mejor definición y organización de las acciones que se deben realizar en todo el proceso. Este esquema de organización incluye siete etapas: prevención, mitigación, preparación, alerta, atención, rehabilitación, reconstrucción.

De esta secuencia se deriva que al manejo de los desastres corresponde: el esfuerzo de prevenir la ocurrencia de un desastre, mitigar las pérdidas, prepararse para sus consecuencias, alertar su presencia, responder a la emergencia y recuperarse de los efectos.

En un inicio se incluyó el término desarrollo como una etapa más, pero al evolucionar el concepto pasó a formar parte integral de todas las etapas.

a) Antes del desastre

Es la fase previa al desastre que involucra actividades que corresponden a las etapas de prevención, mitigación, preparación y alerta.

Con ello se busca **prevenir** a la población para evitar que ocurran daños mayores en el impacto del desastre, **mitigar** para aminorar el impacto del mismo, ya que algunas veces no es posible evitar su ocurrencia, **preparar** para organizar y planificar las acciones de respuesta y por último **alertar** para notificar formalmente la presencia inminente de un peligro.

b) Durante el desastre

En esta fase se ejecutan las actividades de respuesta durante el período de emergencia o inmediatamente después de ocurrido el evento. Estas actividades incluyen la evacuación de la comunidad afectada, la asistencia, la búsqueda y rescate.

También se inician acciones con el fin de restaurar los servicios básicos y de reparar cierta infraestructura vital en la comunidad afectada.

En la mayoría de los desastres este período pasa muy rápido, excepto en algunos casos como la sequía, la hambruna y los conflictos civiles y militares. En estos casos este período se podría prolongar por cierto tiempo.

c) Después del desastre

A esta fase le corresponden todas aquellas actividades que se realizan con posterioridad al desastre. En general se orientan al proceso de recuperación a mediano y largo plazo.

Esta fase se divide en rehabilitación y reconstrucción. Con ello se busca:

- Restablecer los servicios vitales indispensables y el sistema de abastecimiento de la comunidad afectada.
- Reparar la infraestructura afectada y restaurar el sistema productivo con miras a revitalizar la economía.

3.4 Etapas de los desastres

A su vez, este sistema de organización, está compuesto por siete etapas:

- Prevención
- Mitigación
- Preparación
- Alerta
- Respuesta
- Rehabilitación
- Reconstrucción

Existe una estrecha interdependencia entre las actividades de las etapas y fases del desastre, situación que no permite delimitar con exactitud cada una de ellas. Lo anterior obedece a que no existe precisión en el comienzo ni el final, de allí que el modelo escogido sea de un ciclo.

"Debe entenderse que esta división es solamente para efectos de estudio y análisis, por lo que no siempre se ajustará a la realidad de un desastre, pues cada uno es diferente por sus características particulares".[38]

Enfoque práctico	etapas	enfoque epidemiológico clásico
Antes	Prevención	Interdesastre
	Mitigación	
	Preparación	Preimpacto
Durante	Alerta	Impacto
	Respuesta	Emergencia
Después	Rehabilitación	Reconstrucción
	Reconstrucción	

a) Prevención

La Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias de Costa Rica define prevención como en un conjunto de medidas cuyo objeto es impedir o evitar que sucesos naturales o generados por el hombre causen desastres. Estas acciones responden a la efectividad del cumplimiento de la legislación en lo que respecta a la planificación urbana y física, así como la intervención directa del fenómeno.

Esta organización, junto con otras, plantean que las actividades de prevención deben estar insertas en las estrategias de desarrollo, en los planes sectoriales, en planes de inversión, en programas de ordenamiento territorial y de desarrollo socioeconómico, tales como:

- Planes de desarrollo urbano, programas de inversión que tomen en consideración y asignación de recursos en espacios geográficos definidos.
- Planes específicos para la eliminación de amenazas, tales como inundación, sequías y deslizamientos.
- Planificación física y zonificación para la ubicación de industria e infraestructura.
- Medidas preventivas para evitar o disminuir el impacto del desastre, es decir, que mediante la intervención directa de una amenaza o peligro puede evitarse su ocurrencia.
- Existen fenómenos (huracanes, terremotos, erupciones volcánicas, maremotos) que por sus características no es posible evitar su manifestación, por eso, a pesar de los esfuerzos que se realicen en procura de la prevención no garantizan la no ocurrencia de los desastres.

Algunas de las actividades que comúnmente se realizan en esta etapa son las siguientes:

[38] http://www.sld.cu/sitios/desastres/temas.php?idv=1646

- Políticas y legislación tendientes a planificar el desarrollo del país a nivel socio-espacial.
- Programas para el control de vectores: según antecedentes y región.
- Métodos de conservación y uso de los recursos naturales.
- Programas de investigación de los fenómenos potencialmente peligrosos.
- Elaboración de mapas de amenazas.
- Programas de educación y capacitación en el tema de desastres dirigida a organizaciones y la población en general.
- Legislación, planificación y estímulos fiscales y financieros.

b) Mitigación

Es el resultado de la aplicación de un conjunto de medidas tendientes a reducir el riesgo y a eliminar la vulnerabilidad física, social y económica.

"La mitigación se constituye en una de las actividades más importantes, ya que permite llevar a cabo las acciones anticipadas, con el propósito de reducir significativamente las consecuencias esperadas por un evento. Esta etapa es la más eficiente y económica en términos de inversión de recursos y del costo social, y se utiliza para disminuir la exposición de los elementos vulnerables tales como las personas, la infraestructura y el medio ambiente."[39]

Dicha Comisión plantea que las acciones de mitigación deben ser incorporadas en los programas de planificación y desarrollo del área afectada, por lo que es necesario llevar a cabo estudios de amenazas y de vulnerabilidad que permitan definir las zonas más adecuadas para la ubicación de asentamientos humanos, actividades productivas, reforzamiento de edificios y desarrollo de obras.

Las principales actividades que se pueden desarrollar en esta etapa son:

- Estudios de vulnerabilidad: física, social, económica, cultural y ecológica.
- Planes de ordenamiento territorial con el fin de delimitar áreas de influencia de las amenazas.
- Programas de ubicación y reubicación de asentamientos humanos hacia zonas de menor peligro.
- Reforzamiento de edificaciones e infraestructura vulnerable.
- Vigilancia y control en la aplicación de normas de salud pública: seguridad industrial y de manejo de desperdicios contaminantes.
- Construcción de diques y represas en áreas expuestas a inundaciones o desbordamientos de ríos.
- Obras de conservación de suelos, tales como estabilización de taludes, barreras naturales, drenajes, cunetas para el control de avalanchas e inundaciones en cuencas de alta pendiente.

[39] http://www.cne.go.cr/educacion/Ciclo_de_los_Desastres.htm

c) Preparación

En esta etapa, el fin de las medidas y acciones que se toman son para reducir al mínimo la pérdida de vidas humanas y otros daños, organizando oportuna y eficazmente las acciones de respuesta y rehabilitación.

Cuando el fenómeno o la amenaza no se pueden eliminar, es necesario realizar acciones de preparación que permitan organizar y planificar estratégicamente la respuesta durante el desastre. De esta forma se refuerzan las medidas de mitigación. "La preparación busca reducir el sufrimiento individual y colectivo y se concretiza en la elaboración de los planes de emergencia, donde se incorporan los planes de respuesta operativa."[40]

Los planes de emergencia constituyen el mecanismo a través del cual se determina la estructura organizativa, y funcional de las autoridades y organismos llamados a intervenir en un desastre en los niveles regional, local o comunal. Asimismo permite establecer los mecanismos de coordinación y de manejo de recursos.

Las principales actividades de preparación son:

Elaboración de planes de emergencia que deben involucrar actividades de prevención, mitigación, preparación, respuesta, rehabilitación y reconstrucción. Entre los principales aspectos a considerar están:

- Definición de funciones de los organismos participantes.
- Identificación de las amenazas y áreas vulnerables.
- Inventario de recursos físicos, humanos y financieros.
- Localización estratégica de recursos y suministros.
- Determinación y señalización de rutas de evacuación y áreas para alojamiento temporal.
- Establecimiento de la red de comunicación alterna e información pública.

Información a la comunidad sobre amenazas de la zona y la forma de actuar en caso de desastre.

- Realización de ejercicios de simulación y simulacros.
- Capacitación al personal que participa en la atención de emergencias.

d) Alerta

Estado anterior a la ocurrencia de un desastre, declarado con el fin de tomar precauciones específicas, debido a la probable y cercana ocurrencia de un evento destructivo.

---

[40] Ibidem.

El establecimiento de alertas antes de la ocurrencia de un evento, depende de la predicción que pueda hacerse del fenómeno.

Por las características de duración, desplazamiento y desarrollo, que presentan algunos fenómenos tales como huracanes, deslizamientos, avalanchas e inundaciones, es posible definir estados de alerta en sus tres momentos. Sin embargo, en otros casos la alerta se puede definir sólo en el momento de impacto. (Sismos y terremotos).

Los estados de alerta se declaran para que la población y las instituciones adopten acciones específicas. Presupone que los organismos de socorro activen también los procedimientos de acción preestablecidos y que la población tome precauciones.

Dependiendo de la magnitud y proximidad del evento, se definen tres tipos de alerta, los que usualmente se relacionan e identifican con colores (verde, amarillo y rojo), ó números (1, 2, 3).

En algunos lugares se utilizan sistemas de alarma, que son señales sonoras o de luz que se emiten para que se adopten instrucciones preestablecidas de emergencia o para indicar el desalojo o evacuación inmediata de una zona de peligro.

Actividades de alerta:
Vigilancia y monitoreo de eventos mediante la utilización de instrumentos específicos tales como:

- Pluviómetros y censores para medir caudales de ríos e inundaciones.
- Redes de vigilancia y monitoreo de volcanes
- Detectores de flujo de lodo y avalanchas
- Redes de sismología
- Redes hidrometeorológicas
- Extensores, piezómetros e inclinómetros para deslizamientos

Entre las actividades previas se deben establecer sistemas de alarma (sirenas, altavoces y luces) y la utilización de los medios de comunicación, colocar sistemas de detección de incendios y escapes de sustancias y controlar istemas de telefax, fax y teléfono.

e) Respuesta

Acciones que se llevan a cabo durante un desastre y que tienen por objeto salvar vidas, reducir el sufrimiento y disminuir pérdidas en la propiedad.

La atención es la etapa que corresponde a la ejecución de las acciones previstas en la etapa de preparación. El objetivo fundamental es lograr salvar vidas, reducir el sufrimiento y proteger bienes. Para ello, se debe poner en práctica el plan de emergencia preestablecido.

En esta etapa es fundamental la coordinación de acciones interinstitucionales previstas en los planes de emergencia y de contingencia. De esta forma se busca un mayor grado de integración entre los organismos responsables de la organización para desastres. (Comisión Nacional de Emergencia, Comités de Emergencia, las instituciones y la comunidad, etc.).

- Búsqueda y rescate de personas afectadas
- Asistencia médica para la población afectada
- Evacuación de la población afectada en zonas de peligro
- Alojamiento temporal, suministro de alimentos y abrigo a la población más afectada
- Seguridad y protección de bienes y personas
- Evaluación preliminar de daños
- Apoyo logístico
- Sistemas de comunicación.

f) Rehabilitación

Posterior a las acciones de respuesta en la zona del desastre, se inicia la rehabilitación, siendo la primera etapa del proceso de recuperación. Es el proceso de recuperación a corto plazo de los servicios básicos e inicio de la reparación del daño físico, social y económico.

En esta etapa se continúa con la atención de la población, se restablece el funcionamiento de los servicios vitales, como lo son: la energía, el agua, las vías de acceso, comunicaciones, y otros servicios básicos como: salud y alimentación.

Actividades de Rehabilitación:

- Restablecimiento de los servicios básicos: salud, energía, educación, transporte, comunicación, agua y suministros.
- Restablecimiento de los sistemas de comunicación.
- Evaluación preliminar de los daños
- Cuantificación de daños para la solicitud de cooperación externa para la etapa de reconstrucción.

g) Reconstrucción

Es el proceso de recuperación a mediano y largo plazo, del daño físico, social y económico, a un nivel de desarrollo igual o superior al existente antes del desastre.

Los efectos de un desastre repercuten tanto social, económica como ambientalmente. Por ello las acciones en reconstrucción buscan activar las fuentes de trabajo, reactivar la actividad económica de la zona o región afectada; reparar los daños materiales en especial en materia de vivienda y de infraestructura, incorporar las medidas de prevención y mitigación del riesgo en el proceso de desarrollo.

Por regla general, cabe estimar que los factores que más influyen en la reconstrucción son los siguientes:

- La movilización de los recursos financieros, y la adecuada cuantificación de ayuda financiera interna o externa.
- La participación del sector privado en las operaciones de reconstrucción sobre todo en el sector de vivienda.
- Organización Nacional para la etapa de reconstrucción que involucre los sectores e instituciones responsables.
- La magnitud y el carácter de los daños, que determinan los plazos de reconstrucción del capital productivo.
- El nivel de desarrollo que ha alcanzado la población
- Incorporación de las comunidades al proceso de reconstrucción

Actividades de reconstrucción:

- Coordinación interinstitucional y multisectorial
- Canalización y orientación de los recursos y donaciones
- Establecimiento de sistemas de crédito para la reconstrucción de viviendas, infraestructura y la actividad productiva
- Reubicación y ubicación de asentamientos humanos e infraestructura de los servicios básicos en zonas aptas
- Desarrollo de programas adecuados de uso de tenencia de la tierra
- Aplicación de la legislación existente en materia de construcción sismo-resistente.

3.5 Efectos de los desastres en Salud Pública

El incremento constante del número de desastres y de sus víctimas hace que se constituyan en un problema importante para el sistema sanitario, y es considerado por varias razones un problema de salud pública.

En primer término porque pueden causar un número indeterminado de muertes, lesiones, o enfermedades en la comunidad afectada que exceden las capacidades terapéuticas de los servicios de salud y requerir ayuda externa.

También porque la infraestructura local de salud, como los hospitales o centros de salud, puede resultar destruida o dañada de tal forma que no sean capaces de responder ante la emergencia. También se puede alterar la prestación de servicios rutinarios de salud y las actividades preventivas, repercutiendo a largo plazo en el incremento de la morbi-mortalidad.

Los efectos adversos sobre el medio ambiente y la población pueden aumentar el riesgo potencial de enfermedades transmisibles y peligros ambientales que incrementen la morbilidad, las muertes prematuras y pueden disminuir la calidad de vida en el futuro.

"El comportamiento psicológico y social de las comunidades afectadas se altera: pánico generalizado, trauma paralizante y comportamiento antisocial son superados luego del choque inicial, pero dan lugar a la ansiedad, neurosis y depresión luego de la emergencia, ya sea ésta de inicio súbito o lento."[41]

Otra posibilidad son los grandes movimientos de población, espontáneos u organizados, a menudo hacia áreas donde los servicios de salud no pueden atender la nueva situación. De esta forma también aumenta el riesgo de brotes de enfermedades transmisibles en las comunidades desplazadas y anfitrionas, ya sea por situaciones de hacinamiento, condiciones insalubres o agua contaminada, etc. La nueva situación que presentan los desplazamientos incrementa las tasas de morbi-mortalidad.

"Desde el punto de vista de los efectos sobre la salud pública, en los desastres es posible identificar al menos cinco niveles de impacto:

- La producción de un exceso de mortalidad, morbilidad y afectación de la población que excede lo habitual en la comunidad afectada.
- La modificación del patrón de enfermedades transmisibles y de riesgos medioambientales tradicionales de esa comunidad.
- El impacto sobre el sistema de servicios sanitarios, cuya capacidad de actuación es puesta a prueba en este tipo de circunstancias.
- Los efectos sobre la salud mental y el comportamiento humano, y
- La afectación de las posibilidades de desarrollo del colectivo afectado a medio y largo plazo, incluyendo los aspectos de reconstrucción y rehabilitación."[42]

3.6 Desastres

La OMS define **desastre** como cualquier situación de salud pública que pone en peligro la vida o la salud de una cantidad significativa de personas y exige acción inmediata.

En tal sentido, las fases del desastre se pueden definir como las actividades específicas que se realizan en el antes, durante y después del evento con el fin de facilitar una mejor definición y organización de las acciones que se deben realizar en todo el proceso. Incluyendo tareas de prevención, mitigación, preparación, alerta, atención, rehabilitación, reconstrucción.

Para los fines de la investigación en desastres, tanto el enfoque epidemiológico clásico como el práctico, utilizan la misma clasificación de tareas.

---

[41] SARACO, Sergio, "Situación de desastres" Documento de Carrera de Especialización en Salud Pública. Pág. 19.
[42] ARCOS GONZÁLEZ, P., CASTRO DELGADO, R. Y DEL BUSTO PRADO, F.; "Desastres y Salud Pública: un abordaje desde el marco teórico de la Epidemiología" Pág. 126.

Las actividades que se realizan en cada una de las etapas se caracterizan por mantener una interacción, así, los resultados que se obtengan en una etapa están determinados por el trabajo que se haga en las etapas anteriores.

CAPITULO 4

Comunicación del riesgo para la salud

"Los riesgos que te matan no son necesariamente los que te enojan o que te atemorizan. Para cerrar la brecha entre esos dos tipos de riesgo, los administradores del riesgo en el gobierno y en la industria han comenzado a recurrir a la comunicación de riesgos."
Peter M. Sandman, 1987.

4.1 Introducción

El riesgo ocupa un lugar relevante en los debates de la sociedad actual por encontrarse muy ligado a la existencia misma de los individuos, de las organizaciones y de las sociedades. Siguiendo el ritmo de las inquietudes que emergen a nivel global respecto de temas como la sobrevivencia, la contaminación ambiental, la producción de energía, la escasez de agua, etc., el tratamiento de los temas relacionados con el riesgo ha adquirido gran importancia tanto en discusiones científicas como públicas.

Los últimos grandes desastres produjeron gran preocupación respecto de la seguridad pública, del manejo del riesgo y de la comunicación del mismo. Los riesgos, a pesar de su connotación negativa, son constituyentes normales de la vida, por lo que todo lo que se hace para reducirlos es un esfuerzo para mejorar las condiciones de vida.

4.2 Percepción del riesgo

La percepción pública del riesgo cambia constantemente y evoluciona al igual que la dinámica del cambio de la opinión pública dado que responden al ambiente en el que viven. La comprensión de los factores que influyen en la evolución de la opinión ayudará a la estructura, desarrollo y evolución de las estrategias de comunicación relacionadas con los riesgos.

4.2.1 Estudios sobre la percepción

La definición psicológica dice: "La percepción es el proceso de discriminar entre los estímulos e interpretar sus significados. Interviene entre los procesos sensoriales, por un lado, y la conducta por otro. No es pues directamente observable, ya que consiste en un proceso mediato. Sólo que puede investigarse y comprenderse mediante la observación de las respuestas dadas ante estímulos bajo diversas condiciones"[43]

A través de los sentidos, el mundo parece ser tan objetivo y real que no todos notan las grandes diferencias entre la realidad y lo percibido. Algunos rasgos del estímulo no son recogidos, e, incluso, se añaden aspectos que no figuran en el mundo exterior, con lo que este sufre una transformación en la transmisión hacia el cerebro.

---

[43] MORGAN, C., versión española Álvarez Villar, A; "Introducción a la Psicología". Pág. 271.

En toda percepción concurren una serie de eventos y datos dispares que necesitan ser estructurados para poder obtener una información del mundo exterior. Entre estos datos y elementos se distinguen:

- **Recepción sensorial**: La base de la percepción es la recepción proveniente de los sentidos, sin sensación es imposible cualquier tipo de percepción. Las sensaciones no llegan nunca aisladas, ni siquiera con la misma intensidad y siempre se da un proceso de selección de las mismas.

- **La estructuración simbólica**: La percepción va siempre ligada a una representación, a un concepto o a una significación; al escuchar un sonido de un avión, por ejemplo, representamos su configuración por las experiencias vividas anteriormente.

- **Los elementos emocionales**: algunas percepciones pueden resultar indiferentes pero la mayoría de ellas van íntimamente ligadas a procesos emocionales, dando lugar a sentimientos o a emociones agradables o desagradables.

4.2.2 Terminología y definiciones de riesgo

Riesgo es una palabra antigua y de uso común en muchas lenguas. En su uso corriente denota incertidumbre asociada a un evento futuro o a un evento supuesto. Una descripción del término riesgo debería incluir las circunstancias que amenacen con disminuir la seguridad, el bienestar social, la salud, el bienestar y la libertad de una entidad determinada. Esta descripción no apunta a definiciones técnicas o específicas del riesgo, pero ejemplifica el rango de aplicaciones que posee ese término y aclara que el concepto de riesgo está estrechamente ligado a valores humanos significativos.

Un punto de vista interesante en el debate y en la investigación sobre el riesgo está, por lo tanto, relacionado con la forma en que el concepto de riesgo es utilizado e interpretado

Los riesgos existen en relación a un marco cognoscitivo de valores y de estándares. El fenómeno del riesgo requiere la interpretación y la evaluación subjetiva. La conceptualización frecuentemente utilizada de **riesgos objetivos** versus **riesgos subjetivos**, se refiere a diferentes métodos de evaluación de los riesgos, basándose la evaluación objetiva en datos estadísticos disponibles y en cálculos matemáticos, mientras que el riesgo subjetivo está relacionado con juicios intuitivos.[44]

Diversos tipos de estudios diferencian entre riesgo objetivo y riesgo subjetivo considerando distintas perspectivas teóricas. Los juicios intuitivos sobre el riesgo están

---

[44] SJÖBERG, L y DROTZ, B. "La percepción del riesgo" Traducción de María R. Huguet; EN http://www.radioproteccion.org.ar/15-2a.htm

relacionados tanto con estructuras personales, cognoscitivas, emocionales y de motivación, como con los ambientes sociales, culturales y políticos. Los seres humanos son capaces de captar y de utilizar esquemas teóricos, pero los esquemas del riesgo deben ser expresados seleccionando distintas palabras según la lengua utilizada. Es más, los legos pueden basar sus juicios sobre el riesgo en distintas definiciones del mismo, y esto puede influir en la ponderación final.

El estudio sobre la apreciación intuitiva del riesgo, realizada en 1987 por Paul Slovic, es importante para entender la reacción del público respecto de la tecnología y su impacto en la salud y en el medio ambiente. La investigación sobre la percepción del riesgo está a menudo encausada a guiar la política y la toma de decisiones por medio del examen de cómo la gente evalúa y juzga a las tecnologías y las actividades peligrosas. Esto evolucionó a partir de la atención dispensada a las discrepancias respecto de cómo la sociedad debía ser desarrollada y dirigida en temas específicos como las nuevas tecnologías en gran escala, especialmente el uso de la energía nuclear para la producción de electricidad.

"Esta investigación mostró que a la gente le afectan más los riesgos involuntarios que los voluntarios, y se preocupa más por los problemas tecnológicos que por las catástrofes naturales. Estos descubrimientos influyeron enormemente en la manera de presentar los riesgos ante la opinión pública. Las estrategias iniciales de comunicación de riesgos funcionaban de "arriba abajo", por ejemplo, de un legislador al público. Actualmente, se prefiere una forma dialéctica en la comunicación de riesgos que anime al público y las partes interesadas a participar activamente en el proceso comunicativo".[45]

4.3 Comunicación de riesgos

El Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos, en 1989, definió a la **comunicación de riesgos** como *"proceso interactivo de intercambio de información y de opiniones entre individuos, grupos e instituciones. Es un diálogo en el cual se discuten múltiples mensajes que expresan preocupaciones, opiniones o reacciones a los propios mensajes, o arreglos legales e institucionales del manejo del* ***riesgo***"[46]

La Comunicación de riesgos es un área creciente en América Latina y sobre todo en los sectores de la salud pública.

La Comunicación de riesgos para la salud identifica las preocupaciones de la comunidad y responde a ellas, ofreciendo la oportunidad de planificar de acuerdo con las necesidades de la población objeto.

---

[45] Ibidem pág.4.
[46] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comunicación de riesgos: Curso de autoaprendizaje. En: http//www.bvsd.ops-oms.org.

Según Covello y Sandman la evolución de la comunicación de riesgos para la salud ha pasado por las siguientes cuatro etapas:

1. "Ignorar al público
2. Explicar mejor la información sobre el riesgo
3. Dialogar con la comunidad
4. Incluir al público como agente colaborador[47]

En los últimos años, la comunicación de riesgos para la salud ha jugado un papel importante en la prevención y la mitigación de las consecuencias adversas a la salud humana.

"La tecnología y la globalización son factores importantes en la evolución de las estrategias de comunicación de riesgos, Los rápidos avances en la tecnología de la comunicación están incrementando el flujo de información hacia y desde la fuente al receptor, y están ampliando el enfoque de la audiencia. Esto aumenta el desarrollo de las actitudes sociales y la percepción del riesgo"[48]

La evaluación del riesgo es un proceso que permite evaluar la información sobre los distintos peligros a los que se expone la población. El manejo del riesgo consiste en un proceso para la toma de decisiones que se utiliza para establecer políticas y señalar los peligros identificados durante la evaluación de riesgos y sus consecuencias en la salud pública.

La mayoría de los gobiernos del mundo están comenzando a reconocer que los métodos tradicionales para involucrar a los ciudadanos en la toma de decisiones no siempre son efectivos. Algunos métodos tradicionales de comunicación de riesgos que se asocian generalmente con "el punto de vista técnico" de la comunicación de riesgos o con el "modelo de información de hechos", ya no son considerados como los únicos mecanismos para el desarrollo de políticas públicas relacionadas con los riesgos.

Actualmente las autoridades en todos los niveles reconocen que la participación ciudadana genuinamente deliberada e interactiva es más efectiva para el manejo de riesgos. Para los gobiernos esto implica ajustes en su interacción con el público.

El **enfoque participativo de comunicación de riesgos** puede conducir a un mayor consenso pero no puede garantizar una armonía absoluta. Desde la perspectiva del gobierno, la comunicación de riesgos respeta al público y su derecho a saber porque es participativa, transparente y reconoce las limitaciones de la respuesta gubernamental.

Los gobiernos locales se enfrentan a otras presiones debido a que actualmente la sociedad tiene acceso a la información. El incremento del nivel educativo de la

---

[47] http://www.atsdr.cdc.gov/es/HEC/riskprimer/es_risk.pdf pág. 12.
[48] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comunicación de riesgos: Curso de autoaprendizaje. Op.cit.

población y el desarrollo tecnológico permiten un mayor acceso a la información en la mayoría de las zonas urbanas a través de la Internet y los noticieros. Es menos factible que un público mejor informado y educado acepte la dirección de una autoridad sin cuestionar los acontecimientos que afectan su vida día a día.

La crisis de confianza en las instituciones públicas es un factor difícil de enfrentar, particularmente en las sociedades latinoamericanas. Reconstruir la confianza es una de las metas que todo gobierno debe considerar como un proceso de mediano y largo plazos. La credibilidad, la seguridad y la confianza son el fundamento de una sociedad democrática, y son también factores esenciales de cualquier ejercicio de comunicación de riesgo exitoso.

Los gobiernos enfrentan el reto de mantener una distinción clara entre las técnicas de comunicación vistas por el público como propaganda y aquellas diseñadas para proporcionar información técnica, promover, educar y cambiar actitudes. Esto implica otro problema al asumir el gobierno el rol de comunicador y de regulador.

"Cuando los riesgos son bien entendidos, predecibles y mensurables, la comunicación de riesgos puede ser clara y directa. Sin embargo, los gobiernos se enfrentan con mayor frecuencia a la necesidad de informar a los ciudadanos sobre riesgos poco conocidos, impredecibles y respecto a los cuales existe desacuerdo entre los expertos. Por ello se considera que la incertidumbre científica es uno de los factores que permite politizar el riesgo".[49]

4.4 Prevención de los efectos de los desastres sobre la salud pública

Las estrategias preventivas de los efectos de los desastres se basan en considerar detenidamente las acciones a realizar en cada una de las fases del ciclo: Interdesastre, Pre-impacto, Impacto, Emergencia y Reconstrucción.

Para ello los autores españoles Arcos González, Castro Delgado y del Busto Prado, proponen el enfoque epidemiológico clásico de prevención de tipo primario, secundario y terciario.

La **prevención primaria** incluye todas las medidas que se adoptan antes de que se presente el desastre y depende del desastre a prevenir.

"Se trata básicamente de acciones realizadas durante las fases *silente* (fase de interdesastre o preparación) y de *alerta* (fase de pre-impacto o pre-desastre). En la fase silente las estrategias preventivas prioritarias irán dirigidas hacia el estudio del perfil de riesgos de la zona y la elaboración del correspondiente mapa de vulnerabilidad/riesgo. Ambos deben conducir a la elaboración de un *plan de emergencia mayor o desastre* que incluya la adopción de medidas preventivas

49 Ibidem.

específicas, además de educación de la población y su entrenamiento mediante los correspondientes simulacros."[50]

Siguiendo a los autores españoles, un Plan de Emergencia Mayor o Desastre, debe:

- Analizar los riesgos de la zona y prever las situaciones que puedan llegar a presentarse.
- Establecer con absoluta claridad quienes son las personas que deben ocuparse de la coordinación y dirección de la emergencia, los objetivos y la cadena de mando para ejecutar los subprogramas, límites de autoridad y responsabilidad, líneas de comunicación, recursos disponibles o los que se pueden solicitar y su ritmo de incorporación al programa;
- Determinar el número y tipo de personal que se necesitará, así como su entrenamiento específico (sobre todo cuando se cuenta con personal voluntario); y,
- Prever los medios de transporte a utilizar y estimar la cantidad necesaria en relación al número de personas que pueden verse afectadas.

La **prevención secundaria** afecta a las acciones a desarrollar durante la fase de emergencia (impacto y aislamiento) e incluye el uso preferente de recursos humanos y medios técnicos locales, la evaluación rápida de las necesidades que permita la notificación al exterior de la ayuda específica requerida.

En esta fase la respuesta de emergencia tenderá a garantizar el funcionamiento de los sistemas vitales (agua potable, energía, comunicaciones, etc.) y a coordinar la ayuda externa. Asimismo, en términos de salud pública, los objetivos sanitarios de la gestión de desastres, serán: "1) prevenir y/o reducir la mortalidad; 2) atender a las víctimas y prevenir secuelas; 3) prevenir los efectos indirectos relacionados con la salud; 4) prevenir la morbilidad a corto, mediano y largo plazo, y 5) restablecer los servicios básicos de salud.[51]

La **prevención terciaria** afecta fundamentalmente a las acciones realizadas durante la fase de recuperación o rehabilitación en la que deberá hacerse una nueva evaluación de necesidades y un análisis del grado de adecuación del programa de rehabilitación a la ocurrencia de nuevos desastres. Las actividades deben priorizar las que tengan en cuenta los aspectos más importantes de la rehabilitación y/o reconstrucción.

4.5 Participación Comunitaria y vinculación Interinstitucional

Existen diversos modelos para implementar programas de bienestar social en las comunidades. Las metodologías varían de acuerdo con el enfoque y la formación de quienes los proponen. Frecuentemente se encuentran experiencias que están basadas

---

[50] ARCOS GONZÁLEZ, P., CASTRO DELGADO, R. Y DEL BUSTO PRADO, F.; Op.Cit. Pág. 129
[51] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Guía para la Administración Sanitaria de Emergencia con posterioridad a los Desastres naturales." Washington (DC). 1981.

solo en marcos referenciales; sin embargo, las vivencias dan el aprendizaje que permite generar propuestas factibles.

No existen recetas para la intervención ideal, pero en todos los casos hay que considerar el contexto social, cultural, político, religioso, económico, histórico, y geográfico. Ello implica tomar en cuenta especialmente la percepción de las familias y de las comunidades que son sujetos de la intervención y no solamente la percepción del agente externo, que puede desconocer los procesos del trabajo comunitario.

"Las experiencias exitosas de participación comunitaria no son propuestas globalizadoras, sino locales. Se pueden capitalizar los elementos que llevaron al éxito, pero la repetición o clonación de los procedimientos no siempre funciona, ya que se trata de procesos sociales y no de laboratorio"[52].

Las propuestas de intervención que consideran la participación comunitaria y la vinculación interinstitucional exigen una estrategia local de acuerdo con el contexto y una visión de la realidad social como un todo. Es necesario priorizar la mirada y perspectiva de la persona desde su vivir cotidiano y no la necesidad organizacional del programa. Esto logrará la corresponsabilidad y sostenibilidad de los programas, ya sea que lo patrocine el sector privado, público, académico o social. También evitará la fragmentación de la realidad que frecuentemente hacen los programas que no toman en cuenta a la población objetivo. Dicha fragmentación ocurre cuando los objetivos tratan de institucionalizar las necesidades comunitarias y las metas están centradas en el planteamiento estadístico y no en las personas que conforman la población.

"La comunidad, las familias y las personas que forman parte de la población objetivo deben ser consideradas en el proceso de intervención como sujetos y no como objetos. Las personas deben ser consideradas como beneficiarias del programa, como sujetos pensantes con sensaciones y necesidades particulares y no como objetos de intervención pasivos y receptores de la intencionalidad de los sujetos externos."[53]

Es primordial lograr una relación horizontal entre la organización externa y la comunidad. En esta relación de iguales la participación es consciente y voluntaria y no una manipulación. Ello exige eliminar la **verticalidad de los programas** por medio de acuerdos y compromisos de común acuerdo.

Estos procesos para eliminar la verticalidad de los programas se facilitan cuando se revalora, sistematiza y fortalece el conocimiento que tiene la población sobre la problemática que se pretende resolver. El conocimiento de la comunidad debe estar socialmente legitimado con respecto al hecho que pretende modificar el programa. Los agentes externos son los que tienen que adaptar las propuestas a las condiciones

---

[52] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comunicación de riesgos: Curso de autoaprendizaje. Op.cit. tema 07.
[53] Ibidem

existentes, lo cual se logra con una actitud comprometida y de interés hacia las personas a quienes se pretende beneficiar.

La intervención debe tener un marco de respeto cultural que privilegie las percepciones de la población y que integre la percepción institucional y la comunitaria por medio de una negociación de conocimientos sobre las acciones de la intervención.

En el diseño de experiencias exitosas documentadas en la Organización Panamericana de la Salud se pueden identificar siete elementos comunes:

- Las estrategias son de carácter local o regional.
- La realidad social es percibida como un todo y no fragmentada.
- La comunidad es considerada como sujeto y no como objeto en la propuesta.
- Existe una relación horizontal que evita la verticalidad de los programas.
- Se privilegia el conocimiento popular y la percepción de la población sobre el problema que se está abordando.
- Las personas son consideradas como sujetos históricos.
- Hay una actitud de respeto por la cultura de las personas, familias y comunidades con quienes se está llevando a cabo la intervención.

a) Participación comunitaria

Los procesos de vinculación entre instituciones, como la suma de esfuerzos para resolver problemas específicos, resultan insuficientes si no tienen el soporte de los grupos comunitarios. La participación comunitaria busca fortalecer la organización de las comunidades potenciando los grupos básicos – mujeres, niños, jóvenes, hombres, productores – y segmentando las audiencias por grupos de interés. Esto a través de talleres o sesiones de acuerdo para lograr las tareas propuestas en forma participativa entre las instituciones y la comunidad.

b) Vinculación interinstitucional

"La vinculación interinstitucional diseña estrategias operativas entre instituciones oficiales y privadas, organizaciones no gubernamentales, académicas y de la sociedad civil para concentrar esfuerzos y recursos en una dirección común. Debe ser un proceso sostenido en el que las instituciones optimizan recursos y realizan actividades en las que comparten responsabilidades."[54]

La coordinación entre instituciones es un esfuerzo administrativo en el que deben estar involucrados los primeros niveles del organigrama y debe hacerse por medio de programas entretejidos unos con otros para complementar las tareas. Esto requiere que cada una de las organizaciones involucradas tenga indicadores claros para identificar qué puntos se pueden fortalecer por medio del acercamiento entre una y otra. De esta manera, la coordinación de las organizaciones sólo representa un paso para llegar a la vinculación interinstitucional.

---

[54] Ibidem

La *participación comunitaria y la vinculación interinstitucional* tienen el propósito de construir procesos sustentables y por ello requieren la evaluación y reflexión crítica permanente del proceso de trabajo. Para evitar el riesgo de que los programas se desarrollen a partir de un mero activismo, se deben clarificar las metodologías, sistemas, estrategias y técnicas.

La planificación es la base de cualquier proceso de comunicación de riesgos, por eso es importante determinar el problema desde el inicio, ya que las correcciones generan costos no previstos.

4.6 Planes de comunicación de riesgos

En la fase previa a la elaboración del Plan de Comunicación de Riesgos, es necesario acudir al lugar donde se desea trabajar, conocer la situación y las preocupaciones de la comunidad. Determinar correctamente el problema desde el inicio evita posibles correcciones y pérdidas de tiempo.

a) **Investigación de antecedentes**

El trabajo comienza por la búsqueda de información respecto de los antecedentes del riesgo para la salud y la comunidad. La OPS recomienda relevar si otras instituciones u organizaciones cuentan con algún trabajo previo sobre la misma comunidad.

b) **Formar un equipo de comunicación**

Para que la comunicación de riesgos sea efectiva todas las partes deben apoyarse unas a otras. El equipo puede contar con una organización formal o informal y especialistas de acuerdo al riesgo específico que se desee tratar.

Debe contar con representantes regionales, asesores de riesgo, educadores para la salud, epidemiólogos, investigadores de salud ambiental y personal de salud del ámbito público y privado. La OPS recomienda convocar a encargados de comunicación de otras instituciones para compartir información y asegurar la consistencia de los mensajes.

Uno de los puntos más importantes a tener en cuenta al formar el equipo de comunicación es asignar "…responsabilidades de comunicación a todos los integrantes del equipo, ya sea para desarrollar hojas de información, ayudar a la elaboración de materiales de comunicación, informar a otros organismos gubernamentales o participar en reuniones públicas".[55]

También plantea la necesidad de definir claramente los roles de cada integrante, mantener un archivo centralizado para que todos tengan acceso a la información y establecer tácticas de comunicación interna efectiva, como reuniones semanales,

[55] Ibidem

mensajes de correo electrónico, sesiones de capacitación y prácticas de comunicación para los portavoces.

Trabajar con la comunidad en un tema de tanta sensibilidad requiere desarrollar confianza, la cual requiere tiempo, paciencia, persistencia y comunicación. Para establecer una relación de confianza con la comunidad, la OPS recomienda:

- Sinceridad en los esfuerzos
- Involucrar a los miembros de la comunidad
- Mantener la confidencialidad
- Honestidad
- Compartir información
- Respeto con los integrantes

c) **Desarrollo del plan de comunicación de riesgos**

Los planes de comunicación de riesgos deben estar basados en el conocimiento de la comunidad, proveer un marco de referencia para tratar las preocupaciones de la comunidad y estar basado en los acercamientos y técnicas de comunicación de riesgos y no en las metas genéricas del programa.

El plan se debe desarrollar por adelantado, pero el equipo debe ser flexible ante asuntos y sugerencias que puedan surgir en la puesta en común y no permanecer estable sino ajustarse conforme se amplíen los conocimientos respecto de la situación y la comunidad.

Ahora, la comunidad puede estar segmentada y cada uno de esos segmentos puede tener diferentes preocupaciones, necesidades e intereses. Para identificar a la población objetivo se debe tener en cuenta a quienes tienen ideas útiles, quienes han estado involucrados previamente, afectados o quienes creen estar relegados y a quienes pueden sentirse ofendidos si no se los incluye.

Los grupos objetivos potenciales pueden ser personal estatal de salud, de salud ambiental, de recursos naturales o ecologistas, representantes de grupos de ciudadanos organizados para estos asuntos, vecinos residentes de la zona afectada, profesionales de salud, representantes de comercios, grupos cívicos, directores de escuelas, medios de comunicación, profesores universitarios, otras instituciones, etc.

Una vez determinado el grupo se procederá a desarrollar los diferentes mensajes y herramientas de comunicación de acuerdo a los canales elegidos y los recursos disponibles.

Las comunidades responden positiva o negativamente a un asunto que les afecta según la percepción y la relevancia que ese asunto tenga para sus vidas. La mejor manera de entender esas preocupaciones es preguntarle a los residentes directamente

y al mismo tiempo monitorear dichas preocupaciones ya que éstas varían de acuerdo con la información que reciben.

d) **Evaluación de la comunicación de riesgos para la salud**

La evaluación puede tener efectos en la planificación (formativa) y determinar los efectos inmediatos (proceso), de mediano plazo (de productos) y de largo plazo (impacto) de las actividades de comunicación de riesgos.

- **Evaluación formativa:** Se hace antes o en las fases tempranas de un programa y permite revisiones de acuerdo con la retroalimentación de la audiencia. Algunas herramientas incluyen grupos focales para probar la comprensión de los mensajes. La evaluación formativa también puede hacerse en diferentes momentos conforme vayan cambiando los asuntos en cuestión, los mensajes o la audiencia objetivo.
- **Evaluación de proceso:** Involucra una revisión o auditoria de las actividades que se desarrollaron y ayuda a documentar si las actividades se realizaron de acuerdo con lo planificado. El documentar solamente si se distribuyó cierto número de panfletos no significa que se haya hecho comunicación. Los diferentes niveles de evaluación incluyen encuestas de lectura, reuniones de evaluación y solicitudes de retroalimentación.
- **Evaluación de productos:** Determina si los objetivos de corto plazo se cumplieron; si hubo cambios de conocimientos, actitudes y comportamientos. Utiliza encuestas, grupos focales, reuniones y entrevistas de puerta en puerta.
- **Evaluación de impacto:** Determina los efectos de largo plazo de la intervención. Debido a que el trabajo de campo tiende a ser de corta permanencia en las comunidades, es difícil medir cambios de largo plazo en el estatus de salud de la población o cambios en las políticas debido a la comunicación de riesgos por sí sola. Sin embargo, las actividades de comunicación de riesgos pueden resultar en cambios mensurables a largo plazo. La evaluación de impacto mide los cambios en las tasas de morbilidad y mortalidad, cambios de comportamiento sostenidos o cambios de políticas. Las herramientas para medir estos cambios son las revisiones de información secundaria y los análisis de políticas.

Para este fin, se definirá una comunidad estratégica, en donde se aplicará el proceso metodológico de vinculación y participación comunitaria con la intención de generar un microproceso que pueda ser reproducido con las siguientes características:

- Mitigación o eliminación de la verticalidad de los programas
- Detección y capacitación de las instituciones a partir de la práctica
- Formación y organización de grupos para el fortalecimiento comunitario
- Trabajo con métodos alternativos que permita a las instituciones y a la comunidad percibir formas diferentes de trabajo.
- Discusión sobre la planeación e improvisación a partir de la práctica y de los resultados.

e) **Coordinación interinstitucional**

Alguna de las instituciones participantes funcionará como soporte y a partir de ella se propiciará una organización coordinada de tareas concretas para convocar a la comunidad. Este trabajo tendrá como resultado lograr, o no, la participación de la comunidad.

"Esta propuesta nos permite reunir a los habitantes en un espacio común accesible a todos. Tiene el propósito de discutir la problemática general de la población y buscar alternativas de solución en forma conjunta."[56] La OPS define este grupo como Asamblea comunitaria reflexiva y permite, entre otras cosas:

- Coordinar acciones de las instituciones con las necesidades de la comunidad
- Despertar el interés de la población por participar en lo programas
- Propiciar canales de comunicación entre las instituciones para coordinar procesos de convergencia.
- Potenciar recursos institucionales

A partir de estas asambleas entre las instituciones y la comunidad surgirá lo que la OPS denomina "…"programa eje" porque su actividad principal permite entretejer acciones a partir de talleres, que son los mecanismos para alcanzar los objetivos de la participación comunitaria".[57]

Los talleres de capacitación permiten elaborar autodiagnósticos e involucrar a los participantes en la identificación de las causas de la problemática y en las propuestas de alternativas de solución, que los grupos institucionales promuevan la participación comunitaria, que instituciones y comunidad compartan espacios comunes y, entre otras, involucrar más instituciones y en relación horizontal con la comunidad.

El diálogo es un elemento fundamental para la consolidación del binomio comunidad-institución.

f) **Trabajo de campo**

En una fase previa al encuentro con la comunidad estratégica se debe revisar si existen experiencias similares y que se puedan aplicar en la situación que se pretende trabajar. Existen numerosos registros de situaciones vividas en otros países y que están a disposición de las instituciones y los ciudadanos.

La OPS recomienda, a pesar del trabajo previo de recopilación de información, realizar nuevas encuestas que permitan evaluar los conocimientos de la comunidad para delinear las actividades a seguir.

---

[56] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comunicación de riesgos: Curso de autoaprendizaje. Op.cit. tema 08
[57] Ibidem

En el momento de implementar la evaluación formativa, el diseño de elementos comunicacionales, como afiches, folletos, hojas informativas y cualquier otro tipo de material, es conveniente probarlo en dos grupos distintos con el fin de evaluar contenido, diseño, facilidad de lectura, adaptación cultural y comprensión.

Luego de estas actividades de campo, se debe continuar con la evaluación de los productos, realizar encuestas de seguimiento, revisar estadísticas de los servicios de salud para determinar si se han producido cambios en los conocimientos, actitudes o comportamientos.

4.7 Conclusiones

En el análisis de riesgos existen diferentes tipos de comunicación. A fin de tomar una decisión que se adecue al objetivo y sea aceptable para todas las partes interesadas, la gestión de riesgos debe asegurar una comunicación adecuada.

La comunicación de riesgos no es una actividad de relaciones públicas, es una disciplina ha evolucionado de forma independiente gracias a las teorías de la percepción de riesgos.

La capacitación institucional se realiza de acuerdo con las necesidades, objetivos, programas, cobertura y recursos materiales y humanos con que cuenta la institución. Con esa base se elaboran estrategias e instrumentos de análisis para la acción y se distinguen los problemas, sus causas aparentes y esenciales, así como sus determinantes.

De acuerdo con las características de la propuesta, es necesaria la reflexión crítica de la práctica como principio del método. Se requiere una actitud crítica ante el trabajo que se realiza para encontrar aciertos y fallas, y facilitar los resultados. Es importante ser crítico en el equipo, aunque los involucrados no formen parte de una sola institución y no realizar una evaluación solamente a partir de las metas institucionales.

La evaluación del equipo es fundamental para determinar avances, fallas y las posibles causas, como así también considerar los distintos aportes de las partes para encontrar soluciones que mejoren el trabajo.

CAPÍTULO 5

PROPUESTA DE TRABAJO

"Lo que necesitamos en nuestra región es que todos nos hagamos cargo con responsabilidad de la educación para la adaptación"
GLORIA BRATSCHI

5.1 Introducción

La Ley Provincial N° 6835/2000[58] establece la creación del Programa Provincial de Emergencias Médicas y Catástrofes (PEMyC) y al mismo tiempo las normas que rigen el funcionamiento del Sistema Sanitario en la provincia en casos de catástrofes.

De acuerdo con esta Ley es obligación del Sistema Sanitario dar respuesta a las contingencias y arbitrar los medios para tal fin.

La propuesta de trabajo que se plantea para el Área Sanitaria Godoy Cruz es de aplicación posible dado que en la institución existen trabajos previos, voluntad de las autoridades para la aplicación de las propuestas y, fundamentalmente, conciencia de la importancia del tema por parte de los empleados.

5.2 Ministerio de Salud de Mendoza

El Ministerio de Salud de la Provincia funciona en la Casa de Gobierno Provincial. Con el fin de optimizar la gestión se divide en dos Subsecretarías: la de Planificación y Promoción de la Salud y la de Gestión Sanitaria.

La primera tiene la misión de "Identificar, interpretar e intervenir en el universo de representaciones mentales, valores, prácticas y hábitos individuales y sociales de la población mendocina, orientándolos progresivamente hacia estilos de vida que impliquen un avance en su condición o estado de salud y una mejor calidad de vida, en el marco de los principios y lineamientos de la política pública para el sector salud."[59]

La misión principal de la segunda es "Organizar el sistema sanitario desde una perspectiva basada en el ciudadano, participándolo de su funcionamiento y control, garantizando el derecho a una salud efectiva y de la máxima calidad posible a toda la población y asegurando la sustentabilidad financiera en el largo plazo, mediante una distribución equitativa de los recursos y una relación eficiente entre costo económico y beneficio social."[60]

Este Ministerio, siguiendo los lineamientos vigentes en cuanto a las estrategias internacionales de APS, dividió los dieciocho departamentos que componen la provincia en cinco Regiones Sanitarias:

---

[58] ANEXO
[59] http://www.salud.mendoza.gov.ar/index.php?option=content&task=view&id=12
[60] http://www.salud.mendoza.gov.ar/index.php?option=content&task=view&id=20

1. Metropolitana Sur
2. Metropolitana Norte
3. Este
4. Valle de Uco
5. Sur

La primera está integrada por Godoy Cruz, Luján de Cuyo y Maipú. La segunda, por Lavalle, Las Heras, Guaymallén y Capital. La tercera esta compuesta por Santa Rosa, La Paz, San Martín, Junín y Rivadavia. La cuarta esta integrada por Tunuyán, Tupungato y San Carlos. Finalmente, la Región Sanitaria Sur está compuesta por San Rafael, Malargüe y General Alvear.

Planes de emergencia existentes

De acuerdo con la ley de 6835, los hospitales Humberto Notti, Central, Luís Lagomaggiore y Teodoro Schestakow, son los centros de máxima especialización en materia de emergencias y a los cuales se derivarán los pacientes de mayor complejidad. El resto de los hospitales privados y públicos de la provincia serán clasificados según su nivel de complejidad por la autoridad competente y a los que se derivarán los pacientes de acuerdo con las condiciones de riesgo y el área de influencia.

Todos estos hospitales tienen sus planes de contingencia pero están orientados específicamente hacia la atención de la emergencia médica.

Se tiene en cuenta que los CAPS, por su infraestructura no están en condiciones de atender emergencias médicas de alta complejidad, tienen planes de contingencia que se basan en una hipótesis de trabajo que planifica cómo atender a 1000 heridos de distinta consideración, embarazadas, niños y ancianos. Pero lo que se plantea en este trabajo es su funcionamiento en situación de crisis, roles de los integrantes del equipo de salud, refuncionalización de los edificios y distribución de elementos de emergencia.

Se debe destacar que estos planes son una adaptación de los realizados en los hospitales.

5.3 Área Sanitaria Godoy Cruz

Godoy Cruz, respecto de otros departamentos, es una de las áreas departamentales más importantes en cuanto a los recursos humanos y económicos de que dispone. Esto se justifica por la ubicación geográfica, la densidad y distribución poblacional y por su importancia en el gran Mendoza.

Según la Dirección Provincial de Epidemiología en Godoy Cruz hay 20 instituciones estatales de salud y 26 del ámbito privado. En la esfera pública hay doce Centros de Atención Primaria de Salud y dos Postas Sanitarias dependientes del Área Sanitaria,

dos Centros de Salud dependientes de la Municipalidad, dos del Hospital Lencinas y dos de Dinaadyf.

Actualmente cuenta con una planta de personal con 331 agentes que incluyen médicos de diversas especialidades, enfermeros, administrativos y servicios generales, entre otros agrupamientos. Funciona el Servicio de Comunicación Social aunque las tareas no están definidas claramente.

Hay en actividad un Comité de Investigación y Docencia, del cual depende el Subcomité de Emergencias y Catástrofes cuya encargada, Dra. en Nutrición Alejandra Moor, es la Referente Provincial por Atención Primaria en el PEMyC. Es por esta razón que los CAPS de Godoy Cruz tienen Planes de Contingencia para actuar en caso de sismos.

Luego de distintas encuestas y entrevistas al personal se pudo detectar gran interés por el tema del riesgo sísmico en Mendoza pero también desconocimiento sobre los planes de contingencia existentes en cada CAPS. De ello se desprendió que dichos planes no fueron realizados en equipo o por lo menos que no todos participaron, que no se revisan periódicamente y que si bien se han realizado relevamientos de otras instituciones barriales y ONG´s, las mismas no tienen roles definidos en dichos planes.

5.4 Propuesta de Trabajo

En este punto del trabajo surge que de acuerdo con los Planes de Contingencia existentes en Godoy Cruz y el material disponible en la OPS sobre Comunicación de Riesgos, es el momento ideal para convocar a todas las organizaciones involucradas y a referentes de la comunidad para trabajar coordinadamente en la prevención.

"…Instituciones gubernamentales, ONG, la educación formal, los medios de comunicación, los profesionales universitarios, los centros de investigación, las organizaciones comunitarias, los técnicos expertos, los voluntarios, y todas las personas e instituciones que contribuyan con su labor y experiencia a paliar los riesgos a los que la región está sometida por la ocurrencia de fenómenos naturales que pueden llegar a la categoría de desastres"[61]

- **Etapa 1**
    - En un principio se convocará desde el Área Sanitaria a referentes de la Municipalidad, Defensa Civil, Bomberos Voluntarios, etc., para luego llegar a las comunidades. Esta etapa es fundamental para lograr la coordinación dado que se plantearán objetivos que, igualmente, pueden ser reformulados con el avance del trabajo. Es importante que los objetivos sean mensurables ya que sólo con indicadores claros es posible controlar avances, estancamientos o retrocesos en el trabajo.

[61] BRATSCHI, Gloria. Op cit. Pág. 166

- En esta etapa surgirán los planes existentes en los distintos ámbitos ya que se sabe que hay trabajos que se superponen y esto dispersa los esfuerzos.

- **Etapa 2**
  - La institución soporte del trabajo será la que posea mayor presencia en la comunidad. Se convertirá así en el eje del proceso de vinculación ya que aglutinará a otras dependencias y recursos humanitarios. En este caso la institución soporte sería, en un principio el Área Sanitaria Godoy Cruz, pero no se puede descartar que al continuar el trabajo en las comunidades otras instituciones adquieran importancia por su cercanía a los referentes comunitarios. No es cuestión de adquirir roles protagónicos sino de facilitar el trabajo en terreno.

  - En estas reuniones participarían integrantes de los distintos CAPS para que en la etapa siguiente sean ellos quienes convocan a la comunidad asistida.

- **Etapa 3**
  - Luego de estos pasos se convocará a la comunidad para que se comiencen a discutir las principales problemáticas de la población. Se pueden realizar asambleas comunitarias o talleres de capacitación.
  - Así se intentará despertar el interés de la población por participar en las acciones, elaborar un autodiagnóstico participativo que involucre a todos los integrantes, transmitir conocimientos de forma reflexiva y participativa, y crear canales de comunicación entre instituciones para coordinar procesos de convergencia.

- **Etapa 4**
  - **Consolidación del equipo comunitario e interinstitucional:** las instituciones tratan de potenciar sus programas no sólo en las localidades donde trabajan sino que integran un equipo que debe *fortalecer* el desarrollo comunitario. Para esto pueden crear espacios de capacitación donde se compartan instrumentos y experiencias que permitan la permanencia del equipo.

- **Etapa 5**
  - **Evaluación**
    En el momento de evaluar los resultados, se deberán tener en cuenta los siguientes puntos: si continua o no en el tiempo, grado de adhesión, creación o no de productos comunicacionales, si se realizan simulaciones, etc.

Las instituciones que se convocarán para comenzar con estas actividades serán: el Área Sanitaria Godoy Cruz, la Municipalidad de Godoy Cruz, distintas escuelas de la

zona, Defensa Civil y autoridades del PEMyC. Luego de los primeros encuentros surgen nuevos actores que se acoplan al equipo de trabajo.

La metodología de vinculación y la participación es un proceso educativo que permite a las instituciones aprender y diseñar estrategias con ritmos sostenidos y en una sola dirección.

Así la coordinación interinstitucional a cargo de un Comunicador social sería de utilidad para lograr la unificación de trabajos y evitar la dispersión de esfuerzos, como así también elaborar mensajes para la comunidad lo más efectivos posibles.

CONCLUSIONES

La comunicación institucional se ha posicionado en los últimos tiempos como una herramienta esencial en la gestión estratégica de las organizaciones sociales.

Las instituciones son sistemas abiertos con límites permeables que permiten interrelaciones permanentes con el medio ambiente y que cambian continuamente. Las situaciones de complejidad del contexto afectan a la cultura organizacional.

El modelo de la comunicación institucional incluye tres tipos de comunicación: interna, interinstitucional y externa. La primera incluye redes internas, canales formales e informales, interacción de los integrantes, composición de las redes externas, sus canales de comunicación, las señales y signos que conforman su cultura organizacional. La segunda consiste en el establecimiento de redes entre instituciones con el fin de optimizar los recursos humanos y técnicos, quebrar las barreras y los bloques de poder en la esfera pública o privada. La comunicación externa está constituida por las actividades de prensa y difusión que construyen la imagen de la organización en los usuarios, proveedores y público en general.

Está destinada a interconectar tanto a los públicos internos como externos y ambos entre sí. Constituye un proceso permanente que la organización debe asumir y desarrollar. De la buena relación con sus públicos depende el éxito de la gestión institucional. Un elemento distintivo del público que utiliza los Servicios de Salud Pública es que asiste periódicamente, ya sea por razones de costumbre, sociales o económicas.

En Mendoza, como en la mayoría de los países del mundo, la atención primaria representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas; comprende, cuanto menos, las actividades de educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención.

El fomento de ambientes y comportamientos saludables es una responsabilidad primordial del Estado, pero su acción debe plantearse en forma conjunta con los grupos más representativos de la sociedad.

Es por esto que la Comunicación se vuelve una herramienta fundamental para su desarrollo bajo cualquier punto de vista: desde la vinculación interinstitucional hasta la privacidad de la relación entre pacientes y profesionales.

Pero los desastres no son desastres. Son eventos de la naturaleza que el hombre, ya sea por su imprudencia o por su falta de preparación, convierte en catástrofes. Y es con educación que se deben combatir las viejas creencias y tabúes.

Entre esas viejas creencias figuran: "esas cosas acá no pasan", "no hablemos porque tiembla", etc. Asimismo los aspectos sanitarios de los desastres han sido durante mucho tiempo ignorados por las autoridades y el contexto global de la asistencia sanitaria en desastres ha sido visto como un problema exclusivo como la fase de emergencia, es necesario cambiar desde el enfoque de rescate y ayuda a otro que contemple todo el proceso, desde la planificación y preparación hasta la rehabilitación a largo plazo.

En el transcurso de la investigación en el Área Sanitaria Godoy Cruz encontramos que existen Planes de Contingencia para actuar en casos de Emergencia, pero también que no se recuerdan periódicamente, que no todos los integrantes de los equipos de salud lo conocen y menos aún que involucren a otros actores de la comunidad.

El camino ideal para realizar este cambio es el que propone la Comunicación Institucional, con todas sus herramientas puestas al servicio de la comunidad: mejorar la comunicación interna de las instituciones, crear vínculos concretos con otras organizaciones, convocar a los públicos externos para colaborar en la realización de las actividades y ayudar a organizar las tareas posteriores a los eventos adversos.

El Comunicador Social, con los conocimientos adecuados para realizar dichas vinculaciones, se presenta como una figura de gran importancia para realizar una vinculación interinstitucional que permita trabajar seriamente sobre la preparación, la prevención y la mitigación de los eventos adversos.

Los procesos de vinculación interinstitucional estimulan la definición de acciones prioritarias y concentran esfuerzos y recursos en zonas estratégicas. No se trata de crear programas nuevos sino de combinar las distintas experiencias de las dependencias del gobierno, las demandas y compromisos de los beneficiarios y estimular los procesos de participación conciente y responsable.

Sabemos que entre riesgos latentes, los sismos son muy preocupantes, pero el cambio climático global se ha hecho presente en Mendoza, con inundaciones, granizo, sequías y aluviones. Esto debe activar nuestro sistema de alerta para actuar con inteligencia y adelantarnos a los hechos. El fin es la educación para la preparación y la prevención. El camino es la comunicación.

ANEXO

LEY PROVINCIAL 6835

LEY 6835 MENDOZA, 18 DE OCTUBRE DE 2000. (LEY GENERAL VIGENTE) (DECRETO REGLAMENTARIO 558/02, B.O. 23/05/2002) (VA.: LEY 7183, ART. 26, INC. D) (VA.: LEY 6993)

B.O.: 29 11 00 NRO. ARTS.: 0032 TEMA: FUNCIONAMIENTO REGLAMENTACION PLAN EMERGENCIA MÉDICA Y CATASTROFE CREACION. MINISTERIO DESARROLLO SOCIAL SALUD

EL SENADO Y CAMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA, SANCIONAN CON FUERZA DE LEY:

CAPITULO I MARCO DECLARATORIO

ART. 1 POR LA PRESENTE SE ESTABLECEN LAS NORMAS QUE RIGEN EL FUNCIONAMIENTO DE LA EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE EN LA PROVINCIA DE MENDOZA, QUE TIENE COMO FIN LA ASISTENCIA INMEDIATA DE LAS PERSONAS A TRAVÉS DEL EXAMEN INICIAL, SU EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y DERIVACIÓN, EN RESPUESTA A UNA INJURIA O ENFERMEDAD AGUDA, CON EL PROPÓSITO DE PREVENIR LAS SECUELAS ULTERIORES. LA ATENCIÓN EN LA EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE COMPRENDE LOS EPISODIOS DEL ENFERMAR HUMANO, CUALQUIERA SEA SU NATURALEZA, IMPLICADO EN EL ESPECTRO DE LA MEDICINA, SEA CUAL FUERE SU MANIFESTACIÓN Y COMPORTAMIENTO.

ART. 2 CRÉASE EL PLAN DE EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE CUYAS ACCIONES TENDRÁN POR FINALIDAD LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA SALUD. DICHO PLAN TENDRA LOS SIGUIENTES OBJETIVOS:

A) OBJETIVOS GENERALES:

A) DISMINUIR LOS ÍNDICES DE MORBI Y MORTALIDAD DE LA PROVINCIA, PROVOCADOS POR LAS ALTAS TASAS DE ACCIDENTES Y TRAUMAS.

B) ANALIZAR PERIÓDICAMENTE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA Y LAS CONDICIONES SOCIALES, ECONÓMICAS, POLÍTICAS Y CULTURALES QUE PREDISPONEN A LA OCURRENCIA DE EMERGENCIA MÉDICA.

C) PLANIFICAR Y PROPONER POLITICAS Y ESTRATEGIAS CON EL FIN DE OPTIMIZAR LOS RECURSOS Y REDUCIR EL IMPACTO SOBRE LA SALUD HUMANA DEBIDO A SITUACIONES DE EMERGENCIA MÉDICA.

D) COORDINAR LAS ACCIONES DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE EN LAS ETAPAS PRE HOSPITALARIAS, HOSPITALARIAS Y POST HOSPITALARIAS TANTO EN EL ÁMBITO ESTATAL COMO PRIVADO.

E) INTEGRAR FUNCIONALMENTE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CON LOS OTROS ORGANISMOS ESTATALES Y PRIVADOS QUE INTERVIENEN EN LA PROBLEMÁTICA DE LA EMERGENCIA.

F) EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN LA EMERGENCIA Y DE SUS COMPONENTES ORGANIZATIVOS, SOCIALES, ECONÓMICOS Y AMBIENTALES.

G) CONTROLAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA DE EMERGENCIA Y CATÁSTROFE DE LA PROVINCIA.

H) INFORMAR A LAS AUTORIDADES LOS RESULTADOS Y EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.

B) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

A) REALIZAR INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS ORIENTADAS A LA TOMA DE DECISIONES DEL PLAN.

B) ESTABLECER PARAMETROS QUE PERMITAN UNA ZONIFICACION ADECUADA DE LAS REGIONES SANITARIAS.

C) ESTUDIAR LOS PROCESOS QUE INCIDEN EN LA OCURRENCIA DE LA EMERGENCIA A FIN DE ESTABLECER LAS RELACIONES DE LOS FACTORES MULTICAUSALES.

D) CAPACITAR A LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESTATALES, PRIVADOS Y DE LOS ORGANISMOS PROVINCIALES Y MUNICIPALES INVOLUCRADOS EN EL OBJETO DE LA PRESENTE.

E) FORMULAR UN SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA QUE CONTENGA LA NORMATIVA PARA UNA EFICAZ ACCIÓN COORDINADA ENTRE LOS DISTINTOS EFECTORES INTERVINIENTES EN LA EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE.

F) ASIGNAR RECURSOS APROPIADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS, TENIENDO EN CUENTA EL ORIGEN MÚLTIPLE DEL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD.

G) IMPLEMENTAR UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN EN TODA LA PROVINCIA QUE PERMITA LOGRAR EFICAZMENTE LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA Y CATÁSTROFE.

H) DISEÑAR UN PLAN DE EMERGENCIA Y CATÁSTROFE PREHOSPITALARIO, HOSPITALARIO Y POST HOSPITALARIO QUE SE INTEGRE A LOS PLANES DE LOS DEMÁS ORGANISMOS ESTATALES Y PRIVADOS.

I) PROMOVER LA DIFUSIÓN DE LAS DISTINTAS ESTRATEGIAS Y PLANES DE ATENCION DE LA EMERGENCIA Y CATASTROFE.

J) DEFINIR INDICADORES QUE PERMITAN EVALUAR ADECUADAMENTE LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN Y DE RESPONSABILIDAD DE LA ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN LA EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE.

K) DESARROLLAR UN SISTEMA INFORMATIZADO QUE POSIBILITE LA DECISIÓN EFICAZ Y OPORTUNA EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE ATENCIÓN MÉDICA EN LA EMERGENCIA.

L) ASISTIR A LOS ORGANISMOS DE FISCALIZACIÓN, A TRAVÉS DE LA NORMATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA MÉDICA, EN EL CUMPLIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LA LEY 5532.

M) ESTABLECER LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE PERMITAN LA OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS DEL PLAN A TRAVÉS DEL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE APLICACIÓN DE LAS LEYES 5869 Y 5578.

N) PROMOVER Y PROFUNDIZAR LA RELACIÓN CON LOS ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES EN EL PERFECCIONAMIENTO DE LOS INSTRUMENTOS CREADOS EN LA PRESENTE.

CAPITULO II ÁMBITO Y AUTORIDAD DE APLICACIÓN

ART. 3 EL PLAN CREADO EN EL ARTICULO 2 DEPENDERÁ DEL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y SALUD, QUIEN SERA LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN.

ART. 4 LAS ACTIVIDADES DEL PLAN SE IMPLEMENTARÁN A TRAVÉS DE LOS EFECTORES PROPIOS DEPENDIENTES DE LA SUBSECRETARÍA DE SALUD Y ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS.

ART. 5 LOS EFECTORES DEL SECTOR PRIVADO QUE BRINDEN SERVICIOS DE EMERGENCIAS DEBERÁN AJUSTARSE A LAS NORMATIVAS DE FUNCIONAMIENTO ESTABLECIDAS EN LA PRESENTE LEY Y SU DECRETO REGLAMENTARIO.

ART. 6 LAS OBRAS SOCIALES, EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA, COMPAÑÍAS DE SEGUROS Y A.R.T., DEBERÁN INFORMAR A LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA, EN LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE Y COMUNICAR DE MANERA FEHACIENTE A SUS AFILIADOS, EL MODO DE ACCEDER EFICAZMENTE A SU SERVICIO.

ART. 7 LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICA PRIVADA, DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, CON AMBULANCIA Y TRASLADO DE PACIENTES A UNIDADES DE INTERNACIÓN, DEBERÁN REGISTRARSE EN LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN E INFORMAR EL MODO OPERATIVO DE FUNCIONAMIENTO Y EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES FIJADAS EN LOS ARTICULOS 15 Y 16 DE LA PRESENTE LEY PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIAS COORDINADO DEL ESTADO PROVINCIAL.

ART. 8 LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE DEBERÁN CONTAR CON PROFESIONALES MÉDICOS, HABILITADOS COMO ESPECIALISTAS, DE ACUERDO AL ARTICULO 23 DE LA LEY 2636. LOS TÉCNICOS DEBERÁN ACREDITAR ANTECEDENTES Y EXPERIENCIA EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE.

CAPITULO III ORGANIZACION DEL PLAN

ART. 9 CREASE LA UNIDAD PROVINCIAL COORDINADORA DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE, DEPENDIENTE DE LA SUBSECRETARIA DE SALUD, CUYAS FUNCIONES SERAN IMPLEMENTAR LOS OBJETIVOS ENUMERADOS EN EL ARTICULO 2 DICHA UNIDAD ESTARA INTEGRADA POR:

1. SUBSECRETARIO DE SALUD, QUIEN EJERCERA LA PRESIDENCIA.
2. DIRECTOR DE DEFENSA CIVIL (COEP).
3. COORDINADOR PROVINCIAL DEL PLAN, DESIGNADO POR LA SUBSECRETARÍA DE SALUD.
4. DIRECTOR DE HOSPITALES.
5. DIRECTOR DE ATENCIÓN AMBULATORIA.
6. DIRECTOR DEL SERVICIO COORDINADO (SEC).

ART. 10 CRÉASE EL CONSEJO PROVINCIAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE, DEPENDIENTE DE LA UNIDAD PROVINCIAL, CUYAS FUNCIONES SERÁN LAS SIGUIENTES:

A) IMPLEMENTAR Y COORDINAR LOS OBJETIVOS FIJADOS POR LA UNIDAD PROVINCIAL.

B) EJERCER LA COORDINACIÓN GENERAL DEL PLAN PROVINCIAL CON LOS EFECTORES ESTATALES Y PRIVADOS QUE PARTICIPEN DEL MISMO.

C) IMPLEMENTAR LAS NORMAS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

D) ESTABLECER UNA RED ASISTENCIAL INTEGRAL DE ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA MÉDICA.

E) COORDINAR LOS ÁMBITOS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SECTORES PÚBLICOS Y PRIVADOS.

F) DEFINIR LOS ESTANDARES DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA EMERGENCIA.

G) ACREDITAR LAS INSTITUCIONES FORMADORAS EN EMERGENCIA MEDICA Y CATASTROFE, LAS QUE DEBERAN PRESENTAR SU DISEÑO CURRICULAR PARA LA APROBACION DE LOS CONTENIDOS.

H) ASESORAR Y PROPONER PLANES Y ESTRATEGIAS QUE PERFECCIONEN LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA.

I) CONTRIBUIR AL PERFECCIONAMIENTO CIENTÍFICO Y TÉCNICO DEL PLAN DE EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE.

J) ANALIZAR Y DESARROLLAR LA INVESTIGACÓON EPIDEMIOLÓGICA VINCULADA A LA EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE

K) IMPLEMENTAR JUNTO CON DEFENSA CIVIL (COEP) LOS PLANES REFERIDOS A LA ATENCIÓN DURANTE LOS DESASTRES Y CATÁSTROFES.

ART. 11 EL CONSEJO PROVINCIAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATASTROFE ESTARA CONSTITUIDO POR:

A) EL COORDINADOR DEL PLAN, REPRESENTANTE DE LA SUBSECRETARIA DE SALUD, ESPECIALISTA O CON ANTECEDENTES Y EXPERIENCIA EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE, MIEMBRO DEL CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIA PROVINCIAL (COEP).

B) UN REPRESENTANTE DE LOS HOSPITALES ESTATALES DE ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALISTA O CON ANTECEDENTES Y EXPERIENCIA EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE.

C) UN REPRESENTANTE DE LOS HOSPITALES ESTATALES DE MEDIANA COMPLEJIDAD, ESPECIALISTA O CON ANTECEDENTES Y EXPERIENCIA EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE.

D) UN REPRESENTANTE DE HOSPITALES Y CLÍNICAS PRIVADAS, ESPECIALISTA O CON ANTECEDENTES Y EXPERIENCIA EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE.

E) UN REPRESENTANTE DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS PRIVADAS, ESPECIALISTA O CON ANTECEDENTES Y EXPERIENCIA EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE.

F) EL DIRECTOR DEL SERVICIO COORDINADO DE EMERGENCIAS.

G) UN REPRESENTANTE DE DEFENSA CIVIL, MIEMBRO DEL COEP.

H) UN REPRESENTANTE DE LAS COMPAÑIAS DE SEGURO, A.R.T., OBRAS SOCIALES Y EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA.

I) UN REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALISTA CON ANTECEDENTES Y EXPERIENCIA EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE.

J) UN REPRESENTANTE POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS ESPECIALISTA O CON ANTECEDENTES Y EXPERIENCIA EN EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATASTROFE.

ART. 12 ESTE CONSEJO CREADO EN EL ART. 10 DE LA PRESENTE LEY DEBERÁ IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PLAN, QUE REGULARMENTE DIRIGIRÁ A TODAS LAS ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS QUE PARTICIPEN DEL MISMO, QUE PROPORCIONEN EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA LOS SISTEMAS DE EMERGENCIA RELATIVO A: LOS SERVICIOS, COBERTURA FINANCIERA PRESTACIONAL, NORMAS DE FUNCIONAMIENTO, AGENTES TÓXICOS, DROGAS, VENENOS Y DEMÁS AGENTES PATÓGENOS VINCULADOS A LA ATENCIÓN MÉDICA, OBJETO DE ESTA LEY, QUE AQUÍ SE MENCIONAN SOLO A TÍTULO ENUNCIATIVO.

ART. 13 CREASE EL REGISTRO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN LA EMERGENCIA EN EL ÁMBITO DE LA UNIDAD CREADA EN EL ART. 9. TODOS LOS SERVICIOS DEL SECTOR PRIVADO ACREDITADOS EN LA PROVINCIA, DEBERÁN INFORMAR LAS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS, MATERIALES Y HUMANAS DE LOS RECURSOS QUE POSEE Y SUS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO.

ART. 14 CREASE EN EL ÁMBITO DEL GRAN MENDOZA, QUE COMPRENDE A LOS DEPARTAMENTOS DE CAPITAL, GUAYMALLÉN, GODOY CRUZ, LAS HERAS, LUJÁN Y MAIPÚ, EL SISTEMA DE EMERGENCIAS COORDINADO. DICHO SERVICIO PODRÁ AMPLIARSE A LOS RESTANTES DEPARTAMENTOS EN CASO DE NECESIDAD. EL MISMO ES DEPENDIENTE DE LA UNIDAD PROVINCIAL DE COORDINACIÓN DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE Y TENDRA LAS SIGUIENTES FUNCIONES:

A) BRINDAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN LAS 24 HORAS DEL DIA, DE MANERA PERMANENTE TODO EL AÑO.

B) COORDINAR LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA EMERGENCIA ANTE LLAMADOS EFECTUADOS POR EL MISMO.

C) EFECTUAR LOS TRASLADOS DE LOS PACIENTES AFECTADOS EN LA EMERGENCIA, DE ACUERDO A LAS NORMAS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA QUE SE ESTABLEZCAN EN EL PLAN.

D) RECEPTAR TODA LA INFORMACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL O LOS AFECTADOS EN LA EMERGENCIA MÉDICA, REFERIDOS A SU ESTADO DE SALUD, COBERTURA FINANCIERA Y SITUACIÓN DE OCURRENCIA DE LA MISMA, ANTES, DURANTE Y POSTERIOR A LA ASISTENCIA.

E) COORDINAR CON EL INSTITUTO CENTRAL DE ABLACIÓN E IMPLANTES DE

MENDOZA LAS ACTIVIDADES PREVISTAS POR NORMAS REGLAMENTARIAS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA LEY 5913.

F) COMUNICAR, DE MANERA FEHACIENTE Y OPORTUNA, A LOS OTROS ORGANISMOS DEL ESTADO, TODOS AQUELLOS HECHOS VINCULADOS A LA EMERGENCIA Y DE LOS QUE DEBAN TOMAR CONOCIMIENTO LOS MISMOS, CON EL FIN DE ACTUAR EFICAZMENTE.

G) COORDINAR OPERATIVAMENTE LA ATENCIÓN EN LA EMERGENCIA CON LOS DEMÁS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, TANTO DOMICILIARIOS, HOSPITALARIOS Y OTROS CENTROS HABILITADOS EN EL REGISTRO CREADO EN EL ART. 13.

ART. 15 LOS SERVICIOS QUE BRINDARÁ EL SERVICIO DE EMERGENCIAS COORDINADO SERÁN LOS SIGUIENTES:

A) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE.

B) DERIVACIÓN A CENTROS ASISTENCIALES PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.

C) TRASLADO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES DE URGENTE ATENCIÓN A OTROS CENTROS.

D) INFORMACIÓN A INSTITUCIONES SOBRE AGENTES TÓXICOS QUE PRODUCEN EMERGENCIAS MÉDICAS.

E) COORDINACIÓN OPERATIVA CON OTROS SERVICIOS DE EMERGENCIAS ESTATALES.

ART. 16 LAS UNIDADES DE TRASLADO Y ATENCIÓN DOMICILIARIA DEBERÁN CONTAR CON EL EQUIPAMIENTO MÉDICO Y NO MÉDICO ADECUADO PARA LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA, ACTUALIZARLO EN FORMA PERMANENTE, COMO ASÍ TAMBIÉN EL PARQUE AUTOMOTOR. LAS CARACTERÍSTICAS Y PERIODOS DE ACTUALIZACIÓN SE FIJARÁN EN LA NORMA REGLAMENTARIA DE LA PRESENTE LEY Y SERVIRÁN DE APLICACIÓN PARA EL CONTROL DE TODOS LOS SERVICIOS DE CONDICIONES SIMILARES, TANTO DEL SECTOR PÚBLICO COMO DEL PRIVADO.

ART. 17 EL SERVICIO CONTARÁ CON UNA UNIDAD CENTRAL DE COMUNICACIONES A CARGO DE UN PROFESIONAL MÉDICO, CON COMPETENCIA EN LA ESPECIALIDAD DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE QUE TENDRÁ POR FUNCIÓN:

A) RECEPTAR LOS PEDIDOS DE ATENCIÓN.
B) DERIVARLOS AL ÁMBITO E INSTITUCIÓN QUE CORRESPONDA.

C) ENVIAR LA UNIDAD AMBULATORIA DE ATENCIÓN CUANDO SEA NECESARIO.

D) COORDINAR LA ACCIÓN CONJUNTA CON LOS OTROS ORGANISMOS DEL ESTADO.

E) COMUNICAR A LAS FUERZAS DE SEGURIDAD LA NECESIDAD DE SU ASISTENCIA CUANDO LAS CARATERISTICAS DEL SERVICIO DEMANDADO LO REQUIERAN.

ART. 18 EL CENTRO REFERIDO EN EL ARTÍCULO PRECEDENTE, DISPONDRÁ DE UN NÚMERO TELEFONICO CON CARACTERISTICAS ABREVIADAS DEL SERVICIO PUBLICO DE TELEFONOS QUE GARANTICE LA ACCESIBILIDAD EFECTIVA E INMEDIATA DE LAS PERSONAS QUE DESEEN COMUNICARSE. LAS LLAMADAS EFECTUADAS QUEDARÁN GRABADAS EN CINTA DE REPRODUCCIÓN PRECINTADA, QUE COMPONDRÁN EL ARCHIVO DE SEGURIDAD DEL SERVICIO, PUDIENDO SOLO ACCEDER AL MISMO POR ORDEN JUDICIAL.

ART. 19 CRÉASE LA UNIDAD COORDINADORA REGIONAL DEL PLAN DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE EN EL ÁMBITO DE LOS SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO , DEPENDIENTE DE LA UNIDAD COORDINADORA PROVINCIAL, UNA POR CADA REGIÓN SANITARIA, INTEGRADA POR LOS ORGANISMOS DE SALUD DEL ESTADO PROVINCIAL Y MUNICIPAL Y ACTIVIDAD PRIVADA. DICHA UNIDAD TENDRÁ COMO FUNCIÓN PLANIFICAR, COORDINAR, SUPERVISAR, EVALUAR Y CONTROLAR EL DESARROLLO OPERATIVO DEL PLAN, CUYA MÁXIMA AUTORIDAD SERA EJERCIDA POR EL RESPONSABLE DEL NIVEL INSTITUCIONAL DE MAYOR COMPLEJIDAD EN LA MISMA.

CAPITULO IV ORGANIZACION HOSPITALARIA

ART. 20 LOS EFECTORES DE LOS SECTORES PUBLICO Y PRIVADO DEBEN CREAR EN SU ORGANIGRAMA, LA UNIDAD DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE, LA QUE ESTARÁ COMPUESTA POR PROFESIONALES Y TÉCNICOS DEBIDAMENTE ACREDITADOS DE ACUERDO CON EL ART. 8 DE LA PRESENTE LEY.

ART. 21 LOS HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD HUMBERTO NOTTI, CENTRAL, LAGOMAGGIORE Y SCHESTAKOW, SERÁN LOS CENTROS DE MÁXIMA ESPECIALIZACIÓN EN LA MATERIA, SOBRE LOS QUE SE DERIVARÁN LOS PACIENTES AFECTADOS POR LA EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE, DE ACUERDO A LAS NORMAS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL PLAN Y EL GRADO DE COMPLEJIDAD REQUERIDO PARA SU ATENCIÓN. SIN PERJUICIO DE ELLO Y A CRITERIO DE LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN, LAS UNIDADES DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE LOS HOSPITALES CITADOS PRECEDENTEMENTE, DESARROLLARÁN LOS CENTROS DE TRAUMA ESPECIALIZADOS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES TRAUMATIZADOS GRAVES.

ART. 22 LOS RESTANTES HOSPITALES PÚBLICOS Y/O PRIVADOS DEBERÁN SER DETERMINADOS EN SUS NIVELES DE ALTA O MEDIA COMPLEJIDAD EN LA EMERGENCIA MÉDICA POR LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN. LOS CENTROS DE ALTA COMPLEJIDAD SERAN LOS DE ESPECIALIZACION EN LA MATERIA, SOBRE LOS QUE SE

DERIVARAN LOS PACIENTES AFECTADOS POR LA EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DE RIESGO Y ÁREA DE INFLUENCIA.

ART. 23 CADA UNIDAD DE LAS CITADAS EN EL ARTICULO 20, DEBERÁ CONFECCIONAR SU PROPIO PLAN DE EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE INSTITUCIONAL, DEBIENDO AJUSTARSE A LA COMPLEJIDAD CONFERIDA POR LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN, A LAS CONDICIONES DE RIESGO PARTICULAR DE CADA UNA, LA ZONIFICACIÓN DEL LUGAR Y ÁREA DE INFLUENCIA.

ART. 24 LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS DE CADA INSTITUCIÓN, DEBERÁN TOMAR CONOCIMIENTO DEL PLAN ELABORADO Y NOTIFICADO DE MANERA FEHACIENTE. LOS CONTENIDOS Y ACTIVIDADES DEL MISMO, SE ACTUALIZARAN PERIODICAMENTE, COMO ASI TAMBIEN EL ENTRENAMIENTO A TRAVÉS DE EJERCICIOS DE SIMULACIÓN Y OTROS MÉTODOS CONSIDERADOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA MÉDICA Y CATÁSTROFE.

ART. 25 LOS SERVICIOS ESTATALES Y PRIVADOS DEDICADOS A LA EMERGENCIA DEBERÁN PLANIFICAR ANUALMENTE LA CAPACITACIÓN DE SUS INTEGRANTES, CON EL FIN DE ASEGURAR LA CONTINUIDAD Y EFICACIA DE SUS PRESTACIONES MEDIANTE CURSOS TEORICO-PRACTICOS GRATUITOS PARA EL AGENTE, OBLIGATORIOS Y CON EVALUACIONES APROBADAS, PARA CONTINUAR EJERCIENDO FUNCIONES EN RELACION CON LA EMERGENCIA. LAS HORAS ANUALES Y LAS CARACTERÍSTICAS ESPECIFICAS DE LOS CURSOS, SE IMPLEMENTARÁN EN LA REGLAMENTACION DE ESTA LEY.

CAPITULO V FONDO DE FINANCIAMIENTO DEL PLAN

ART. 26 CRÉASE EN EL ÁMBITO DEL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y SALUD EL FONDO FINANCIERO DEL PLAN DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y CATÁSTROFE QUE ESTARÁ COMPUESTO POR:

A) PRESUPUESTO PROVINCIAL.

B) EL TRES POR CIENTO (3%) DE LO RECAUDADO POR EL ESTADO PROVINCIAL POR MULTAS EN ACCIDENTES VIALES CON DAÑO A LAS PERSONAS.

C) RECURSOS PROPIOS RECAUDADOS POR PRESTACIONES MÉDICAS, EFECTUADAS POR LOS EFECTORES ESTATALES A TERCEROS OBLIGADOS, EN MATERIA DE SEGUROS POR ACCIDENTES DE TODA ÍNDOLE Y POR APLICACIÓN DE LA LEY 5578.

D) DONACIONES Y SUBSIDIOS, SEAN ESTOS DE CARÁCTER PÚBLICO O PRIVADO, DE ORDEN NACIONAL, INTERNACIONAL, PROVINCIAL O MUNICIPAL.

E) EL TRES POR CIENTO (3%) DE LO RECAUDADO POR INFRACCIONES A LA APLICACIÓN DE LA LEY 5532.

ART. 27 LOS FONDOS ESTABLECIDOS POR EL ARTÍCULO 26 SERÁN ACREDITADOS EN FORMA DIRECTA A LA INSTITUCIÓN QUE EFECTUASE LA PRESTACIÓN. LOS RECURSOS DEL FONDO SERÁN APLICADOS AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN.

CAPITULO VI DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ART. 28 LOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS QUE DESEMPEÑAN SU ACTIVIDAD EN LOS SERVICIOS COMPRENDIDOS AL MOMENTO DE LA SANCIÓN DE LA PRESENTE LEY, TENDRÁN TRESCIENTOS SESENTA (360) DÍAS PARA OBTENER LA ÓCERTIFICACIÓN O RECERTIFICACION DE LA ESPECIALIDAD, DE ACUERDO A LAS NORMAS, A PARTIR DE LA PUBLICACIÓN DEL DECRETO REGLAMENTARIO.

ART. 29 LOS SERVICIOS E INSTITUCIONES DEDICADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA DE LA EMERGENCIA TENDRÁN TRESCIENTOS SESENTA (360) DÍAS A PARTIR DE LA SANCIÓN DE LA PRESENTE LEY, PARA ADECUAR SUS RECURSOS FÍSICOS, TÉCNICOS, MATERIALES Y HUMANOS A LO ESTABLECIDO EN LA MISMA.

ART. 30 EL CARGO DE COORDINADOR DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS COORDINADO DEBERÁ SER DESEMPEÑADO POR UN ESPECIALISTA CONTRATADO A TAL EFECTO POR LLAMADO A CONCURSO DE ANTECEDENTES Y OPOSICIÓN, DEBIENDO TENER COMO REQUISITO INDISPENSABLE UN POSTGRADO RECONOCIDO Y APROBADO SEGÚN LO ESTABLECIDO POR LA LEY NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR NRO. 24521 O LA NORMA QUE EN EL FUTURO LA REEMPLACE. DICHO CARGO SE CONCURSARÁ CADA CINCO (5) AÑOS.

ART. 31 SE ESTABLECE UN PLAZO DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS PARA LA REGLAMENTACIÓN DE LA PRESENTE LEY. SE AUTORIZA AL PODER EJECUTIVO PARA REALIZAR LAS PREVISIONES PRESUPUESTARIAS DEL EJERCICIO 2001.

ART. 32 COMUNÍQUESE AL PODER EJECUTIVO.

DADA EN EL RECINTO DE SESIONES DE LA HONORABLE LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE MENDOZA, A LOS DIECIOCHO DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL.[62]

---

[62] http://www.tribunet.com.ar

INDICE BIBLIOGRÁFICO

AMADO SUAREZ, Adriana y CASTRO ZUÑEDA, Carlos. Comunicaciones Públicas. El modelo de la comunicación integrada. Bs. As. Grupo Editorial Temas. 1999.

ARCOS GONZÁLEZ, P., CASTRO DELGADO, R. Y DEL BUSTO PRADO, F. Desastres y Salud Pública: un abordaje desde el marco teórico de la Epidemiología. Revista Española de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Vol 76, número 2, 2002.

BISQUERT VICENS, Alfredo. La comunicación organizacional en situaciones de crisis. Ponencia al I Congreso Iberoamericano de Comunicación Estratégica para las organizaciones. Quito. CIESPAL. 2003. EN: http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n32/abisquert.html

BISQUERT VICENS, Alfredo Y PÉREZ CATÓN, Rodrigo. Documento mediado. Cátedra Comunicación Institucional; UNCuyo 2006.

BRATSCHI, Gloria. Comunicando el desastre. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo. 1995.

COSTA, Joan. Identidad corporativa. Méjico, Trillas-Sigma, 1999.

DI TELLA, Torcuato Y OTROS. Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas. Buenos Aires. Emecé. 2001.

DURANTE, Rola. Las organizaciones que aprenden. Bs. As. Ediciones Macchi. 1998.

ETKIN, Jorge Y SCHVARSTEIN, Leonardo. Identidad de las Organizaciones, Invariancia y cambio. Bs. As. Paidós. 1994.

FERNANDEZ, Lidia. El análisis de lo institucional en la escuela. Un aporte a la formación autogestionaria para el uso de los enfoques institucionales. Bs. As. Paidós. 2000.

http://www.atsdr.cdc.gov/es/HEC/riskprimer/es_risk.pdf

http://www.medicoscomunitarios.gov.ar/pdf/declaracion_de_alma_ata.pdf

http://www.crid.or.cr/crid/esp/conceptos_basicos.html#amenaza.

http://www.medicoscomunitarios.gov.ar/pdf/carta_de_ottawa3.pdf

http://www.cepis.ops-oms.org/tutorial6/e/tema_07.html

http://www.tribunet.com.ar

http://www.atsdr.cdc.gov/es/HEC/riskprimer/es_risk.pdf pág.12.

KOTLER, Philip y ROBERTO, Eduardo. Marketing Social. Editorial Díaz de Santos. Manila. 2000.

MANGOSIO, José. Medio Ambiente y Salud Ocupacional. Nueva librería. 1997

MORA Y ARAUJO, Manuel GOMEZ DEL RIO, Manuela Y OTROS. La comunicación es servicio. Manual de comunicación para organizaciones sociales. Bs. As. Ediciones Granica Fundación Compromiso. 2001.

MORERA JUSTO, Iris, La comunicación para el cambio en las organizaciones. Bs. As. Ediciones CAECI. 1993.

MORGAN, Clifford. Versión española Álvarez Villar, A; Introducción a la Psicología. Ediciones Aguilar. 1969.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comunicación de riesgos: Curso de autoaprendizaje. Biblioteca virtual de Desarrollo sostenible y salud ambiental. En: http//www.bvsd.ops-oms.org.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guía para la Administración Sanitaria de Emergencia con posterioridad a los Desastres naturales. Washington (DC); OPS; 1981.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la Salud: una antología. Washington DC. 1996.

POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA. Módulo N°1 Salud y Sociedad. Plan Federal de Salud. 2006.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima Primera Edición. Editorial Espasa.

RODRIGUEZ, Carlos A. Salud y Trabajo. La situación de los trabajadores en la Argentina. Centro Editor de América Latina/OIT-PIACT. 1990.

SALAZAR, Sandra. Guía para la comunicación social y la prevención de desastres: la prevención del desastre comienza con la información. San José de Costa Rica, Secretaría DIRDN Unidad para América Latina y el Caribe. 1999.

SANZ DE LA TAJADA, Luís. Auditoria de la imagen de empresa. Métodos y técnicas del estudio de la imagen. Madrid. Síntesis. 1996.

SARACO, Sergio. Situación de desastres. Documento de Carrera de Especialización en Salud Pública. Secretaria de Postgrado. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. 2006.

SJÖBERG, L y DROTZ, B. La percepción del riesgo. Traducción de María R. Huguet; EN http://www.radioproteccion.org.ar/15-2a.htm

WEIL, Pascale. La comunicación Global. Comunicación Institucional y de Gestión. Barcelona, Paidós Comunicación Nº 51, 2° ED. 1992.

ÍNDICE ANALÍTICO

INTRODUCCIÓN 3
CAPÍTULO 1: Comunicación Institucional
1.1 Introducción 6
1.2 - Institución-Organización: de las viejas concepciones a la nueva dimensión 6
1.3 - Comunicación Institucional 8
1.4 - ¿Comunicación organizacional o comunicación institucional? 9
1.4.1 Los paradigmas en el análisis institucional 9
1.4.1.1 Paradigma de la simplicidad 10
1.4.1.2 El paradigma de la complejidad 11
1.4.1.2.1 - La complejidad y la acción 13
1.4.1.2.2 La organización como fenómeno comunicacional 13
1.4.1.2.3 Los discursos de la institución 14
1.4.2 La comunicación en y para las organizaciones 15
1.4.3 - La organización emisora y los receptores 16
1.5 Identidad e imagen de las organizaciones 17
1.6 Comunicación Institucional y salud 18

CAPÍTULO 2: Atención Primaria de la Salud
2.1 El proceso salud-enfermedad 20
2.2 El informe Lalonde 20
2.3 Hito en APS: Conferencia de Alma Ata 22
2.4 Carta de Ottawa para la promoción de la salud 24
2.4.1 Promocionar la salud 24
2.4.2 Elaboración de "política publica sana" 25
2.4.3 La reorientación de los servicios sanitarios 25
2.5 APS como estrategia integral 26
2.5.1. APS: tres perspectivas de análisis 26
2.5.1.1 APS como estrategia 26
2.5.1.2 APS como nivel de asistencia 27
2.5.1.3 APS como Programa de actividades 27
2.6 Implementación de la APS: Regionalización y nivel local 27
2.7 APS y promoción de la Salud 28
2.8 Conclusiones 28

CAPÍTULO 3: Desastres
3.1Introducción 29
3.2 Desastres: definición y clasificación 29
3.2.1 Desastres naturales 30
3.2.2 Desastres generados por el hombre 36
3.3 Ciclos del desastre 36
3.3.1 Abordaje epidemiológico clásico 36
3.3.2 Enfoque práctico 37
3.4 Etapas de los desastres 38
3.5 Efectos de los desastres en Salud pública 44

3.6 Desastres 45

CAPÍTULO 4: Comunicación de riesgos para la salud
4.1 Introducción 47
4.2 Percepción del riesgo 47
4.2.1 Estudios sobre la percepción 47
4.2.2 Terminología y definiciones de riesgo 48
4.3 Comunicación de riesgos 49
4.4 Prevención de lo efectos de los desastres en salud pública 51
4.5 Participación comunitaria y vinculación interinstitucional 52
4.6 Planes de comunicación de riesgos 55
4.7 Conclusiones 59

CAPÍTULO 5: Propuesta de trabajo
5.1 Introducción 60
5.2 Ministerio de Salud de Mendoza 60
5.3 Área Sanitaria Godoy Cruz 61
5.4 Propuesta 62

CONCLUSIONES 65
ANEXO 67
ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO 77
INDICE ANALÍTICO 80