

Ambos métodos no deben verse como antagónicos y excluyentes, debe plantearse una utilización combinada, aprovechando las ventajas de cada uno.

Las estrategias de comunicación social pueden incluir las campañas como programas estructurados a corto y mediano plazo. Tienen objetivos y públicos metas bien definidos y se utilizan especialmente en el periodo preincidente, para trabajar en prevención.

Todo proceso de comunicación social, incluidas las campañas, deben tener previsto un mecanismo de evaluación (reuniones grupales, encuestas, sondeos, etc.) que permita determinar quienes recibieron el mensaje, como fue recibido e interpretado, si los contenidos y canales fueron los adecuados, si se han modificado las actitudes y prácticas así como la percepción del riesgo y cuales son los nuevos requerimientos de información.

Dentro de las estrategias de trabajo en esta área no debe soslayarse la relación del sector salud con los medios de comunicación. Se resalta la necesidad de establecer un diálogo sistemático, así como efectuar actividades de capacitación e información con los directivos y trabajadores de los medios. El tema psicosocial es un aspecto de especial importancia para discutir.

Un ejemplo de lo anterior son los siguientes aspectos:

- ◆ Evitar la publicación de hechos demasiados violentos, impactantes, sensacionalistas o de los cuales no se tenga absoluta certeza.
- ◆ Tener conciencia de que tipo de información puede producir daño en el estado emocional de la población.
- ◆ Evaluar los mensajes positivos que puedan insuflar ánimo y apoyo a la gente en momentos difíciles.
- ◆ Evitar la revictimización.

En ocasiones, es necesario también que las instituciones gubernamentales y no gubernamentales cambien su actitud hacia los medios, facilitando canales de entendimiento, valorando el papel de éstos y tratando de desarrollar acciones concertadas.

En casos de conflictos armados, los medios de comunicación, frecuentemente, manejan la información favoreciendo en alguna forma a uno u otro actor. También están atrapados en una dicotomía; por un lado, son empresas privadas, por lo general, con intereses de lucro y competitivas, pero por otra parte, ofrecen un servicio público que implica una responsabilidad social. Un objetivo estratégico es tratar de combinar ambos propósitos logrando un tratamiento serio y responsable de la información, tanto la preventiva como la que se produce durante y después del incidente.

El profesional de la comunicación se convierte en un puente entre las instituciones, las autoridades, los expertos y la población. Recordar que la responsabilidad de la información que llega al público es compartida entre la fuente informativa y el comunicador.

La información comunitaria y el mensaje cara a cara

En estrategias de comunicación no sólo debemos pensar en los grandes medios de comunicación. En el ámbito local deben establecerse planes informativos a la comunidad, que serán responsabilidad de los líderes y organizaciones a este nivel. Esto se hace mediante reuniones grupales o comunitarias que no deben ser sólo informativas sino que impliquen la participación de la gente, preguntas y respuestas, planteamientos de problemas, propuestas de soluciones, etc. Esto es lo que podría llamarse "información interactiva".

Otro aspecto es la comunicación cara a cara, la que se establece entre dos personas o con una familia. Se da cotidianamente en situaciones de desastres entre las autoridades locales y los afectados, en los albergues, etc. Los líderes tienen que estar preparados para la información oportuna y veraz combinada con la orientación, mediación y resolución de conflictos.

En el caso de desplazados, el manejo de una información adecuada con comunidades receptoras tiene un carácter preventivo. Frecuentemente, se generan estigmas y sentimientos acerca de las personas en situación de desplazamiento [mensajes como: "si los sacaron o se fue, sería por algo (...), etc."].

Desde el punto de vista psicosocial, el rumor, el chisme, la desorientación y la falta de información son los factores que más pueden contribuir a aumentar la aflicción, la ansiedad y promover conductas desordenadas, favorece los liderazgos negativos y las actuaciones violentas. El rumor es un elemento disociador de los grupos humanos y tiene un impacto sobre las relaciones sociales, puede ser un arma o estrategia psicológica de guerra. Su manejo y la reducción de sus efectos es necesario como elemento de recuperación psicosocial.

El uso del humor en las estrategias de comunicación social, tanto en lo individual como en el ámbito comunitario, adecuado al contexto cultural, social y a las circunstancias específicas, puede ser un factor de recuperación. Existen experiencias sobre el manejo de versos, canciones, coplas, etc.

La información a los niños y jóvenes tiene características muy específicas. En este sentido debe insertarse el tema en el sistema educativo. La escuela crea lazos de comunicación entre los maestros, niños y padres. Se debe reforzar el componente lúdico, manteniendo el juego como un factor que favorece la comunicación.

Deben diferenciarse diferentes planos en la comunicación que se produce en el nivel local:

- ◆ Individual, en el proceso de atención a casos y sus familias.
- ◆ A grupos específicos.
- ◆ Comunitaria, orientada a clarificar situaciones y reducir el rumor.
- ◆ A los equipos institucionales de respuesta.

Algunas recomendaciones en las actuaciones en comunicación social:

- ◆ Evaluar las necesidades de información de la comunidad.
- ◆ Conceder importancia a la información sobre derechos, deberes, acceso a servicios y programas, seguridad social, etc. Los temas de educación, salud y recursos económicos son especialmente importantes.
- ◆ La información general para el país debe tener especificidades en lo regional, así como respetar la cultura y tradiciones de la comunidad. Los líderes comunitarios deben estar implicados en el diseño, construcción y difusión de los mensajes.
- ◆ La comunicación debe tener un abordaje humano que sensibilice al que informa y al que recibe el mensaje.
- ◆ Documentar y difundir las experiencias y lecciones aprendidas.

4.6 Capacitación

Los planes de capacitación para la actuación en salud mental, en situaciones de desastres u otras emergencias, en condiciones ideales, deben desarrollarse en el periodo de normalidad, previo a la ocurrencia de cualquier evento de este tipo. Si bien existen principios generales, cada país y territorio debe diseñar sus propias estrategias y planes acorde con sus realidades y características socioculturales.

Un principio importante es que la capacitación debe ser específica según niveles de atención y grupos a los cuales va dirigida. Los abordajes difieren, por ejemplo, cuando se trabaja con médicos del nivel hospitalario a cuando se capacita a voluntarios o agentes comunitarios. Se recomienda que se utilicen técnicas participativas y procedimientos donde se vincule la realidad práctica con los temas impartidos.

En el trabajo de capacitación puede ser útil y necesario capacitar y entrenar a un grupo de instructores-facilitadores para que actúen como catalizadores y multiplicadores en cascada. Posteriormente, estos podrán asesorar y supervisar, de forma continua y sistemática, el proceso a los diferentes niveles del sistema. Así, las personas capacitadas se sentirán seguras en su labor y desempeño, al ser apoyadas durante varios meses.

En muchas ocasiones, ante la ocurrencia de una emergencia, nos encontramos con la realidad de que las personas e instituciones no están preparadas para afrontarla, no se han desarrollado previamente actividades de capacitación y subsisten muchos mitos o prejuicios. También en Latinoamérica los sistemas de salud no han desarrollado suficientemente los servicios de salud mental con una visión comunitaria.

Una estrategia en la emergencia es el desarrollo de procesos de "capacitación de urgencia" y en paralelo con las acciones de salud mental. Los propios profesionales especializados que se movilizan pueden desarrollar acciones de entrenamiento en los servicios y comunidades (in situ).

Capacitación comunitaria

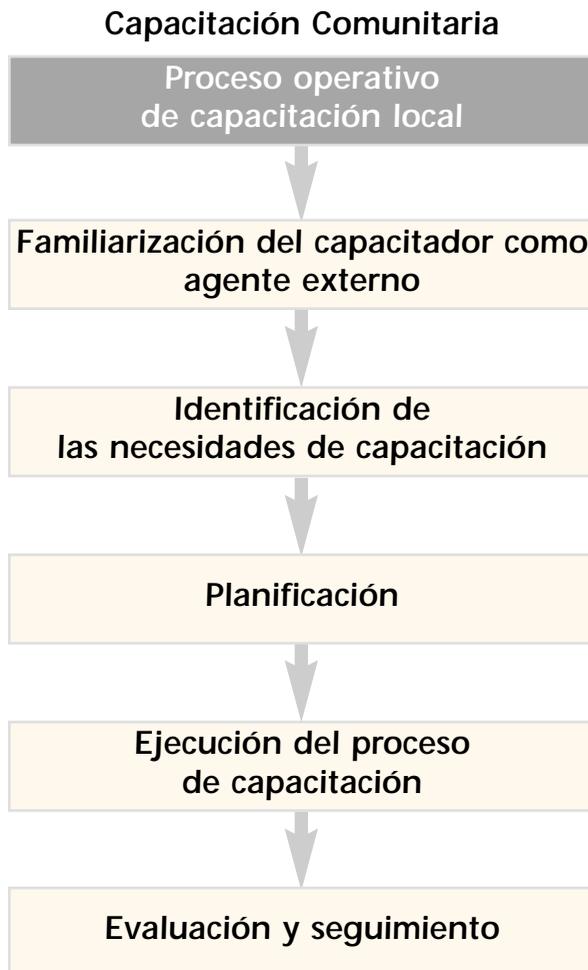
La capacitación comunitaria en la temática de salud mental es un proceso dinámico de formación que fortalece la persona y la colectividad. Se fundamenta en la identificación de necesidades y de los recursos disponibles. También es multidimensional, en la medida que se relaciona con otras áreas de abordaje (comunicación social, derechos humanos, organización y desarrollo, etc.).

El objetivo de la capacitación comunitaria es que las personas, mediante el aprendizaje y a partir de sus fortalezas, generen sus propias estrategias para la disminución de su vulnerabilidad. En el proceso de capacitación deben intervenir, en la medida de lo posible, equipos multidisciplinarios, quienes compartirán sus conocimientos en el proceso de construcción y fortalecimiento de las redes sociales.

Se distinguen tres momentos importantes en el proceso operativo de capacitación en el ámbito local:

- ◆ Familiarización del capacitador como agente externo:
 - Contacto con "informantes claves".
 - Contacto con grupos organizados.
 - Contacto con instituciones.

- Observación y registro sistemático.
- Consulta fuentes documentales.
- ◆ Determinación de las necesidades de capacitación, mediante:
 - Encuestas, cuestionarios, entrevistas.
 - Reuniones grupales.
 - Observación participante.
- ◆ Planificación y ejecución del proceso de capacitación:
 - Definición de contenidos a impartir, modalidades de trabajo y grupos metas.
 - Jerarquización de prioridades.
 - Desarrollos de pilotajes.
 - Trabajo en equipo, cuando sea posible.
 - Análisis y evaluación de los resultados de la capacitación.
 - Establecer criterios de seguimiento para valorar los cambios en el individuo y la comunidad.



A continuación esquematizamos un módulo de capacitación que puede ser adaptable a trabajadores de la atención primaria en salud y/o agentes comunitarios.

I. Aspectos generales e introductorios.

- ◆ Los desastres naturales y otras emergencias complejas. Sus efectos sociales, económicos y en la salud humana.
- ◆ Etapas de una emergencia. Su descripción.
- ◆ Conflictos armados y poblaciones desplazadas.
- ◆ Papel de la comunidad y agentes comunitarios.
- ◆ Liderazgos.
- ◆ Relaciones humanas y resolución de conflictos.

II. Salud mental.

- ◆ Diagnóstico situacional.
- ◆ Factores de riesgo y protectores.
- ◆ Acciones de promoción de la salud mental y prevención de trastornos.
- ◆ Identificación y abordaje de los principales problemas psicosociales.
- ◆ Violencia y alcoholismo.
- ◆ Identificación y atención a los problemas específicos de la niñez y juventud.
- ◆ Intervención en crisis. Técnicas de primera ayuda psicológica.
- ◆ Consejería y orientación a la población. Procedimientos simples de ayuda psicosocial.

III. Aspectos específicos.

- ◆ Comunicación social: estrategias, pautas para la elaboración y difusión de mensajes, comunicación cara a cara y de base comunitaria.
- ◆ Atención a poblaciones albergadas, refugiadas y desplazadas.
- ◆ Grupos de autoayuda y organización comunitaria.

4.7 Sostenibilidad y continuidad de las acciones

Para que las intervenciones sean sostenibles en el tiempo es indispensable partir de la necesidad real y sentida que surja de la población afectada y no de un paquete prediseñado por agentes ajenos a la comunidad.

La continuidad de los proyectos se ve afectada, en algunas ocasiones, por la ausencia de indicadores de salud mental que permitan realizar una evaluación de efectividad e impacto de la intervención. Estos indicadores deberían ser cuantitativos y cualitativos, por medio de registros continuos, sitios centinelas e investigaciones puntuales. Es recomendable una convergencia sistemática de los diferentes actores en espacios de análisis situacional integral de la emergencia.

La capacitación se convierte en una estrategia de primer orden, de mediano y largo plazo, para el sostenimiento de las acciones. Es fundamental identificar y seleccionar personal permanente (especializado y no especializado) que tenga un compromiso real con la comunidad y que garantice la multiplicación. La capacitación debe ser pertinente, sistemática y que implique el acompañamiento de los agentes comunitarios.

De igual manera, se considera que dentro de los factores que favorecen la continuidad y sostenibilidad de los planes están la organización, el fortalecimiento y empoderamiento comunitario.

El sostenimiento de las acciones debe verse desde varios puntos de vista: comunidad beneficiada, organizaciones de ayuda, fuentes de financiamiento y estructura del Estado; se debe considerar que quienes permanecerán en el terreno a largo plazo son las organizaciones locales y las instituciones del Estado.

Por esta razón, es necesario garantizar la sostenibilidad mediante la institucionalización de las acciones dentro de los planes del sector salud. Si el país dispone de un programa de salud mental sólido y con visión comunitaria, será una excelente plataforma para avanzar o proyectar tareas de mediano y largo plazo que den continuidad a las acciones de la emergencia.

4.8 Breves consideraciones sobre la etapa de recuperación psicosocial

La fase de recuperación se inicia, aproximadamente, 30 días después de un desastre natural. Es decir, una vez concluido el periodo post-crítico en donde se desarrollaron las labores de rescate y salvamento y en la cual todavía predominaba el impacto y aturdimiento propio de la catástrofe.

En situaciones de conflictos armados y poblaciones desplazadas, la delimitación -como se explicó anteriormente- no es tan clara. La recuperación psicosocial se produce en paralelo con las acciones más emergentes que se van desarrollando en los desplazamientos o acciones bélicas. En ocasiones, una comunidad que atravesó por sucesos traumáticos (un desplazamiento, masacres, muertes o amenazas, etc.) y que aparentemente esta en recuperación, es afectada por un nuevo hecho como consecuencia de la dinámica de la guerra que continúa.

En la práctica, la recuperación se desarrolla en paralelo con las acciones de salud mental que se despliegan desde el primer momento, las cuales deben tener un sentido integral que abarque la atención, pero simultáneamente la promoción de salud y la rehabilitación.

Si bien en la etapa inmediata al desastre o evento traumático existe, por lo general, mucho de confusión y desorganización, posteriormente puede haber un mayor nivel de planificación y un accionar más organizado.

En los desastres naturales se debe realizar una re-evaluación de la situación existente 30 días después del mismo, para determinar las acciones y prioridades en el periodo de recuperación. Precisar, especialmente, albergues que permanecen, comunidades de reasentados y territorios con más afectaciones.

Por lo general, en la etapa de recuperación, aparecen nuevos factores de riesgo. A lo que se añaden las debilidades institucionales y sociales existentes, pueden citarse:

- ◆ Pobreza, desempleo, subempleo y reducción de ingresos económicos a la familia.
- ◆ Carencia de alojamiento por destrucción de viviendas y reasentamientos precarios.

- ◆ Incomunicación de las comunidades.
- ◆ Uso limitado o inexistencia de prácticas de conservación del medio ambiente.
- ◆ Limitada información relacionada con la emergencia.
- ◆ Debilidades y/o limitada capacidad institucional para afrontar la situación.
- ◆ Interrupción de clases en las escuelas.
- ◆ Incremento del trabajo infantil.
- ◆ Incremento de la morbilidad, con potencial permanente de enfermedades epidémicas y desnutrición.
- ◆ Incremento de la violencia intrafamiliar y del alcoholismo.

A continuación describimos algunos aspectos específicos de lo que ocurre en la fase de recuperación:

- ◆ En este momento se produce un conocimiento y evaluación más detallada de la situación, en especial de las pérdidas. Al inicio de este periodo se mantienen como no resueltos muchos problemas, tal vez la mayoría.
- ◆ Uno de los problemas más importantes que se enfrentará es la población que permanece albergada o refugiada, y aquellos grupos que han sido desplazados, reubicados y reasentados.
- ◆ Se resalta en especial las conductas agresivas contra autoridades e instituciones y los actos de rebeldía y/o de delincuencia.
- ◆ Debe tenerse en cuenta los liderazgos positivos o negativos que surgen en los grupos, especialmente de albergados o refugiados.
- ◆ Se debe esperar un incremento de la morbilidad, incluyendo los trastornos psíquicos, como estrés postraumático, depresión, ansiedad, consumo excesivo de alcohol, combinación de los anteriores o trastornos previos que se exacerban. Aunque debe destacarse, como se señalaba anteriormente, que no todos los problemas psicosociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades.

¿Qué se hace?:

En sentido general, se continúan y se consolidan las medidas de la fase de emergencia crítica. En función de la estructura social, los individuos y el grado de pérdidas se inicia el proceso lento y progresivo de la recuperación. La primera y principal medida de recuperación psicosocial es la rápida reincorporación de la población a sus actividades cotidianas y de los niños a la escuela.

Se pueden resumir las acciones operativas más generales en los siguientes aspectos:

- ◆ Fortalecer la organización comunitaria y enfatizar en la autoresponsabilidad. Es necesario reestructurar la dinámica comunitaria y evaluar los liderazgos, favoreciendo la participación de la gente en la toma de decisiones.
- ◆ Transmitir organización, seguridad, autoridad, moral y ánimo, recuperando la confianza en la mayoría a corto y mediano plazo. Fortalecer la iniciativa, autoestima y enfrentar un proyecto de vida.
- ◆ Favorecer el reinicio de las rutinas y apoyo al sentido de "normalidad".
- ◆ Información adecuada y sistemática.

- ◆ Asesoría permanente mediante programación de visitas a los territorios afectados.
- ◆ Mantener coordinación entre las instituciones que laboran en la recuperación psicosocial. En especial, establecer los mecanismos de cooperación para los primeros seis meses.
- ◆ Continuar movilizando los recursos especializados disponibles, en especial en el interior del país, y lograr que participen activamente en la recuperación psicosocial. Fortalecer la red de atención en salud mental, de base comunitaria, para tratar de dar cobertura a la mayor parte del territorio nacional.
- ◆ Atención a casos específicos y apoyo a familias en procesos de duelo prolongado.
- ◆ Identificar individuos, familias o grupos en riesgo para ofrecerle una atención diferenciada.
- ◆ Establecer claramente el sistema de referencia y contra-referencia de casos.
- ◆ Fortalecimiento de los grupos de apoyo mutuo.
- ◆ Evitar la separación de las familias y en especial de los niños, así como no segregar o separar a las personas con problemas psíquicos.
- ◆ Continuar desarrollando las tareas de educación para la salud y capacitación.
- ◆ Deben controlarse los actos violentos y la desorganización social, para evitar su propagación.
- ◆ Evaluar cuidadosamente los procesos de traslados y reasentamientos de la población. Para aquellos que se resisten a dejar sus casas y lugares de residencia, especialmente en las zonas rurales, es recomendable, salvo riesgo de vida inminente, no forzar su traslado. En ocasiones, los albergues responden más a las necesidades organizacionales de las instituciones que a las necesidades reales de los propios damnificados. En estas situaciones, deben favorecerse acciones de diálogo, negociación y búsqueda de alternativas, promoviéndose el apoyo a cada familia en su propia parcela de tierra.
- ◆ Atender de manera sistemática a las personas albergadas durante periodos prolongados y las comunidades reasentadas.
- ◆ Favorecer el desarrollo de proyectos productivos que fomentan la actividad ocupacional socialmente útil, ofrecen soluciones a las necesidades económicas y de subsistencia de la gente, así como estimulan la solidaridad y cooperación.
- ◆ Analizar y controlar el impacto de la ayuda humanitaria durante la emergencia. Evaluación de las expectativas y su grado de cumplimiento.
- ◆ Evaluar factores ligados al comportamiento colectivo (en especial el miedo y los rumores), así como los mecanismos de afrontamiento colectivo e individual y el proceso de asimilación del evento traumático (cohesión, conflictos, fatalismo, afrontamiento instrumental, etc.).
- ◆ Adaptación de las acciones al contexto cultural.

Reiteramos el principio de que la atención psicosocial comienza con la ayuda material organizada y el apoyo social que reciben los damnificados. Son decisivas las medidas económicas y sociales en diferentes escalas para asegurar una definitiva y total recuperación. La sostenibilidad se logra en la medida que las acciones desarrolladas durante la emergencia se introducen (en la fase de recuperación) dentro de los planes de las instituciones y estructuras propias del país.

Los proyectos productivos como una estrategia de recuperación psicosocial

El concepto de proyecto productivo se diferencia del de terapia ocupacional. Las actividades productivas generan autonomía, así como opciones de retorno, reubicación o de asentamiento; fundamentalmente, conducen a la recuperación psicosocial de las personas y la estabilización social. La organización comunitaria se articula con las actividades productivas y éstas, a su vez, fortalecen la estructura social existente.

No sólo tienen una función económica, también fortalecen la capacidad creativa y asociativa de las personas involucradas, así como establecen un entramado de relaciones con el entorno inmediato.

En los desplazamientos poblacionales es frecuente que se produzcan tensiones y conflictos, especialmente con las comunidades receptoras. Cuando se compite por recursos escasos, la tensión puede llegar a niveles muy altos. En estos casos es necesario hacer sostenible la hospitalidad reforzando las acciones para que las comunidades receptoras no se agoten, una manera es facilitando el despegue de la vida económica.

La estrategia incluye el acompañamiento psicosocial en torno al proyecto productivo. De tal manera se responde a muchas manifestaciones psicosociales que presentan las personas desplazadas:

- ◆ Dificultades en el comportamiento (depresión, miedo, angustia).
- ◆ Deterioro de la autoestima, autonomía, iniciativa, etc.
- ◆ Problemas para proyectarse al futuro.
- ◆ Dificultades para interactuar con los otros.

Los proyectos productivos permiten:

- ◆ Responder a las necesidades alimenticias y económicas.
- ◆ Reposicionamiento del sujeto dentro de una actividad laboral, que le devuelve su capacidad de hacer y le permite resignificar las circunstancias.
- ◆ Ofrecer ayuda humanitaria sin generar dependencia ni asistencialismo.
- ◆ Trabajar los sentimientos generados por el desplazamiento sin un revestimiento clínico, sino más bien desde una actividad común para ellos.
- ◆ Mejorar la percepción de las comunidades receptoras otorgándoles a las personas en situación de desplazamiento una condición productiva frente a su estigmatización.
- ◆ Fomentar bases para la identificación y desarrollo de actividades futuras.
- ◆ Generar opciones para la reconstrucción del tejido social.
- ◆ Contribuir a la estabilidad emocional del sujeto, a partir de un espacio que posibilita el desarrollo de herramientas personales y brinda condiciones de dignidad, recuperación de la autoestima y perspectivas de futuro.

En lo operativo, se diseña un esquema participativo grupal y en casos especiales se realiza atención individualizada. El grupo facilita la resolución de conflictos, toma acuerdos y concerta decisiones, así mismo comparten experiencias y sentimientos, crean lazos de solidaridad que facilitan asumir las situaciones vividas y las nuevas condiciones.

A través de la actividad productiva se trabajan los miedos y secuelas. El acompañamiento en el trabajo se refuerza con actividades específicas como talleres de reflexión, conversatorios o actividades recreativas. Por otro lado, se atienden las necesidades psicoafectivas de la población más vulnerable.

Proyectos de ayuda humanitaria a población desplazada por la violencia en Colombia.

(Experiencia en Buenaventura) (20).

En Buenaventura, Valle del Cauca, Colombia se convocó a 120 familias alrededor de una actividad económica que es la cría de pollos de engorde, gallinas ponedoras, peces y cerdos. Las personas se organizaron en cinco grupos; cuatro, conformados por 28 personas y uno, por ocho personas. Este último, estaba constituido por ancianos que no podían realizar trabajos físicos y que eran solidariamente apoyados por todos sus compañeros al permitirles participar de las ganancias del proyecto.

Cada grupo eligió un coordinador y repartió diferentes funciones entre sus miembros. En sus turnos se reunían para programar y luego evaluar el trabajo realizado; durante esos encuentros se acompañaba al grupo para la identificación y resolución de las diferentes situaciones como incumplimientos, chismes, problemas, desánimo del grupo, etc.

Los coordinadores de cada grupo conformaron un comité operativo que se reunía semanalmente. Mensualmente, se convocaba la asamblea general, en la cual se socializaban las dificultades presentadas y buscaban opciones de solución.

El reparto de la producción (huevos, pollos, gallinas, peces y cerdos) y utilidades, así como la comercialización se acordó de forma concertada: autoconsumo, ventas, fondo de ahorro y reinversiones para aumentar la producción.

Finalizada la intervención, cuatro de los grupos continuaron con un menor número de familias actividades agropecuarias en espacios gestionados por ellos mismos. Las demás familias prefirieron iniciar proyectos unifamiliares o microgrupales en diferentes actividades, que aún continúan con más o menos éxito en un 68% de los casos.

Algunos de los resultados obtenidos:

- ◆ Al iniciar la intervención, las personas mostraban una actitud pasiva; al finalizar el proceso, la mayoría tenían un nivel de participación y decisión alta.
- ◆ Se disminuyeron los niveles de angustia, al resolverse, en parte, las necesidades de alimentación y recuperarse la condición productiva. La obtención de rendimientos supone un incentivo fundamental y esto lo diferencia de una terapia ocupacional.
- ◆ Con la búsqueda de soluciones a los problemas del proyecto, se promovió el desarrollo de los recursos individuales. El trabajo les exigió coordinarse con sus compañeros, compartir y resolver problemas juntos.
- ◆ Se pudo trabajar las pérdidas y las limitaciones desde la posibilidad real de poder hacer algo nuevo y construir para sí mismos.

* Proyectos financiados por la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea –ECHO- y ejecutados por la Fundación Española para la Cooperación Solidaridad Internacional.

- ◆ Se pudo observar en los participantes una mejoría en la autoestima, autonomía, capacidad de expresión, seguridad, iniciativa, vínculos de solidaridad, empoderamiento personal y sobre todo se dejaron bases para la construcción de un futuro que pudiese partir de sus propias posibilidades.

En una evaluación general de los resultados finales podemos señalar que del mismo modo que las actividades productivas (por la dimensión de la inversión) no solucionaron completamente el problema de ingresos familiares, tampoco en el plano psicosocial se resuelven todas las circunstancias adversas que la población desplazada enfrenta. Sin embargo, la atención psicosocial integrada a un proyecto productivo facilita que el sujeto resignifique el hecho violento y contribuye a que adquiera herramientas para superar las dificultades.



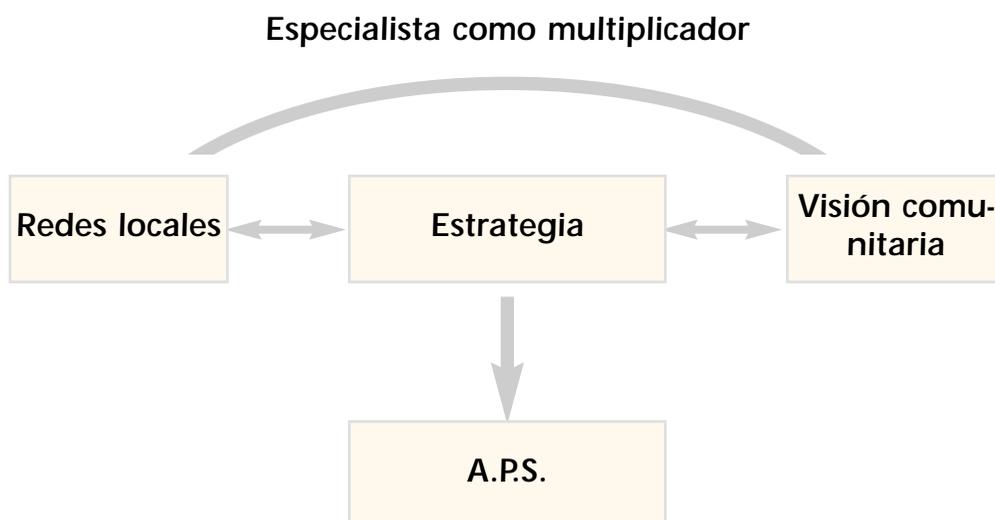
CONCLUSIÓN:

Principales desafíos y retos en la atención de salud mental

Las condiciones culturales y socioeconómicas de nuestros países de América Latina y el Caribe no permiten que se repliquen los modelos de naciones desarrolladas. No hay psiquiatras u otros profesionales de la salud mental suficientemente entrenados para atender el número de individuos supuestamente afectados en situaciones de emergencia; por otro lado, no parece conveniente ni necesario que la mayoría de los problemas de salud mental reciban una atención medicalizada. Por esto, resulta estratégico el concepto de transferencia de tecnología, lo que permitirá que el especialista actúe como multiplicador.

Un reto que se impone a los países es la desconcentración, en periodos de normalidad, de los recursos hacia la atención primaria en salud (APS). Para esto es necesario desarrollar programas de formación de este personal con una visión comunitaria. Un riesgo frecuente es que los servicios especializados se trasladan al nivel comunitario de forma vertical sin relación alguna con la red de APS, es necesario remarcar la necesidad de la integración horizontal.

Desafíos y retos en la atención de salud mental



La participación e integración de la medicina tradicional en la oferta de servicios de salud mental ha sido limitada. Si bien se realizan esfuerzos localizados, estos requieren de difusión y en algunos casos de una adecuada validación.

En América Latina, por lo general, nos encontramos con una estructura de los servicios de salud mental que no se corresponde con las necesidades. Se dispone de hospitales psiquiátricos que funcionan con un modelo tradicional o manicomial, ubicado en la capital o grandes ciudades y que concentran una buena parte de los recursos humanos. La participación de la APS en la oferta de servicios de salud mental y la disponibilidad de recursos especializados en este nivel es muy limitada.

Como respuesta a esta problemática, desde 1990, la OPS apoyó la "Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica", a la cual se han sumado la casi totalidad de países de la Región. La Declaración de Caracas (1990) enfatiza que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

Recomendaciones finales:

- ◆ Los gobiernos y la sociedad civil deben colocar en un lugar prioritario el tema de las consecuencias psicosociales de los desastres naturales, conflictos armados y otras emergencias.
- ◆ Evitar una "psicologización" de la ayuda o una medicalización del sufrimiento.
- ◆ Desarrollar un modelo de atención comunitaria en salud mental.
- ◆ Desarrollar el trabajo de prevención, estimular los recursos autóctonos y reconstruir las redes sociales. Se debe enfatizar en la eliminación o reducción de condicionantes y elementos estresores, a la vez que se estimulan los factores protectores y de apoyo.
- ◆ Actuar sobre el comportamiento colectivo y lograr una comprensión adecuada de la relación entre salud mental y derechos humanos.
- ◆ Compromiso para el acompañamiento de la gente, sistemático y desde una perspectiva humanitaria.
- ◆ Lograr que lo psicosocial se convierta en un eje transversal que impregne todas las actuaciones en la situación de emergencia.
- ◆ Fortalecer los procesos de coordinación multisectorial e interinstitucional.
- ◆ Apoyar los procesos de formación y recalificación del personal.
- ◆ Desafíos éticos.
- ◆ Promover la difusión de información y el intercambio de las experiencias y lecciones aprendidas.

El camino está abierto y el tema de la salud mental en situaciones de emergencia ya aparece en las agendas de los gobiernos y la sociedad civil.

ANEXO

PROPUESTA DE UN ESQUEMA PARA UN PLAN DE ATENCION EN SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRES

I. Introducción

Caracterización general del país.

Antecedentes y riesgos de desastres naturales.

Otras emergencias que potencialmente puedan enfrentarse.

Estado de salud mental de la población y efectos de los eventos traumáticos más frecuentes.

Experiencias adquiridas en el país en el campo de la salud mental y en actuaciones en situaciones de emergencia.

II. Marco teórico conceptual

Conceptos de gestión de riesgo.

Modelo de servicios comunitarios en salud mental.

Impacto de los desastres naturales en la salud mental de la población.

La violencia y sus efectos psicosociales.

Terrorismo.

Vulnerabilidad psicosocial y grupos de riesgo.

Poblaciones desplazadas, albergadas y refugiadas.

El papel de la familia y las redes de soporte social.

Los principales actores.

Papel del personal de salud no especializado, agentes comunitarios, socorristas, rescatistas y personal de ayuda humanitaria.

III. Bases legales y fundamentos del Plan

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma Ata /1978.

Declaración de Caracas /1991.

Resoluciones del Consejo Directivo de la OPS/OMS sobre Salud Mental, de 1997 y 2001.

Derecho Internacional Humanitario/Comité Internacional de la Cruz Roja.

Declaración Universal de los Derechos del Niño.

Política Nacional de Salud.

Política Sectorial y/o Programa Nacional de Salud Mental.

Plan Nacional de Salud en Situaciones de Emergencias y Desastres.

Plan Estatal Nacional de Actuación en Emergencias y Desastres.

Instrumentos de políticas.

IV. Objetivos

Objetivo general:

Reducir el riesgo psicosocial de la población e introducir el componente salud mental en la atención sanitaria en situaciones de desastres y otras emergencias.

Objetivos específicos:

1. Eliminar o disminuir la probabilidad de sufrir daños psicosociales en una situación de emergencia.
2. Evitar y/o reducir el miedo y la aflicción en la población.
3. Contribuir a prevenir y controlar la problemática social que se genera en la población, en especial en los más afectados, albergados y desplazados.
4. Reducir, atender y rehabilitar los trastornos psíquicos que se presenten como consecuencia directa o indirecta del desastre o emergencia.

V. Líneas de acción y tareas específicas

1. Diagnóstico preliminar rápido.

Evaluación general y sociodemográfica de la comunidad:

- ◆ Caracterización general del territorio (extensión, principales poblados o aldeas, vías de comunicación, economía, niveles de pobreza existentes, etc.)
- ◆ Descripción demográfica de la población.
- ◆ Identificación de los principales características socio culturales de la comunidad.
- ◆ Identificación de organización y redes de soporte social.

Identificar necesidades y problemas de la población afectada y/o en riesgo:

- ◆ Necesidades físicas y alimentarias.
- ◆ Amenazas predominantes.
- ◆ Vulnerabilidades.
- ◆ Conflictos sociales.

Evaluación del sistema de salud:

- ◆ Instituciones y recursos en el sector salud. Niveles de cobertura y accesibilidad a los servicios.
- ◆ Actualización del inventario de recursos especializados que puedan ser movilizados en forma inmediata y oportuna.
- ◆ Identificación de planes de contingencia existentes y/o en ejecución.

Establecimiento de prioridades y grupos metas para la actuación inmediata.

2. Atención psicosocial por personal no especializado (trabajadores de la atención primaria en salud, promotores comunitarios, maestros, socorristas, personal voluntario y de ayuda humanitaria).

- ◆ Identificación de los recursos disponibles y su utilización.

- ◆ Evaluación de los conocimientos y técnicas empleadas.
- ◆ Organización y supervisión del trabajo del personal no especializado.
- ◆ Implementación de planes emergentes de entrenamiento in situ, y en paralelo con las intervenciones.

3. Atención clínica especializada directa a casos con trastornos psíquicos más complejos.

- ◆ Organización de los servicios y definiciones de sus acciones en los siguientes niveles:
 - Hospital psiquiátrico o servicio de psiquiatría en hospital general.
 - Servicios de salud mental de la atención primaria en salud.
 - Equipos especializados de tipo móvil o ubicados transitoriamente en lugares seleccionados.
 - Otras unidades o servicios de salud mental en diferentes instituciones (ONGs. y OG)
- ◆ Establecimiento o actualización de los mecanismos de referencia y contrareferencia.

4. Atención priorizada a grupos de riesgo de alta vulnerabilidad.

- ◆ Identificación de grupos de alta vulnerabilidad en el territorio en cuestión.
- ◆ Atención a mujeres y ancianos.
- ◆ Atención a niños(as) y adolescentes.
- ◆ Atención a albergados, desplazados y/o refugiados.
- ◆ Atención a equipos de primera respuesta

5. Capacitación y transferencia de tecnología.

- ◆ Plan de capacitación para la actuación en situación de emergencia previsto en condiciones de normalidad y acciones emergentes de entrenamiento ante la catástrofe.
- ◆ Capacitación a trabajadores de atención primaria.
- ◆ Capacitación al personal de albergues y refugios, voluntarios, socorristas y personal de ayuda humanitaria.
- ◆ Capacitación a maestros.
- ◆ Continuidad y seguimiento del proceso.

6. Promoción y educación de la salud.

- ◆ Plan de educación para la salud en situación de emergencia previsto en condiciones de normalidad y acciones emergentes ante la catástrofe.
- ◆ Promoción y educación en albergues y con personal evacuado.
- ◆ Promoción y educación con familias altamente damnificadas.
- ◆ Promoción y educación priorizada con niños y adolescentes.
- ◆ Promoción y educación para los equipos de primera respuesta.

7. Organización comunitaria, participación social y auto responsabilidad.

- ◆ Identificación de organizaciones y líderes comunitarios.
- ◆ Motivación y organización de la población para la autoayuda y ayuda mutua.
- ◆ Participación de la población en la planificación y ejecución de las acciones en situaciones de emergencia.

8. Comunicación social.

- ◆ Integración de un sistema coherente de comunicación social.
- ◆ Diseño de mensajes a la población, a los diferentes niveles.
- ◆ Neutralización y manejo del rumor.

9. Coordinación intersectorial.

- ◆ Identificación y fortalecimiento de las organizaciones e instituciones que actúan de forma directa e indirecta en el campo de lo psicosocial.
- ◆ Definición y fortalecimiento de los mecanismos de cooperación y establecimiento de redes a los diferentes niveles.

10. Coherencia de las acciones de salud mental con el plan de emergencia del sector y del estado.

- ◆ Inclusión de aspectos de salud mental en el plan de emergencias del sector salud.
- ◆ Inclusión de aspectos de emergencias en el programa de salud mental.
- ◆ Participación del equipo o profesional de salud mental en las instancias coordinadoras del sector salud en situación de emergencia.

Recomendaciones:

- ◆ Evaluar disponibilidades financieras y de recursos, de manera que las metas y propósitos se hagan sobre bases realistas y objetivas.
- ◆ Definir responsable(es) de ejecución por cada actividad.
- ◆ Definición clara de las alianzas y las tareas de cooperación.
- ◆ El plan debe ser flexible y adecuarse a las condiciones locales.

VI. Cronograma

Delimitación, en el Plan, de las acciones según los tiempos o etapas de la situación de emergencia:

- ◆ Preparación.
- ◆ Período crítico o de la emergencia propiamente dicha.
- ◆ Período post-crítico.
- ◆ Recuperación psicosocial, que se vincula con los planes regulares.

VII. Organización y estructura del Plan

Debe estar en consonancia con la organización del programa de salud mental del sector salud o de la instancia correspondiente. Así mismo, establecer lo relacionado con la continuidad y sostenibilidad de las acciones en coherencia con los planes que funcionan de manera regular en el país o región en cuestión.

VIII. Control y evaluación

- ◆ Establecer un sistema de información para evaluar el proceso en desarrollo.
- ◆ Indicadores mínimos para la evaluación.
- ◆ Mecanismos claros de seguimiento y supervisión.



BIBLIOGRAFÍA

1. ACNUR y Red de Solidaridad Social. **Ley 387 sobre la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia.** Publicación conjunta. Bogotá, Colombia, 1997.
2. ACNUR y Defensoría del Pueblo. **Principios rectores de los desplazamientos internos.** Publicación conjunta. Bogotá, Colombia, 1999.
3. ACNUR, Pastoral Social, CISP y ECHO. **El desplazamiento por la violencia en Colombia.** Publicación conjunta. Bogotá, Colombia, 2000.
4. ACNUR y OCHA. **Estado de situación del desplazamiento.** Editado por el Grupo Temático de Desplazamiento (GTD). Bogotá, Colombia, 2001.
5. Arroyabe, D. **Atención y recuperación en salud mental en poblaciones desplazadas.** Experiencia del CISP en Colombia. Trabajo presentado en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
6. Beristain, C. **Atención psicosocial.** Trabajo presentado en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
7. Beristain, C., M. **Apoyo psicosocial en catástrofes colectivas.** Editado por la Asociación Venezolana de Psicología Social. AVEPSO. Caracas, 2000.
8. Chávez, H. **atención primaria de la salud mental para poblaciones expuestas a desastres.** Editado por el Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador. 1999.
9. Cohen, H. **Intervención en crisis en situaciones de desastres naturales. Experiencias del terremoto de El Salvador.** Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Julio, 2001. Guatemala.
10. Cohen, R. **Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores.** Editorial El Manual Moderno/OPS. México, DF. 1999.
11. Cohen, R. **Salud Mental para víctimas de desastres. Guía para Instructores.** Editorial El Manual Moderno/OPS. México, DF, 1999
12. Colectivo de autores. CIE-10. **Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en la atención primaria.** Editado por la OMS (EDITOR). Madrid, España, 1996.
13. Desjarlais, R. y cols. **Salud mental en el mundo.** Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1997.
14. Everly, G. **Innovation in Disaster and Trauma Psychology.** Chevron, 1995.
15. Everly, G., Mitchell, J. **Critical Incident Stress Management.** Chevron, 1999.
16. Fernández, L. **Atención en salud mental: una perspectiva de las fuerzas armadas.** Trabajo presentado en el Taller latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Guatemala, Julio, 2001.

17. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". **Salud mental en el frente de desastres (Módulo de capacitación para agentes comunitarios)**. Lima, Perú, 2000.
18. Jarero, I. **Primeros auxilios emocionales**. Editado por la Asociación Mexicana para la Ayuda Mental en Crisis. México, 1998.
19. Kohn, R., Levav, I. y cols. **El huracán Mitch y la salud mental de la población adulta: Un estudio en Tegucigalpa, Honduras**. Pendiente de publicación.
20. Martín, I., Salazar, S. **La experiencia de proyectos productivos como una estrategia de recuperación psicosocial**. Ponencia presentada en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
21. Millán, H. **Violencia sociopolítica y sus efectos psicosociales**. Trabajo presentado en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. **Normas de atención en salud mental y manual de referencia para la aplicación de las normas**. Editado por el MSPAS y la OPS. Guatemala, 1999.
23. Miranda, C. Salud mental y desastres. **Trabajo presentado en el Taller latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres**. Guatemala, Julio, 2001.
24. Miranda, C., Rodríguez, J., de la Torre, A. **Salud mental y emergencias complejas**. Ponencia presentada en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
25. Mitchell, J., Everly, G. **Critical Incident Stress Debriefing**. Chevron, 1997.
26. Naciones Unidas, Asamblea General. **Promoción y protección de los derechos del niño**. Repercusiones de los conflictos armados sobre los niños (Informe de la Sra. Graca Machel) (A/51/306). New York, 1996.
27. Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**. Editado por la OMS. Ginebra, 2001.
28. Organización Panamericana de la Salud, ECHO, ONGs. **Lineamientos básicos para la atención psicosocial a poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto armado en Colombia**. Documento de trabajo preparado de manera conjunta. Bogotá, Colombia, 2001.
29. Organización Panamericana de la Salud. **Cartilla básica para la atención en salud de la población en condiciones de desplazamiento**. OPS/OMS: Bogotá, Colombia, 2001.
30. Organización Panamericana de la Salud. **Pautas generales para el desarrollo y diseño de estrategias en salud ante desplazamientos masivos**. OPS/OMS: Bogotá, Colombia, 2001.
31. Organización Panamericana de la Salud. **Asistencia humanitaria en casos de desastres. Guía para proveer ayuda eficaz**. OPS/OMS: Washington, 1999.
32. Poncelet, J. L. **Los desastres naturales desde la perspectiva del sector salud**. Trabajo presentado en el Taller latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Guatemala, Julio, 2001.

33. Prewitt, J. Atención psicosocial. **Experiencias de la Cruz Roja Americana**. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Guatemala, Julio, 2001.
34. Prewitt, J. **Primeros auxilios psicológicos**. Editado por la Cruz Roja Americana, Delegación Regional de Centroamérica. Guatemala, 2001.
35. Prewitt, J., Saballos, M. **Salud psicosocial en un desastre complejo: el efecto del huracán Mitch en Nicaragua**. Editado por la Cruz Roja Americana, Delegación Regional de Centroamérica. Guatemala, 2000.
36. Prewitt, J. **Intervención en crisis. Proyecto de iniciativa de mitigación para Centroamérica**. Producido por IMCA/CAMI/Cruz Roja Americana. Guatemala, 2001 (Cortesía del Dr. J. Prewitt).
37. Quiros, N., Romero, C. **Experiencias de UNICEF en la recuperación psicoafectiva de los niños en situaciones de emergencia**. Compilación de los trabajos presentados en los Talleres sobre atención en salud mental en casos de desastres y emergencias. Guatemala, julio, 2001 y Bogotá, noviembre, 2001.
38. Rodríguez, J. **Principios básicos y organizativos de la atención en salud mental en situaciones de desastres**. Trabajo presentado en el Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Guatemala, julio, 2001.
39. Rodríguez, J. **Psicoterapia, una relación de ayuda**. Editado por EMPRETEC. Guatemala, 1999.
40. Rodríguez, J. y cols. **Recuperación psicosocial mediante expresiones dinámico creativas**. Módulo para trabajar con niños en edad escolar. Editado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Guatemala, 1999.
41. Rodríguez, J., Bergonzoli, G., Levav, I. **Violencia política y salud mental en Guatemala**. Inédito. Guatemala, 2001.
42. Rodríguez, J., Ruiz, P. **Recuperando la esperanza**. Editado por la OPS/OMS en Guatemala. Guatemala, 2001.
43. Saenz, L, Campos, A., Salas, J.M. **Desastres y salud mental. Una propuesta de evaluación e intervención en el ámbito comunitario**. Universidad de Costa Rica Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología. San José, Costa Rica, 2001.
44. Salazar, S. **Guía para la comunicación social y la prevención en desastres**. Editado por el DIRDN, Naciones Unidas. San José, Costa Rica, 1998.
45. Stein, E. **La experiencia de la Guerra de la Malvinas. Su impacto psicosocial en los veteranos de las Fuerzas Armadas Argentinas**. Trabajo presentado en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
46. Stein, E. **El grupo operativo como instrumento de abordaje psicosocial en emergencias complejas**. Trabajo enviado al Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.
47. Valero, S. **Psicología en emergencias y desastres. Una nueva especialidad**. Versión enviada al Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Julio, 2001, Guatemala.
48. Valero, S. **Intervención psicológica en emergencias y desastres. Manual para el Psicólogo emergencista**. Versión enviada al Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Julio, 2001, Guatemala.

49. Valero, S. **Ayudando a ayudar. Manual para el cuidado de la salud mental de los equipos de primera respuesta.** Versión enviada al Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Julio, 2001, Guatemala.
50. Valero, S. **El manejo psicológico del duelo en situaciones de emergencia y desastres. Guía para el Psicólogo emergencista.** Versión enviada al Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Julio, 2001, Guatemala.
51. Valero, S. **Técnicas psicológicas para el manejo de incidentes críticos en estrés.** Versión enviada al Taller Latinoamericano sobre atención en salud mental en casos de desastres. Julio, 2001, Guatemala.
52. Varios autores. **Consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia latinoamericana.** Serie de Monografías Clínicas No.2 Editado por el Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental Simón Bolívar, 1989.
53. Zaccarelli, M. **Poblaciones afectadas en situaciones de emergencias complejas, desde la perspectiva del sector salud.** Ponencia presentada en el Taller sobre la atención en salud mental en situaciones de emergencias complejas. Noviembre, 2001, Bogotá, Colombia.



**Programa de Preparativos para Emergencias y
Coordinación del Socorro en Casos de Desastres
Organización Panamericana de la Salud,
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud**



En 1976, la OPS crea este programa en respuesta a la solicitud planteada por los Países Miembros de establecer una unidad técnica para ayudar al sector salud a reforzar las actividades de preparativos, respuesta y mitigación para desastres.

Desde esa fecha su objetivo principal ha sido apoyar al sector salud con el fortalecimiento de los programas nacionales para la reducción de desastres, y su interacción con todos los sectores involucrados en la misma. En tres áreas principales se ha canalizado este apoyo:

En la parte de **preparativos**, además de la promoción constante para fortalecer estos programas en los ministerios de salud, las acciones de capacitación (a través de cientos de cursos y talleres) y la elaboración y distribución de materiales de capacitación (libros, diapositivas y videos) son actividades regulares del programa.

La parte de **mitigación** tiene también una relevancia especial, por cuanto invertir en preparación puede ser inútil, si cuando ocurre el desastre, el hospital o el centro de salud colapsan, justo en el momento de mayor necesidad. La OPS promueve y apoya su inclusión en los programas nacionales de reducción de desastres.

En la **respuesta** a los desastres, la OPS trabaja con los países afectados para: identificar y evaluar las necesidades y los daños, llevar a cabo la vigilancia epidemiológica y control del agua potable, movilizar asistencia internacional y manejar los suministros humanitarios. La OPS ha establecido el Fondo Voluntario de Asistencia para Emergencias, que pretende recaudar dinero para apoyar las actividades post-desastre.

El Programa cuenta además con varios proyectos técnicos especiales: Mitigación de Desastres en Hospitales y Sistemas de Agua Potable, Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (SUMA), El uso de Internet para Desastres y Emergencias, y El Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID) .

**Oficinas del Programa de Preparativos para Desastres
(información actualizada en junio de 2002)**

Sede Central

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, EUA
Tel: (202) 974-3434; Fax: (202) 775-4578
disaster@paho.org

Sudamérica

Apartado Postal 17-07-8982
Quito, Ecuador
Tel. (593-2) 246-0277 Fax (593-2) 225-6174
pedecu@ecu.ops-oms.org

Centroamérica

Apartado Postal 3745
San José 1000, Costa Rica
Tel: (506) 224-8692; Fax (506) 224-7758
pedcor@sol.racsa.co.cr

El Caribe

P.O.Box 508
Bridgetown, Barbados
Tel. (246) 436-6448; Fax (246) 436-6447
donaldsb@cpc.paho.org

Visite la página web: www.paho.org/desastres/



Centro Regional de Información sobre Desastres para América Latina y el Caribe

El manejo de los desastres es sobre todo manejo de información, y el objetivo del CRID es contribuir a que los países de América Latina y el Caribe tengan el mejor acceso posible a las fuentes y recursos de información sobre desastres, ayudando a sus usuarios a tomar las decisiones más adecuadas para la gestión y reducción de los efectos de los mismos.

El CRID cuenta con el soporte de seis organizaciones y agencias¹, y sus objetivos concretos son:

- Mejorar la recopilación, procesamiento y disseminación de información sobre desastres.
- Fortalecer las capacidades locales y nacionales para el establecimiento y mantenimiento de centros de información sobre desastres.
- Promover el uso de tecnologías de información.
- Apoyar el desarrollo del Sistema Regional de Información sobre Desastres.

El CRID presta los siguientes servicios:

- Búsquedas bibliográficas por Internet, CDROM, o por consulta directa en el Centro.
- Publicación y distribución de bibliografías (Bibliodes).
- Acceso directo vía Internet a una amplia colección de documentos en texto completo.
- Distribución de publicaciones y material de capacitación.
- Edición y distribución de materiales didácticos sobre gestión de unidades de información, metodología bibliográfica, thesaurus e Internet.
- Distribución masiva de materiales de información pública y técnica
- Asesoría técnica y capacitación para crear centros de información sobre desastres.

El CRID promueve y apoya el fortalecimiento de un sistema regional de información en América Latina y el Caribe a través de: el soporte técnico a centros nacionales y locales, el desarrollo de metodología, instrumentos y herramientas comunes, y la creación de servicios comunes.

Conozca el CRID en Internet, visite: www.crid.or.cr

Centro Regional de Información de Desastres (CRID)
Apartado Postal 3745-1000 San José, Costa Rica
Tel: (506) 296-3952, Fax: (506) 231-5973
crid@crid.or.cr

CRID, la mejor fuente de información sobre desastres en América Latina y el Caribe.

¹ La Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (UN/EIRD); la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias de Costa Rica (CNE); la Federación Internacional de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y Media Luna Roja (IFRC); el Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPRENAC) y la Oficina Regional de Emergencias de Médicos sin Fronteras (MSF).