

PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN EN DESASTRES PARA COMUNIDADES MARGINADAS

Dr. Román Morales Fernando
Secretaría de Salud del Distrito Federal. México.

NUEVOS CONCEPTOS EN SALUD, DESASTRES Y DESARROLLO.

Introducción:

Iniciar un nuevo milenio constituye la posibilidad, debido a la humana concepción secular del mundo, de hacer un alto y volver la mirada a la senda que hemos recorrido para quizás corregir el rumbo,

Este ensayo tiene como propósito:

- Subrayar la conceptualización del desastre como un problema del desarrollo
- Discutir la óptica naturalista de los desastres
- Resaltar la pobreza como la vulnerabilidad esencial de las sociedades.
- Proponer un abordaje de las poblaciones en situación de emergencia y/o marginalidad con Equipos Médicos de Intervención en Desastres (EMID) asociados a gestión de riesgos y modelos de desarrollo.

Actualmente, los intensos y permanentes estímulos del medio nos proponen acumular cosas, no importando lo que seamos o de donde lo obtengamos; transmitir e informar sin importar lo que comuniquemos y trascender fugazmente atrapados en un fragmento de silencio que como toda materia no es por sí bueno o malo sino útil o no, dependiendo de los cerebros y las almas a quien se vincule.

Quien esto lee o escucha, pertenece seguramente (simplemente por poder leerlo o escucharlo) al exclusivo club social del 20 % de personas que en este planeta tienen hoy techo y comida seguros; que saben leer y escribir; que cuentan con acceso a servicios de salud y que probablemente cuentan con una computadora, o pueden salir a la calle sin ser presos o torturados por expresar sus ideas.

El 80% de la humanidad restante vive en condiciones que día a día cambios ecológicos ambientales y eventos súbitos rebasan sus sistemas vitales más íntimos, la falta de lluvia para una magna cosecha o el exceso de la misma, desbaratarán las pocas posesiones y debido a su ínfima capacidad para resistir y recuperarse, lo más probable es que mueran; la paradoja es que pese a cada vez morir más, su número y la brecha entre estos y el 16 % de personas que concentran el 73 % de la riqueza en el mundo se amplía constantemente.³⁷.

De un total de 6,000 millones de habitantes, 2,800 millones viven con menos de US \$2 diarios y 1,200 millones con menos de US \$1 diario.³⁶.-

Tan solo en América Latina, sobreviven hoy 80 millones de personas en extrema pobreza, es decir en condiciones económicas en las que apenas tienen para comer hace 40 años la

mortalidad infantil mas alta y mas baja por países era de seis a uno. Haití tenía una mortalidad de seis, contra uno de Canadá y Estados Unidos. Ahora el diferencial es de 20 a uno.

La globalización y la tecnología no sirvieron en la segunda mitad del siglo XX para estrechar la brecha entre pobres y ricos, al menos en este continente.

El 48% de seres humanos del planeta, vive de hecho en condiciones de desastre sin que medie para ello un sismo, un huracán o un incendio frecuentemente, cuando estos eventos se presentan, toman su turno en la suma de las desgracias previsibles.

¿Cómo diferenciar entonces a los damnificados de los desastres de los damnificados de la vida?29 ¿cómo mitigar el sufrimiento de unos y otros? y habiendo cumplido lo anterior, ¿cómo evitar la dependencia asistencial, potenciar la autonomía y fomentar el desarrollo?

I.- Desarrollo: Vulnerabilidad, Pobreza e Inequidad, un enfoque alternativo a la concepción de desastres naturales.

Debido a la necesaria multi e interdisciplinaria que para su estudio tienen los desastres, se han planteado términos de múltiple valor semántico que han derivado en imprecisiones teóricas que a su vez redundan en una aplicación desordenada de políticas y normas para su prevención y solución.

Adicionalmente, la ligereza en la utilización de los términos lleva (incluso a los expertos) a plantear la existencia de Desastres Naturales y escindirlos de aquellos provocados por el hombre, cuando un denominador común es la vinculación a fortiori por efecto o causa, del ser humano y el ambiente social, político y económico que este ha creado.

En otro caso lo que conocemos como desastre, no sería otra cosa que modificaciones en el equilibrio ecológico de nuestro planeta.

No hay desastres naturales, hay fenómenos naturales que se traducen en desastre cuando afectan a sistemas vulnerables.

Así, lo que para médicos y meteorólogos resulta un evento, para los sociólogos y antropólogos resulta un proceso; y el elemento súbito característico de la mayoría de los fenómenos perturbadores que se traducen en desastres, se rebasa al abordar el problema de la sequía o la gestación, desarrollo y establecimiento de guerras intestinas comunes en decenas de Países.

El cambio semántico previo, implica modificaciones en la cultura de las poblaciones, que a su vez tienen repercusiones prácticas. De la misma manera que la higiene se difundió, debido a la comprensión de que muchas enfermedades eran producidas por bacterias, virus, hongos etc. y se desplazó el modelo mítico mágico religioso de la enfermedad; sustituir la explicación naturalista de los desastres, quizás ayude a entender que si bien los fenómenos naturales no pueden ser evitados, la vulnerabilidad si puede ser abatida reduciendo la inequidad, fomentando la educación y promoviendo la salud; asumiendo finalmente que los desastres pueden y deben ser evitados.

Sabemos que aunque no son los únicos, los daños a la salud (muertos, heridos y damnificados) constituyen el indicador más inmediato de una situación de desastre.

Actualmente reconocemos también que los desastres no son fenómenos que dañen al azar, afectan principalmente a las comunidades más pobres y estas son a su vez las más vulnerables al tener mayor propensión al daño y menor capacidad para resistir y recuperarse de los embates de

fenómenos

perturbadores; frecuentemente los más pobres entre los pobres, los más vulnerables entre los vulnerables son las mujeres, los ancianos y los niños.

Considerando la definición de salud emitida por la Organización Mundial de la Salud en Alma Hata; aún los mínimos requerimientos para cursar una vida saludable resultan inalcanzables, la Declaración de Salud para todos en el año 2000, fue sin duda una meta estimulante, pero ya podemos ver que tan lejos quedamos de alcanzarla.

Si es posible evitar los desastres, por supuesto que es posible evitar la miseria o viceversa; en un contexto histórico ecológico significa permitir la viabilidad de las comunidades con la referencia de los mínimos de dignidad humana.

Ante un segundo razonamiento planteado por la OMS hace algunos años Pensar Globalmente; Actuar Localmente resulta indispensable intervenir en el ciclo de los desastres no sólo durante l a s e t a p a s d e emergencia. En los países de América Latina frecuentemente las etapas inter-desastre o de ausencia de desastre no implican de modo alguno la ausencia de sufrimiento de las poblaciones, d e b i d o a l a c a r e n c i a de agua potable y alimentos, trabajo, servicios de salud y techo, así como la elevada morbimortalidad por padecimientos que deberían ser evitados u oportunamente resueltos.

En muchas poblaciones marginadas, esto es mas bien la constante que se ve interrumpida fugazmente por esfuerzos asistencialistas de los estados para resolver situaciones de emergencia.

El proceso de atención a los desastres debe ser un esfuerzo permanente, multi e interdisciplinario y no solo una reacción periódica de los individuos ante situaciones de emergencia.

Tan difícil de comprender para el médico clínico como sencillo para el sociólogo y el antropólogo es que las poblaciones marginadas de nuestros países no se van a recuperar solo con l a i n t e r v e n c i ó n d e profesionales de la salud médicos y enfermeras; el complejo proceso de salud - enfermedad requiere de la intervención consciente de prácticamente todas las profesiones y oficios, ya que al f i n a l d e c u e n t a s las condiciones de la vivienda determinadas por un ingeniero, con una serie de recursos determinados por políticos economistas y administradores, gestionadas por abogados y construidas por albañiles que son alimentados por la cosecha lograda por campesinos etc. son las q u e p r o p i c i a n l a s c o n d i c i o n e s de salud o de enfermedad de una población.

A su vez, la miseria como la riqueza se hereda. Biológicamente las madres desnutridas tendrán hijos desnutridos, las proteínas forman parte de las membranas de las células que permitirán pensar, crear, actuar y amar.

Socialmente la riqueza también se hereda, no solo por contar con neuronas y miocitos más resistentes; frecuentemente las familias políticas y empresariales que detentan el poder y la riqueza de nuestros países son las mismas que las de hace varios lustros.

Asimismo, en un modelo de presión y liberación, la especulación, la corrupción y la socialización de las pérdidas con la privatización de las ganancias, redundan en mayor pobreza, enfermedad y vulnerabilidad.

Si bien es cierto que en las grandes ciudades de América Latina existe un número elevado de médicos, también lo es que las comunidades marginadas se encuentran desprovistas de estos servicios pese a los bien promocionados programas asistenciales, debido entre otras a las siguientes razones:

- Insuficiente remuneración profesional para el trabajador de la salud, en comparación con la que puede lograr en el medio urbano no marginal.
- Prestigio profesional y perspectivas sociales limitadas, en el marco del estatus quo prevaleciente.
- Desarrollo familiar compartido con los limitados recursos de las poblaciones.
- Carencia de recursos para brindar la atención. En muchos de los casos los consultorios rurales cuentan apenas con equipo de diagnóstico elemental y con recursos terapéuticos aún más limitados y ante la referencia de los pacientes a otro nivel de atención y la incapacidad económica de estos para pagar un transporte que de otra forma implicaría horas a días de caminata, eligen otros recursos por la imposibilidad de la primera alternativa.
- Incompatibilidad cultural, muchos trabajadores de la salud formados en la universidades, son ajenos a las costumbres locales y en el mejor de los casos cuando las respetan, les es muy difícil hacer compatible su quehacer profesional con las convicciones (creencias) locales.
- Orientación curativa del profesional; A pesar de la transición epidemiológica sufrida en nuestros países (aumento en la mortalidad por padecimientos crónico degenerativos, accidentes y violencias) muchos de los padecimientos derivados de las condiciones de pobreza (IVRA, IVRB, GEPI, desnutrición) no sólo pueden ser curados sino que pueden y deben ser evitados. Es en este punto que la visión curativa médico-clínica única, miópica y nos volvemos más trabajadores de la enfermedad que de la salud.

Debido a lo anterior, los sistemas sanitarios para casos de desastre tienen un campo de intervención permanente en las áreas marginales muy similar al que se produce en una catástrofe; El trauma (accidentes y violencias) sigue siendo la principal causa de años de vida productiva perdidos afectando al grupo de 1 a 44 años en las poblaciones de más de cien mil habitantes y la morbilidad ocasionada por padecimientos infecto contagiosos sigue siendo importante. A lo anterior se suman los padecimientos crónico degenerativos como la diabetes, el cáncer, la hipertensión arterial y por su puesto las enfermedades cardiovasculares.

II.- Propuesta y Valor Agregado de los EMID, como alternativa de intervención en comunidades marginadas.

El modelo y la propuesta: Los sistemas de mando para emergencias han sido conceptualizados como el conjunto de normas, procedimientos, recursos materiales y humanos que permiten mejorar la respuesta a situaciones de emergencia de cualquier tipo y complejidad.

Bajo este esquema original derivado del programa Firescope en los Estados Unidos de América, los EMID podrían funcionar tanto en poblaciones no marginadas en situación de emergencia, como en poblaciones marginadas en presencia o no de desastre.

Los equipos médicos de intervención en desastres (EMID) deberán estar formados en una estructura administrativa compatible a la de los sistemas de mando para emergencias o ICS, así como con una visión ética y profesional común, estableciendo un abordaje versátil, con equipos necesariamente

portátiles, con velocidad de reacción de menos de 12 horas al interior y 24 horas al exterior del país y autonomía de funcionamiento de al menos 15 días siendo integrados por equipos transdisciplinarios con experiencia y conocimientos para la intervención en condiciones críticas.

El trabajo de estos equipos en comunidades marginadas en etapas inter-desastre o de ausencia de desastre al interior del país podrían:

1. Ayudar a resolver la situación de emergencia
2. Estudiar los factores desencadenantes e influir en ellos
3. Aprender y respetar las dinámicas sociales locales
4. Promover la autogestión de las comunidades
5. Fomentar programas integrales de educación salud y desarrollo

Algunos de los requisitos para el adecuado funcionamiento tanto de las Unidades DE Intervención en Desastres como de los EMID son:

- **V e l o c i d a d d e r e a c c i ó n**
Los pacientes y lesionados resultantes de situaciones de desastre en su etapa de emergencia, son generalmente atendidos por la población y los recursos locales en las primeras 24 horas después del evento; en términos generales, una respuesta posterior a 48 horas resulta inútil y contraproducente.
- **A u t o n o m í a o p e r a c i o n a l**
Resulta indispensable que el equipo de intervención cuente con la disposición y los recursos (alojamiento, agua potable, alimentos, recursos materiales etc. para poder permanecer en la población afectada al menos 15 días sin solicitar apoyo a las autoridades locales.
- **C o n o c i m i e n t o d e l i d i o m a o d i a l e c t o**
En operaciones de socorro humanitario, un problema frecuente es la comunicación, lo cuál hace imprescindible el conocimiento del idioma o dialecto local, y de ser posible de un segundo o tercer idioma en el equipo, a fin de interactuar con grupos de socorro en caso de operaciones internacionales.
- **R e s p e t o a l a a u t o r i d a d y c u l t u r a l o c a l e s**
Un error frecuentemente compartido, es pensar que la comunidad asistente debe asumir el mando de las acciones de socorro¹², por el contrario, esta debe respetar las líneas de acción e instrucción dictadas por las autoridades locales y en su caso, asistirles para que logren su organización. Por otra parte, no solo en operaciones internacionales existen dificultades para la interacción con las comunidades debido a su cultura, creencias religiosas y situación política, la diversidad étnica de nuestros países debe ser también considerada, el personal de intervención debe permanecer respetuoso en todo momento y en caso de incompatibilidad o peligro, retirarse en cuanto sea posible, evitando causar más daño.
- **E n l a c e s g u b e r n a m e n t a l e s á g i l e s**
Frecuentemente es necesaria la participación de diferentes dependencias gubernamentales, para confirmar no sólo el equipo médico de intervención médica en desastres, sino la unidad de intervención en desastres de manera integral (rescate, bomberos, seguridad, comunicaciones etc.)
- **O r g a n i z a c i ó n s ó l i d a**
Tanto las personas como las agencias de gobierno que trabajan bien de manera rutinaria, trabajarán bien en situaciones de desastre. La desorganización previa resulta en deterioro grave en las operaciones.
- **C o n v e n i o s p r e v i o s**
Acciones como el abastecimiento, el acopio y el transporte aéreo requieren de convenios intersectoriales que deben ser contemplados en las etapas de planeación.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:

El grupo EDAN de Evaluación de daños y análisis de necesidades correspondiente al EMID (primeras 7 posiciones) puede realizar guardias periódicas a fin de mantenerse disponible 24

horas los 365 días del año, acortando su tiempo de respuesta al país o población afectada y brindando información de inteligencia al grupo operacional antes de su partida.

El EMID está compuesto de 40 elementos distribuidos en la estructura conocida como Sistemas de Mando Para Emergencias:

- 1 jefe de misión (comandante de incidente)
- 1 oficial de enlace (responsable de las comunicaciones)
- 1 oficial de información pública
- 1 oficial de seguridad
- 1 oficial de operaciones
- 1 oficial de planeación
- 1 oficial de logística y suministros
- 5 médicos cirujanos
- 5 enfermeras
- 5 epidemiólogos y/o sanitaristas
- 5 psicólogos clínicos
- 3 odontólogos
- 5 veterinarios
- 5 técnicos en urgencias médicas avanzados

En la medida de lo posible los 5 Técnicos en Urgencias Médicas deberán tener preparación profesional adicional en áreas jurídicas, económico administrativas, técnicas de arquitectura, ingeniería, agronomía, así como humanidades y sociales.

La transdisciplinaria evidente del equipo propuesto, permitiría incidir tanto durante la etapa de emergencia en comunidades marginadas y no marginadas durante un desastre, como intervenir en las etapas de ausencia de desastre en comunidades marginadas que requieran un abordaje holístico para solucionar problemas sociales, técnicos y médicos que permitan el desarrollo autónomo a mediano plazo.

III.- Discusión:

Unidades Civiles VS Militares

Muchas de las unidades de intervención en desastres que funcionan en el mundo y que han demostrado su eficacia son de origen militar; sin duda, las características de disciplina, recursos humanos y materiales disponibles así como formar parte de la estructura del Estado, las hacen la vía más inmediata para intervenir en estas condiciones.

No obstante, sabemos que muchas de las regiones expuestas a desastres se encuentran envueltas también en conflictos bélicos y políticos internos (guerrilla, narcotráfico, terrorismo), asociados frecuentemente como ya se ha planteado, a la pobreza y vulnerabilidad de estos sitios. De hecho la

proporción de muertes anotadas por desastres de 1900 a 1990 es mucho mayor debido a conflictos civiles 48.6 % y hambruna 39.1% con relación a las ocasionadas por terremotos 4.7% Volcanes 2.1 % Ciclones 1.75 %, Epidemias 1.65 % inundaciones 1.6 % y Otros 0.5%.³² Debido a lo anterior, la intervención de unidades militares se ve limitada o sesgada, siendo potencialmente un recurso del Estado para debilitar al enemigo, y para fortalecer la imagen protectora del Estado.

En otros casos, la intervención de militares en labores de asistencia puede ser percibida como agresión, debido a las modificaciones en las dinámicas cotidianas de la población, por a la

militarización de los servicios y la demanda a la población civil de adecuarse a las costumbres y disciplina militar.

Por otra parte, las Universidades que en términos generales poseen un prestigio y confianza ancestral ganados con sus tareas de docencia, investigación, difusión de la cultura y compromiso social (especialmente el modelo de universidad pública), constituyen un recurso alternativo para la formación de equipos multi y transdisciplinarios que pueden intervenir en situaciones de desastre, siempre y cuando mantengan principios de neutralidad e imparcialidad que debiesen ser inherentes a todos los grupos de intervención conforme lo establece el derecho internacional humanitario y cuenten con las características de disciplina, capacitación, experiencia, recursos, autonomía, velocidad de reacción y respeto a las autoridades y dinámicas locales.

Unidades Oficiales VS Grupos Voluntarios

Es un hecho que ante situaciones de desastre quien responde primero es la población directamente afectada, la experiencia internacional en América Latina ha demostrado que si bien es deseable la solidaridad humana, esta potencial fortaleza puede llegar a ser contraproducente si no cuenta con una adecuada conducción y un proceso de educación previa.

Más grave aún, es el proceso de aglutinación de personas en grupos voluntarios que se perpetúan y ofrecen (obligan a recibir) su apoyo a nivel internacional, sin contar con los mínimos requerimientos para brindarlo y que frecuentemente, debido a las ópticas distorsionadas de heroísmo, percibidas por la población y los medios informativos, presionan a los estados donante y receptor y los políticos caen en la trampa brindando la ayuda y recargando los ya de por sí mermados recursos del país afectado.

Difícilmente estas aglutinaciones de voluntarios contarán con los recursos que les permitan autonomía, versatilidad, velocidad de reacción, conocimientos y experiencia requeridos. Adicionalmente estos grupos suelen ser una piedra en el zapato para las organizaciones profesionales que si poseen estas características.

Sin embargo los profesionales voluntarios que generalmente provienen de las universidades y escuelas de educación superior, vinculados y registrados por organizaciones civiles y gubernamentales nacionales e internacionales que cuenten con autoridad en el campo, experiencia, conocimientos, recursos operacionales y que hayan sido solicitados específicamente por el estado afectado, pueden ser de gran ayuda.

Unidades nacionales Vs Asistencia internacional.

Los desastres, aún los más devastadores no desaparecen los recursos de la nación, ni afectan uniformemente al territorio.

Frecuentemente los recursos humanos y materiales son suficientes en existencia al interior del país para responder en las primeras horas, la dificultad estriba en localizarlos, organizarlos y distribuirlos en las zonas requeridas. La utilización de recursos locales para atender la etapa de emergencia debiese ser la norma, y la cooperación internacional reservada para los siguientes casos:

- Impacto

- Grupos de evaluación de daños y análisis de necesidades cuando no existan o sean insuficientes en el país.
- Respuesta
- Grupos de búsqueda, rescate y atención de víctimas no disponibles o insuficientes en el país.
- Grupos de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental
- Aseguramiento de suficiencia y protección de sistemas de agua cuando esta sea insuficiente.
- Instalación de sistemas para manejo de suministros humanitarios cuando no existan o no sean suficientes en el país.
- Recuperación
- Evaluación de financiamiento para la reconstrucción y rehabilitación
- Establecimiento de programas de asistencia de largo alcance
- Desarrollo
- Asesoría en gestión de riesgos y fortalecimiento de sistemas vitales.
- Abatimiento de la pobreza y la inequidad (factores de globalización)
- Prevención
- Capacitación
- Desarrollo de sistemas de alerta temprana
- Establecimiento de convenios
- Mitigación
- Emisión de recomendaciones de alertamiento temprano
- Preparación
- Disposición de recursos para asistencia

La gestión de riesgos implica construir la autoridad en lo cotidiano, para ejercerla en lo extraordinario.

Propuesta de evaluación de la eficacia de los EMID a largo plazo en comunidades marginadas en ausencia de desastre.

De instalarse los grupos EMID para comunidades marginadas de menos de 50,000 habitantes, pueden presentarse los siguientes escenarios:

- Son definitivamente útiles
- Los índices de marginalidad preestablecidos* se abaten 35% en 12 meses a partir de la intervención y se continúan abatiendo en 10% promedio cada 12 meses durante 5 años luego del retiro de la unidad EMID y el costo de operación es inferior al del abordaje tradicional.
- Pueden ser útiles en algunas circunstancias
- Los índices de marginalidad preestablecidos se abaten 35% en 12 meses a partir de la intervención, pero se incrementan o dejan de disminuir luego del retiro de la unidad EMID. El costo de la operación es similar al del abordaje tradicional.
- No son útiles
- No se logra abatimiento sustancial (35%) de los indicadores de marginalidad durante los primeros 12 meses de intervención o se identifica un incremento de la marginalidad en los primeros 3 meses. Los costos de operación son sensiblemente mayores a los del abordaje tradicional.

Propuesta de variables generales de marginalidad por población *:

- Ingreso - gasto
- Mortalidad General

- Mortalidad infantil
- Morbilidad por padecimientos infecto - contagiosos
- Escolaridad
- Habitación
- Mortalidad por padecimientos crónico degenerativos
- Equidad y distribución del ingreso

Aún en el caso de que los resultados de la intervención y su evaluación no fuesen satisfactorios, este serviría para:

1. Descartar la hipótesis de trabajo
2. Integrar los EMID y estar en posibilidad de obtener mejores resultados en etapas de emergencia post desastre.

Resumen:

Los desastres no son naturales, son eventos derivados de fallas en el desarrollo que afectan más comúnmente y con mayor severidad a poblaciones vulnerables, por lo general las más pobres; de hecho más de la mitad de los seres humanos viven en situación de desastre sin que para ello medie un sismo o una inundación.

Los desastres pueden y deben ser evitados fomentando la educación, la salud, la equidad, y fortaleciendo los sistemas reguladores, es decir reduciendo la vulnerabilidad.

Los esfuerzos y recursos invertidos en la intervención durante las etapas de emergencia serían más eficientes si se realizan en la etapa de prevención.

El complejo proceso de salud enfermedad solo puede ser influido en su substrato si es abordado de manera permanente, multi e interdisciplinaria.

Los equipos médicos de intervención en desastres pueden ser útiles no sólo durante las etapas de emergencia posteriores al impacto de un fenómeno natural. En este y en todos los casos estos equipos deben contar con:

- a) Solicitud expresa y específica de la autoridad local
- b) Autonomía operacional de al menos 15 días
- c) Velocidad de respuesta de no superior a 24 horas al sitio de impacto
- d) Conocimiento del idioma o dialecto
- e) Respeto a la autoridad y cultura locales
- f) Conocimientos, habilidades, disciplina y experiencia probados
- g) Enlaces ágiles
- h) Organización sólida
- i) Convenios previos

Las unidades Militares de intervención poseen de origen la mayoría de las cualidades para intervenir en situaciones de desastre, excepto en condiciones donde se ponga en entredicho el cumplimiento de lo establecido por el derecho internacional humanitario y los principios de neutralidad e imparcialidad.

Las Universidades constituyen un crisol de disciplinas técnicas y científicas con vocación humanista y compromiso social, que pueden formar Equipos Médicos de Intervención en Desastres para resolver situaciones de emergencia, mitigar la marginalidad y estudiar las causas de una y otra, permitiendo la autogestión y fomentando el desarrollo de las comunidades.

Pensando en salud el Maestro Mario Testa escribió hace poco. Si en el futuro hay ciencia verdadera y si la historia avanza en dirección del progreso, la medicina puesta en contexto científico e histórico no podrá ser otra cosa que una profesión democrática, una profesión cuya propuesta social sea la liberación del cuerpo de los otros para trabajar, para amar y para luchar por lograr primero y por conservar después esas conquistas.

Como ciudadanos medievales, como obreros y ciudadanos del mundo de finales del siglo veinte y como pasajeros en lista de espera en el sueño del próximo milenio, asumamos con decisión nuestros puestos de lucha y de trabajo en los escenarios del presente y del futuro. Al final del milenio todavía es posible convertir la esperanza en semillas de un mundo nuevo.

Tomado de "La salud al final del milenio" expuesto en el VI congreso latinoamericano y VII mundial de medicina social en Guadalajara Jalisco, México, en Marzo de 1994. Por Saúl Franco Agudelo Médico, Mgr. Medicina Social.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1- Disaster Management Carter Nick
Asian Development Bank
1992
- 2- Disaster Response
Auf Der Heide
Mosby, Company
1997
- 3- Vulnerabilidad
Blaikie P; Cannon Terry; Davis Ian ; Wisner Ben.
La Red, Red de Estudios Sociales en Prevención
de Desastres en América Latina.
1996
- 4- Los Desastres No Son Naturales Arreola A.
La Red Red de Estudios Sociales en Prevención
de Desastres en América Latina.
1998
- 5- Responding to the Mass Causality Incident.
Butman Alexander.
Emergency Training
1982
- 6- Disaster Medicine
Australian Manual of Emergency Medicine
1998
- 7- Medicina De Catastrofes
Movimiento Suizo Por La Paz
1979
- 8- Atención Sanitaria Con Posterioridad A Desastres Naturales.
Seaman Jhon
Organización Panamericana de la Salud 1981
- 9- Disaster Assesment And Response Team. DART.
OFDA / USAID
Varios autores
- 10- The Federal Response Plan
FEMA. 1992
- 11- Emergency Medicine, Clinics Of North America
Disaster Medicine
Morres A. Clark
W.B Saunders Company
1996
- 12- International Health Relief Assistance
Vizcarra Julio
Organización Panamericana de la Salud
1997
- 13- Mitigación de desastres en instalaciones de salud
Varios autores; Cuatro Volúmenes
Organización Panamericana de la Salud
1993
- 14- Environmental Risks and Hazards
Cutter L. Susan.

- Prentice Hall
1999
- 15- Environmental Governance
Prentice Hall
1999
- 16- Disaster Management Manual
UNDRO.
- 17- Serie 3000; Manual Normativo y Operativo para Situaciones de Desastre.
Cruz Roja Mexicana
1997
- 18- Prehospital Trauma Life Support
National Association of Emergency Medical Technicians. Fourth ed.
Mo Mosby / ET. 1999.
- 19- Directory of International Search And Rescue Teams
United Nations
New York
1991
- 20- Multilingual Dictionary of Disaster Medicine and International Relief
Prehospital and Disaster Medicine.
200.
- 21- Los Desastres en México, una perspectiva multidisciplinaria.
UAM, UIA, UNAM.
Mario A. Garza Salinas (compilador)
1998.
- 22- Viviendo en riesgo, comunidades vulnerables y prevención de desastres en América Latina.
La Red, FLACSO, CEPREDENAC.
Lavell. Allan. Compilador.
1994
- 23- Historia y desastres en América Latina
La Red. CIESAS.
Virginia García Acosta
1996
- 24- Individual and Organizational Response To The 1985 Earthquake in Mexico City, Mexico.
Disasters research Center, University of Delaware
Dynes; Quarantelli, Wenger; 1990.
- 25- Desastres y Protección Civil, Problemas Sociales, Políticos y Organizacionales.
CIESAS, Ciudad de México.
Jesús Manuel Macías
1999.
- 26- Hacia Un Mundo Mas Seguro Frente a Los Desastres Naturales.
Organización Panamericana de la Salud.
1994.
- 27- Desastres y Sociedad.
La Red.
1994
- 28- Manual Operativo Básico en Caso de Desastre.
Secretaria de Salud del Estado de Puebla, PRETRADE.
Porrás R. Giovanni, Martínez Z. Rafael.

- 29- Guide For All Hazard Emergency Operations Planning
Federal Emergency Management Agency. 1996.
- 30- Impacto de los desastres en la salud pública.
Organización Panamericana De La Salud
Eric K. Noji; Editor.
2000.
- 31- La jornada, Entrevista.
Juan Antonio Casas Zamora; OPS.
10/Jun./2001 pp.7
- 32- Disaster History. Datos Importantes Sobre Desastres Graves en El Mundo.
OFDA. 1990
- 33- La Salud Al Final Del Milenio.
Saul Franco Agudelo.
Guadalajara, México.
1994.
- 34- Aprendiendo a Promover la Salud.
Werner David
OPS. 1989
- 35- Informe Sobre El Desarrollo Mundial 2000 / 2001.
Banco Mundial
Washington D.C.
- 36- Evaluacion de Actitudes en Primeros Auxilios en el Terremoto de Nortdrige
UCLA, 1999.
- 37- Derechos humanos y atención Prehospitalaria, Una Política Olvidada.
Reyes Doraldina.
2001.
- 38- Los Desastres Naturales y la Protección de la Salud. OPS, 2000.
- 39- Health Sector Aproach to Vulnerability reduction and emergency preparedness. Samir Ben /Koob Peter
1996.