

Las contradicciones que se producen dentro de la nobleza misma son también **son** decisivas. Por un lado, los asuntos administrativos extradomésticos, indispensables para la extracción de plusvalía, y la sobrevaloración de los oficios de armas ocasionada por la protección de la riqueza, sustentan un **poder público masculinizado**. En contraste, la administración interna y los vínculos interfamiliares preservan un **poder doméstico femenino**, que implica relaciones de dominación **entre** mujeres y, por su naturaleza delegable, va empujando a las mujeres nobles a ese modo de vida ocioso que se prolongará **más** allá de la revolución burguesa. En cuanto a los descendientes, los varones serán entrenados para ejercer el poder público y, como la unidad de la propiedad es fundamental, la herencia de los bienes favorecerá a los primogénitos. En el caso de las hijas, la disyuntiva matrimonio-convento consagrará su inutilidad terrenal fuera del mundo doméstico.

El capitalismo industrial, al traer consigo un enorme avance tecnológico y una nueva racionalidad científico-técnica, abrió la oportunidad para la superación de las desigualdades entre mujeres y hombres. Pero, como **ya** se ha establecido lúcidamente en muchos trabajos, su propia lógica de reproducción, basada en la consolidación de múltiples fracturas (entre lugares de trabajo y de vivienda, entre producción y consumo, entre poder público y privado), exacerbó la división jerárquica del trabajo y como, expresión específica de ello, una desigualdad discriminante que golpea preferentemente a las mujeres, paulatinamente atrapadas en una desvalorizada "economía de apoyo".

La subordinación de la mujer en la praxis productiva se irá extendiendo al conjunto de la vida social, recibiendo el refuerzo de leyes y normas que contribuyen a reproducirla. Como resultado, adquiere la apariencia de un fenómeno inherente a la especie humana, esencialmente ahistórico. Esta circunstancia, unida a imperativos de cambio que se llevan mal con las dilaciones, introdujo en la perspectiva de género los brotes de un pensamiento causalista más bien esquemático, que al fin y al cabo parecía suficiente para focalizar prontamente los objetivos de las acciones transformadoras.

Hoy se entiende ampliamente que "la relación de género no se puede entender como Única e idéntica en todos los casos (abstracta respecto de tiempo y circunstancias)...la variedad que asume es múltiple, dinámica y siempre muy compleja, ya que esas formas relacionales varían en cada cultura, en cada clase, en cada generación...". Se trata de relaciones "históricas, dinámicas, variadas, cambiantes..." (Quiroz, 1999).

◆ **Relaciones de género y vulnerabilidad ante los desastres**

Para nuestros fines de reflexión, consideramos útil subdividir este punto en dos preguntas complementarias, ubicándolas en el contexto de las comunidades: (1°) **¿De** qué maneras puede contribuir la equidad de géneros a "decirle no" a la vulnerabilidad? (2°) **¿Cómo** y por qué puede ser vulnerabilizante para una comunidad la falta de equidad de géneros?.

Con el siguiente cuadro, destinado a abreviar la argumentación, intentamos aportar un conjunto de ideas para discutir sobre ambas preguntas:

Relaciones de género y vulnerabilidad comunitaria	
La equidad de géneros contribuye a reducir la vulnerabilidad porque:	La falta de equidad de género favorece el desarrollo de la vulnerabilidad porque:
Permite y fomenta el despliegue de capacidades e iniciativas coparticipativas por hombres y mujeres. Con esto, la comunidad gana capacidades cognoscitivas y "fuerza social" para decirle no a la vulnerabilidad.	Contribuye a la reproducción de ideas fatalistas y en general de la resistencia al cambio.
Es un avance crucial para la democratización de los poderes locales.	Obstaculiza o impide las prácticas democráticas y autogestionarias.
La superación de cualquier prejuicio negativo es un avance en la construcción de una conciencia lúcida, incluyendo la interpretación del riesgo.	Su persistencia o agudización alimenta otros prejuicios o ideas sobrevaloradas, que se extienden a las amenazas y a la propia vulnerabilidad.
Actúa como un poderoso factor preventivo ante ciertas formas de violencia de género que aparecen o se acentúan en situaciones de emergencia o desastre.	Favorece graves problemas de agresión y abuso en situaciones típicas post-desastre, como son las migraciones forzadas y la concentración en macroalbergues o lugares afines.
Favorece y estimula la formación de la identidad del sujeto colectivo y con ello de su desarrollo como actor social.	Distorsiona la identidad del sujeto colectivo y le dificulta expresar sus potencialidades como actor social.
Favorece la rápida organización de las acciones de respuesta y rehabilitación y su direccionalidad preventiva.	Entorpece la organización del trabajo preventivo, porque la toma de decisiones y la asignación de responsabilidades no se ven entrabadas por costumbres discriminantes.
Facilita el reconocimiento de ciertos problemas y necesidades diferentes para hombres y mujeres, sin prejuzgar acerca de cuales son los más "importantes".	Dificulta o impide la diferenciación equitativa de problemas y necesidades.

5. Equidad generacional y vulnerabilidad ante los desastres

◆ Reflexiones preliminares

Así como los géneros son productos socioculturales que se configuran sobre dos formas genitales distintas (Quiroz, 1999), la determinación de las edades del ser humano no puede soslayar completamente sus determinantes y signos físicos y psicobiológicos, pero se elabora siempre en un cierto universo cultural. Es decir, la juventud y vejez son también **construcciones sociales**.

El significado social y cultural de las categorías de edad se intensifica bajo dos condiciones históricas: el aumento de la duración social de la vida y la organización social del trabajo.

En el medioevo, cuando la edad promedio era de 28 años y la vida transcurría en torno a actividades asociadas al trabajo o en el trabajo mismo, la "juventud" podía ser vista a veces como un preciado don personal, pero no existía como concepto cargado de sentido social.

En contraste, con la revolución burguesa y el advenimiento del capitalismo industrial, todo un orden social empieza a depender de la posibilidad de lograr un equilibrio entre la revolución tecnológica y el desarrollo de amplios contingentes de trabajadores capacitados y motivados para incorporarse a la producción. Como resultado, la asociación entre aprendizaje productivo e inexperiencia, ya presente en las costumbres durante el Antiguo Régimen, se coloca en un lugar dominante.

Por primera vez en la historia, al menos con semejante relieve ideológico, "juventud" adquiere un doble significado: a) fase de preparación para una vida adulta inscrita en una nueva organización social del trabajo y en una lógica mercantil; b) segmento de edad depositario de la reproducción futura de esa organización social.

Este modo de pensar, nutrido por otras antiguas ideas, modelará lo que hasta hoy es una concepción dominante: ser joven es encontrarse en una zona particularmente sensible de la vida, en transición entre un medio familiar protector y un porvenir de responsabilidades y quehaceres.

El aumento de la duración social de la vida multiplica y extiende los tramos de edad por los cuales transcurre o esperamos que transcurra nuestra existencia. Pero, y esto es tal vez lo más importante, se va ampliando la **coexistencia intergeneracional**, lo cual le imprime una mayor relevancia social a las percepciones sociales sobre quienes son jóvenes y viejos e incluso en torno a la muerte.

Se transforman las connotaciones simbólicas y los mitos forjados sobre la edad y ésta se relativiza. La transmutación de las diferenciaciones de edad en formas de discriminación encuentra un caldo de cultivo en los reajustes que se van produciendo en las posibilidades, derechos y deberes que se les atribuyen a los individuos de diferentes edades, y en las representaciones sociales producidas en torno a las categorías de edad.

Como sabemos, la vejez ha recibido el peso discriminante más fuerte. A veces esta discriminación castiga directamente la pérdida o deterioro de ciertos aspectos de la vida personal que tienen un significado importante en las relaciones de poder, pero también adopta formas menos visibles, cuando por ejemplo la experiencia es percibida como una barrera para el progreso innovador y se limita el acceso de personas relativamente mayores a múltiples empleos y oportunidades. En un plano más sutil, la discriminación puede quedar oculta por ciertas formas de manipulación ideológica, como cuando se mitifica la vejez como una edad dorada y no se determinan y ponen en práctica las condiciones de salud y socioeconómicas que se requerirían para que viejos de distintas clases sociales tuviesen acceso a una vida mejor.

El camino a seguir para relacionar la equidad/inequidad generacional con la vulnerabilidad ante los desastres es, en lo fundamental, el mismo que seguimos en referencia al género. Una vez más, los prejuicios alimentan la vulnerabilidad al debilitar el tejido social solidario y al bloquear la contribución de diversos sectores a lo que en este caso es la meta principal: la prevención de desastres.

En este sentido, hay que prestarle atención a lo que llamaremos el Síndrome del Titanic: los viejos y las mujeres son a priori, junto con los niños y niñas, "los más vulnerables". Este bien intencionado proteccionismo choca casi siempre con la realidad comunitaria y puede convertirse en una importante limitación para el desarrollo de formas organizativas eficaces.

6. Equidad de modos de conocimiento y vulnerabilidad ante los desastres

La diferenciación de modos de conocimiento encuentra su expresión más general en la separación que se hace entre conocimiento científico y no científico (llamado también, con diversos matices de significado, ordinario o vulgar).

En la medida de que esta escisión histórica se acentúa en una sociedad determinada, se desvaloriza el sentido común y el conocimiento popular, hasta el punto de que la verdad científica se autovalora como negación o distanciamiento con respecto a este último. Al mismo tiempo, el conocimiento popular tiende a replegarse en sí mismo, reproduciendo criterios de verdad que se hacen resistentes al cambio al no encontrar oposición crítica.

Es necesario aclarar, primero, que no hay dos sino múltiples modos de conocimiento. La ciencia, que de pronto pareciera mostrarse como un saber unitario y monolítico, se mueve sobre un pluralismo teórico. En lo que respecta al conocimiento popular, aunque paradójicamente puede tornarse más homogéneo por la razón antes mencionada, también se despliega como una pluralidad.

En este punto, como en todos los que hemos examinado, las posiciones se dividen. Para unos, el conocimiento científico debe ser excluyente en virtud de que no hay otro "verdadero". Otros concederán que el conocimiento popular puede sugerir o aportar elementos de interés para la Ciencia, pero en definitiva corresponderá a esta última transformarlos en certezas o desecharlos. Finalmente, otros reconocerán que el entronque entre modos de conocimiento diferentes es posible y necesario.

La hegemonía excluyente del conocimiento científico sobre los demás modos de conocimiento inhibe gravemente las posibilidades de desarrollo de cualquier actor social. Tanto el encapsulamiento del saber popular como las vivencias de inferioridad que pueden surgir en sus protagonistas son inferiorizantes.

Por lo tanto, la lucha contra la vulnerabilidad pasa por el diálogo entre saberes distintos (equidad de modos de conocimiento).

En las últimas dos décadas, y con una perspectiva tercermundista, surgieron diversas opciones encaminadas a potencializar la producción de conocimiento social mediante la *articulación crítica* de modos de conocimiento diferentes. Su expresión más desarrollada es la Investigación Acción Participativa, a la cual no nos referiremos mayormente por razones de espacio.

Tercera parte: Algunas consideraciones acerca de la equidad humana y la vulnerabilidad a los desastres como problema de salud pública

7. Encuadre conceptual

♦ ¿Salud pública o salud colectiva?

Como es ampliamente conocido, la Organización Mundial de la Salud proclamó internacionalmente algunos puntos doctrinales, a lo largo de la segunda mitad del siglo que termina, que hoy parecen consabidos a raíz de su casi constante reafirmación: la salud, más que la ausencia de enfermedad, se refiere a las condiciones que una sociedad provee a sus integrantes para el desarrollo de sus potencialidades físicas, mentales y sociales.

De lo cual se desprende que la producción de la salud especifica el desarrollo social como totalidad y que no es suficiente una yuxtaposición de saberes y acciones para constituir una salud pública con fundamentos científicos. No obstante, esta premisa general no cancela las divergencias:

Durante la década pasada surgió en Brasil un término alternativo al de salud pública: "salud colectiva". Almeida Filho (1994) la entiende como una puesta al día de los principios decimonónicos de la Medicina Social, traducidos a la coyuntura política y sanitaria de Latinoamérica, que viene a situar el proceso de salud-enfermedad "en el seno de una sociedad compleja y contradictoria, recortada por prácticas institucionales, constituía por agentes históricos" y no en comunidades idealizadas y armoniosas.¹⁷

Sin que esto signifique tomar partido en este debate, conservaremos la expresión "salud pública" únicamente por ser el nombre institucionalizado, dejando al lector la tarea de determinar, si le parece relevante, a cuál de las alternativas mencionadas se acercan más los argumentos expuestos.

♦ Equidad humana y salud pública

La noción de "igualdad en salud" puede causar malestar ideológico por diferentes razones. Chocará desde luego con todo pensamiento que tienda a legitimar la desigualdad o a presentarla como inherente a las relaciones sociales. Pero también muchos pensarán que los obstáculos reales generados por los desgarramientos sociales son demasiado grandes como sostener aspiraciones de igualdad, en el ámbito de la salud o cualquier otro fundamental en el desarrollo humano.

¹⁷ Almeida Filho, N.A.: Los desafíos de la epidemiología latinoamericana. Revista Salud y Cambio, Año 4, N° 14, 1994. Santiago de Chile.

Si el concepto de equidad en salud es usado como una fórmula para evadir ese malestar ideológico, desemboca en el enmascaramiento o negación implícita de una utopía¹⁸ o imagen objetivo válida: la igualdad de posibilidades de los seres humanos para ser sanos, es decir, la inacabable construcción de las condiciones necesarias para el desarrollo integral de sus potencialidades biológicas, psíquicas y sociales.

Con esta salvedad crítica, queda allanado el camino para asumir la equidad en salud como un principio fundamental e ineludible, que debe orientar el proceso de transformación de los servicios, en su doble dimensión de cantidad y calidad".¹⁹ En términos operacionales, implica la expansión racional de su cobertura y el mejoramiento constante de su accesibilidad material y cultural.

Sólo resta aclarar que la equidad en salud no debe ser entendida como "una forma más de equidad", que se sumaría a las de género, edad y modos de conocimiento, sino como *la síntesis de todas ellas en los diferentes niveles de atención y prevención en salud*. O, dicho de otro modo, la accesibilidad de los servicios y el mejoramiento de su calidad presupone la superación de inequidades en todos los aspectos mencionados.

◆ Vulnerabilidad y salud pública

La distinción de dos relaciones principales puede facilitar nuestras reflexiones:

i) La vulnerabilidad es en sí misma un problema de salud pública

A pesar de que estas cifras siempre son determinantes en la respuesta de los gobiernos y en el volumen y destino de la asistencia humanitaria internacional, hoy nadie sostendría que la cifras globales de fallecidos y lesionados son suficientes para planear las acciones de salud durante y después de un desastre.

Echando un vistazo a ciertos criterios, sobre los cuales se ha producido un material escrito muy abundante, podemos observar algunos lineamientos básicos que se toman en cuenta para afinar dichos planes. Entre otros:

- a) La identificación de problemas de salud comunes a todos los desastres - reacciones sociales, enfermedades transmisibles, desplazamientos de población, exposición climática, alimentación-nutrición, salud mental²⁰ y de ciertos problemas específicos que se presentan según los eventos disruptores (terremotos, inundaciones, etc.).

¹⁸ El uso del término "utopía" siempre es riesgoso, porque en su uso más común remite a lo "irrealizable". Aquí lo entendemos como un horizonte que define nuestras perspectivas de cambio social, y hacia el cual podemos movernos sin alcanzarlo nunca de un modo total o definitivo.

¹⁹ Paganini y Chorny: *Los sistemas locales de salud*. Washington, OPS/OMS, p. 431.

²⁰ Seaman, John: *Epidemiología de los desastres naturales*. 1989. Ediciones Harla, S.A. México, D.F.

- b) La continua realización de análisis epidemiológicos sobre los efectos de los desastres en poblaciones humanas específicas. En principio, y tal como se puede esperar ante un tema tan controvertido, nos tendríamos que encontrar aquí ante importantes divergencias, pero más bien llama la atención su ausencia. Si esto es cierto, uno puede hacerse algunas conjeturas: ¿será que no parece apropiado abrir debates cuando predomina el mandato de actuar con eficacia y prontitud? ¿o será que sólo las "consecuencias" de los desastres parecen importantes como problemas de salud?
- c) La programación de procedimientos para las acciones de socorro, coordinadas con la disposiciones de infraestructura y administrativas necesarias.

Lo que llama la atención, en estos grandes lineamientos, es que los desastres son visualizados como episodios coyunturales o procesos que generan graves problemas de salud y no como problemas de salud en sí mismos.

Si por comodidad analítica recurrimos a la identificación de "factores" de vulnerabilidad, podemos constatar que todos ellos son, al mismo tiempo, problemas de salud. De nuevo por facilidad expositiva, presentamos el siguiente cuadro resumen:

Dimensión de la salud	Factores de vulnerabilidad a los desastres
Física	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias de alimentación-nutrición. • Prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas que generalmente se incrementan con la contaminación ambiental, el hacinamiento, los desplazamientos y otros problemas propios de las situaciones de desastre.
Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias sobrevaloradas, supersticiones, prejuicios y otros contenidos cognoscitivos que bloquean un pensamiento lúcido ante las amenazas y la propia vulnerabilidad. • Autorepresentaciones de indefensión o dependencia.
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidades en la constitución y desarrollo de los sujetos colectivos, en lo concerniente a su identidad, organización y solidaridad.
Estos factores se mencionan como ejemplos, sin pretender que el listado sea completo. Además, pueden ser desagregados con arreglo a distintos criterios.	

ii) *La vulnerabilidad a los desastres como obstáculo para la Salud Pública*

Los problemas psicosociales y organizativos que tejen la vulnerabilidad de una población son también obstáculos para la salud pública como acción socialmente organizada, por cuanto esta última se basa en la participación consciente y autorresponsable de los actores individuales y colectivos.

8. Los análisis de riesgo de desastre y la metodología epidemiológica

La epidemiología es un recurso imprescindible para la producción de información esencial para la planificación en salud pública. No obstante, ningún proceso de datificación se realiza al margen de un enfoque teórico acerca de los objetos de investigación construidos y abordados, y por esta razón queda situado en un contexto pluralista de pensamiento.

Más aún, los criterios utilizados para caracterizar diversos enfoques epidemiológicos contienen siempre una posición al respecto. Tampoco aquí se puede reconocer lo contradictorio desde una visión neutral. Por ejemplo, Breilh (1995, op.cit.) sitúa el debate entre una *epidemiología hegemónica*, dentro de la cual identifica dos expresiones, que denomina *académica* y "*oficial simplificada*", y una *epidemiología crítica*. Otros autores optan por relacionar directamente las tendencias de cambio en la metodología epidemiológica con las estructuras variantes de los servicios de salud y las políticas que los respaldan.

El punto que nos interesa es el siguiente: ¿cómo se entroncan las investigaciones sobre los riesgos de desastre con la metodología epidemiológica?

A nuestro juicio, la relación más importante se establece entre los *análisis o estudios de riesgo* (de desastre) y el denominado *análisis de situación de salud*.

◆ **Análisis de riesgo de desastre**

Entendido el riesgo de desastre como una articulación o síntesis dinámica entre amenazas y vulnerabilidad, el objeto de evaluación correspondiente tendrá que incluir y relacionar, en espacios geográfico-poblaciones concretos:

- ◆ la caracterización de las amenazas actuales y potenciales y sus relaciones. Considerando los encadenamientos posibles entre diversas amenazas, esto dará lugar normalmente a la construcción de escenarios de multiamenazas.
- ◆ la caracterización de las condiciones económicas, psicológicas, culturales y relacionales (organización, potencial de cooperación, etc.) de la población en referencia y que de un modo u otro generan o propician el impacto posible de las amenazas escenificadas.

Dos distorsiones frecuentes en este tipo de evaluación son: su reducción a "diagnóstico de amenazas" y la referencia indiferenciada a las dos dimensiones involucradas. En términos más generales, el insuficiente trabajo interdisciplinario es la mayor debilidad para la realización de evaluaciones integrales.

♦ **Vigilancia de la salud**

Este tema ha sido objeto de ordenamientos conceptuales diferentes. Algunos autores usan como término genérico "vigilancia de la salud", distinguiendo dentro de ella el análisis de salud y la vigilancia epidemiológica (centrada en las enfermedades). Para otros, la ruptura con una visión morbo-céntrica se resuelve ampliando el enfoque de la epidemiología, lo que implícitamente hace innecesaria la separación mencionada.

Esquemáticamente podemos reconocer en el análisis de la salud los siguientes componentes:²¹

Vigilancia de la salud	
Componentes	Definición
Objeto	Determinación activa de necesidades y prioridades de salud en poblaciones concretas, con base en el conocimiento y contrastación de sus riesgos y fortalezas.
Intencionalidad cognoscitiva	Descripción, explicación y socialización de conocimientos.
Contextualización empírica	Implica una delimitación geográfico-poblacional (país, región, localidad) y una doble perspectiva temporal: sincrónica y diacrónica.
Actores sociales	Intervienen actores con distintas experiencias, aspiraciones y modos de conocimiento.
Encuadre metodológico	Investigación participativa y especializada.

²¹ Véase: Castillo, A., Sáenz, R., Céspedes, V. y López, M.E.: Análisis de Situación de Salud para el Sector Salud de los EBAIS. Módulo 6, Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud para los Médicos Generales de los EBAIS. Versión preliminar (junio, 1999). San José, Costa Rica.

En lo que concierne a la "vigilancia epidemiológica", sus principales objetivos son: actualizar de forma permanente el conocimiento acerca del comportamiento de las enfermedades en un espacio geográfico-poblacional dado, establecer las susceptibilidad y el riesgo de la población a las enfermedades bajo vigilancia, plantear las medidas de control adecuadas a nivel de resolución y evaluar su impacto. Al igual que el análisis de salud, todo lo anterior con el propósito de apoyar la planificación y prestación de los servicios de salud y determinar necesidades de investigación en salud.²²

Con estos elementos de juicio, podemos concluir en que:

- El análisis de salud y los análisis de riesgo son procesos de producción de conocimiento que convergen en una misma problemática y son susceptibles de integración conceptual y metodológica en tareas específicas de investigación.
- La incidencia de muertes, enfermedades y trastornos físicos y mentales en las poblaciones afectadas por desastres, constituye un problema de vigilancia epidemiológica cuyo abordaje metodológico será básicamente el mismo que se utiliza en otras situaciones.

9. La prevención de desastres no se reduce al "antes" y va más allá de la "evitación"

A la hora de abordar los riesgos de desastre desde una perspectiva de salud pública, puede interponerse una dificultad conceptual: el sentido que se le da al término "prevención". Mientras que en salud pública la vieja diferenciación de "niveles de prevención" no parece ofrecer mayores complicaciones, en la terminología de los desastres casi invariablemente es reducida a la denominada fase de preimpacto o "antes".

El problema no radica tanto en la idea general - "prevenir" = actuar con anticipación para evitar que algo ocurra - presentándose más bien cuando se debe precisar *qué es lo que se quiere evitar*.

Ciertamente lo más deseable es que los desastres no lleguen a producirse. Pero, ¿tendríamos que deducir de ello que ya no hay nada que prevenir una vez que el desastre se ha desencadenado? Para responder esta pregunta, es necesario recordar primero que un desastre es un proceso, dentro del cual es posible diferenciar y relacionar tres fases:

²² Cartín, Mayra y León, Emilia: Vigilancia epidemiológica. Módulo 7 Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud para los Médicos Generales de los EBAIS. Versión preliminar (agosto, 1997). San José, Costa Rica.

Fases	Descripción
Antes	Equivale a lo que podríamos llamar situación inicial de riesgo.
Durante	Concreción del riesgo en el desastre propiamente tal. Esta fase no tiene un único punto de término, ya que las variadas formas de alteración social producidas variarán en su evolución, dependiendo de su gravedad y de la eficacia de las acciones de mitigación emprendidas. En consecuencia, para definir la finalización de un desastre se requiere una decisión evaluativa: un desastre finaliza en el momento en que la población afectada recupera su capacidad global para manejar por sí misma la alteración que ha sufrido, sin que esto implique necesariamente la desaparición de toda situación de urgencia.
Después	Fase en que la población aplica la capacidad de acción recuperada para hacer frente a las “secuelas” del desastre. Predominan objetivos de reconstrucción y se plantea la posibilidad de darles un enfoque de desarrollo sostenible.

Estas fases no tienen fronteras fijas o absolutas. Forman parte integral de un mismo proceso y ni siquiera se van dando rectilíneamente. El “durante” no podría verse desligado de las condiciones de vida existentes “antes” y las secuelas identificadas en el “después” por lo general no serán más que la revelación o profundización de problemas ya existentes en el “antes”. El después tampoco significa una ausencia total de situaciones de emergencia.

La prevención es una intencionalidad práctica que atraviesa todas las fases del proceso de desastre y da lugar a diferentes objetivos y acciones en cada una de ellas.

Una vez entendido esto, podemos comprender que la diferenciación de tres niveles de prevención, por tanto tiempo planteada en el campo de la salud pública, puede ser aplicada también a la evolución de los desastres. En el siguiente cuadro se localizan ciertas acciones, típicamente relacionadas con los desastres, de acuerdo al nivel preventivo en que se sitúan.

	Niveles de prevención		
	Primario	Secundario	Terciario
Fases del desastre	Antes	Durante	Después
Objetivos básicos	Transformar la situación de riesgo a fin de impedir su concreción	Mitigación de efectos sobre las personas, el hábitat, los recursos productivos y la infraestructura.	Superación de las secuelas del desastre
Acciones específicas Y coordinadas (se hace referencia sólo a algunas, a modo de ejemplo)	<p>Relacionadas principalmente con las amenazas:</p> <p>Detección y evaluación</p> <p>Eliminación o control de amenazas socionaturales y antrópicas.</p> <p>Regulación efectiva del uso del suelo</p> <p>Implementación de sistemas de alerta temprana</p> <hr/> <p>Relacionadas principalmente con la vulnerabilidad:</p> <p>Eliminación, reducción, control de factores de vulnerabilidad</p>	<p>Evacuación, rescate, albergue, alimentación, etc. de personas damnificadas o en peligro.</p> <p>Atención médica y psicológica de urgencia.</p> <p>Rehabilitación: diversas actividades destinadas a reducir los efectos destructores del evento disruptor, especialmente en los servicios básicos, producción y transportes.</p> <p>Otras formas de respuesta organizada.</p>	<p>Reconstrucción</p> <p>Programas de salud mental</p> <p>Reorganización del aparato socioproductivo.</p>

La prevención primaria incide directamente sobre el riesgo, es decir, constituye un intento de *evitar la producción y encadenamiento de amenazas y factores de vulnerabilidad*. Por lo mismo, no se reduce a unas cuantas acciones específicas, constituyendo en última instancia un problema de desarrollo.

Por otra parte, la extensión e intensidad de las demandas que se generen en el nivel preventivo terciario dependerán de la eficacia lograda en el nivel secundario, y ambos de los avances conseguidos a nivel primario. Además, este nivel no podría entenderse como un "retorno al principio", porque eso nunca ocurre y, de ser posible, equivaldría a restituir las condiciones iniciales de riesgo.