



Universidad de Valladolid

Facultad de Ciencias Sociales,
Jurídicas y de la Comunicación



CAMPUS PÚBLICO
MARÍA ZAMBRANO
SEGOVIA

**Máster en Comunicación
con Fines Sociales.
Estrategias y Campañas**

**Análisis del grado de aceptación de un programa de
cardioprotección en el Campus María Zambrano de la UVa
en Segovia.**

**Estrategia de comunicación para un Campus
cardioprotegido.**

Autor: Patricia Pérez San José

Tutores: Belinda Torres de Frutos y Miguel Vicente Mariño

JULIO 2019

Agradecimientos

A los profesores y tutores del Máster por sus enseñanzas, su apoyo, por su ayuda. A los compañeros de las dos promociones del Máster con los que compartí aula, descansos, nervios y trabajos. A los trabajadores del Campus, especialmente al equipo PAS de Conserjería por su colaboración.

A mis padres, por ser lo que soy. A Eduardo, gracias por ser mi mitad.

*Nacer sin pasado, sin nada previo
a que referirse, y poder entonces verlo todo,
sentirlo, como deben sentir la aurora
las hojas que reciben el rocío;
abrir los ojos a la luz sonriendo;
bendecir la mañana, el alma,
la vida recibida, la vida ¡qué hermosura!
No siendo nada o apenas nada
por qué no sonreír al universo,
al día que avanza, aceptar el tiempo
como un regalo espléndido,
un regalo de un Dios que nos sabe,
que nuestro secreto, nuestra inanidad
y no le importa, que no nos guarda rencor por no ser...
...Y como estoy libre de ese ser,
que creía tener, viviré simplemente,
soltaré esa imagen que tenía de mí misma,
puesto que a nada corresponde y todas,
cualquier obligación,
de las que vienen de ser yo, o del querer serlo.*

“Pensador del Aura” (María Zambrano, 1989)

Resumen

Este trabajo pretende favorecer la corriente que intenta extender el conocimiento de las técnicas de reanimación cardiopulmonar y el uso del desfibrilador, desterrando falsas creencias y miedos acerca de dichos procedimientos entre la ciudadanía. El objetivo de la difusión de esta información es aumentar las probabilidades de supervivencia tras una parada cardíaca, así como disminuir las posibles secuelas en este tipo de víctimas.

La cardioprotección de espacios públicos es una tendencia creciente en todo el mundo a la que el Campus "María Zambrano" de la Universidad de Valladolid en Segovia se ha unido recientemente. La estrategia comunicativa que se presenta se apoya tanto los resultados de la investigación social realizada entre trabajadores y estudiantes del campus como en el estudio bibliográfico de los aspectos teóricos relacionados con el plan de comunicación diseñado.

Palabras clave:

Cardioprotección, desfibrilador, comunicación sanitaria, riesgos laborales

Abstract:

This work is intended to favor the current that seeks to extend the knowledge of the techniques of cardiopulmonary resuscitation and the use of the defibrillator, banishing false beliefs and fears about such procedures among citizens. The objective of the dissemination of this information is to increase the chances of survival after cardiac arrest as well as to reduce the possible consequences in this type of victims.

The cardioprotection of public spaces is a growing trend throughout the world to which the Campus "María Zambrano" of the University of Valladolid in Segovia has recently joined. The communicative strategy that is presented supports both the results of the social research carried out among workers and students of the campus and in the bibliographic study of the theoretical aspects related to the communication plan designed.

Keywords:

Cardioprotection, defibrillator, health communication, occupational hazards

ÍNDICE

1. Introducción	1
1.1. Justificación	1
1.2. Objetivos	2
1.3. Planificación. Cronograma	3
2. Marco Teórico	5
2.1. Cardioprotección de espacios públicos	5
2.1.1. Concepto de cardioprotección, PCR y muerte súbita.....	5
2.1.2. Evolución histórica de los métodos de reanimación.....	6
2.1.3. Métodos actuales de reanimación.....	9
2.1.4. Desfibrilación.....	11
2.1.5. Aumento de incidentes cardiovasculares.....	13
2.1.6. Actuación de primeros intervinientes.....	16
2.2. Conducta humana en situaciones de emergencia	21
2.2.1. Tipos de conducta en situaciones de emergencia.....	21
2.2.2. Conducta prosocial.....	23
2.3. Prevención de riesgos laborales y seguridad en el trabajo	26
2.3.1. Marco normativo.....	26
2.3.2. Prevención de riesgos como Responsabilidad Social.....	28
2.4. Comunicación en programas de salud	31
2.4.1. Comunicación con fines sociales.....	31
2.4.2. Comunicación y salud.....	33
2.4.3. Comunicación de riesgos.....	35
2.4.4. Comunicación para el cambio de comportamientos.....	37
2.4.5. Cibersalud. Utilización de tic en comunicación y salud.....	40
2.4.6. Comunicación de un programa de salud en el ámbito universitario. Análisis de buenas prácticas.....	42
2.5. Marketing Social y Salud	48
2.5.1 Marketing Social en programas de salud pública.....	48
2.5.2. Marketing Social Corporativo.....	51
2.5.3. Marketing en Administraciones públicas.....	52

3. Investigación Social	55
3.1. Contexto	55
3.2. Método de investigación	58
3.2.1. Objetivos.....	58
3.2.2. Público objetivo.....	59
3.2.3. Hipótesis y preguntas de investigación.....	60
3.2.4. Cronograma.....	61
3.2.5. Recogida de datos: encuesta piloto, encuestas definitivas y entrevistas en profundidad.....	62
3.3. Descripción de resultados	67
3.3.1. Resultados encuestas.....	67
3.3.2. Resultados entrevistas.....	80
3.4. Conclusiones de la investigación	82
4. Plan de Comunicación	86
4.1. Análisis PEST	86
4.2. Tendencias del mercado social	87
4.2.1. Asistencia sanitaria extrahospitalaria en Castilla y León. Recursos en Segovia.....	87
4.2.2. Cardioprotección de espacios públicos en Castilla y León.....	88
4.2.3. Cardioprotección en Segovia.....	91
4.2.4. Cardioprotección en la Uva.....	94
4.3. Análisis estratégico	95
4.3.1. Producto social.....	95
4.3.2. Análisis DAFO.....	95
4.4. Acciones estratégicas	97
4.4.1. Objetivos.....	97
4.4.2. Público objetivo.....	98
4.4.3. Acciones comunicativas.....	98
4.4.4. Planificación.....	100
4.4.5. Recursos necesarios.....	102
4.4.6. Evaluación del plan estratégico.....	102

5. Implementación del Programa de Cardioprotección en el Campus María Zambrano	104
5.1. Primeros pasos de la Cardioprotección del Campus	104
5.2. Ejecución y descripción de Acciones Comunicativas llevadas a cabo	106
5.2.1. Guía informativa	107
5.2.2. Folleto divulgativo.....	108
5.2.3. Campaña “#Aprendeasalvarvidas #AprendeRCP”.....	109
5.3. Conclusiones sobre implementación del programa en el Campus “María Zambrano”	116
6. Fuentes Consultadas	119
6.1. Fuentes bibliográficas.....	119
6.2. Webs consultadas.....	126
7. Anexos	128
ANEXO 1. Cuestionarios.....	130
ANEXO 2. Transcripción entrevistas.....	138
ANEXO 3. Consentimiento tratamiento imágenes.....	146
ANEXO 4. Guía informativa sobre cardioprotección de espacios públicos.....	147
ANEXO 5. Folleto divulgativo.....	160

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación

Existe una gran preocupación, entre los profesionales sanitarios y en especial en aquellos que desarrollan su labor profesional en el ámbito de las emergencias, acerca de la necesidad de dotar de suficientes medios y de proporcionar la información, la formación y los medios técnicos necesarios a la población, con el fin de evitar las muertes por incidentes cardíacos súbitos.

Según datos del I Foro de Expertos en Desfibrilación Semiautomática (Madrid, 2002), aproximadamente se produce una PCR¹ súbita cada 20 minutos en nuestro país, una cifra 4 veces superior a la que representan los accidentes de tráfico. Se trata de un problema de gran importancia del que una gran parte de la población española aún no es consciente.

La legislación tampoco ha avanzado demasiado en este sentido ya que aún no existe la obligatoriedad en todas las Comunidades Autónomas, de disponer de los medios necesarios para evitar este gran problema.

Para disminuir estas cifras de muertes por PCR súbita, es imprescindible la colaboración de los testigos presenciales en dicha emergencia desde el primer minuto en que esta acontece.

En la actualidad, los Servicios de Emergencia disponen de una amplia implantación y profesionalización en todo el territorio nacional. No ocurre lo mismo, sin embargo, cuando el tema se extrapola a otros ámbitos como el laboral, escolar, cultural, comercial, etc. Por ello es fundamental, antes de iniciar cualquier programa de intervención en esta materia, conocer cuál es la opinión de las personas a las que irían destinadas estas acciones. Se hace imprescindible hacerles partícipes de la situación y sensibilizarles para garantizar el éxito de las acciones a desarrollar.

¹ PCR: parada cardiorrespiratoria, cese de la actividad cardíaca y respiratoria.

En este trabajo se pretenden investigar algunas cuestiones tales como hasta qué punto son conscientes estos primeros intervinientes de la importancia de cardioproteger los espacios públicos, qué miedos, preocupaciones y rechazos tienen ante la posibilidad de tener que actuar en una de estas situaciones y qué grado de implicación estarían dispuestos a aceptar en este sentido. Los resultados de la investigación serán el punto de partida de un plan de comunicación que intentará crear una corriente positiva, en favor de los primeros auxilios y de la cardioprotección del Campus María Zambrano de la UVa en Segovia.

Por todo ello, inicio mi investigación, para conocer de primera mano el caso de este centro público con el fin de instaurar, en el futuro, un programa de cardioprotección.

“La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de la vida, el cuidado y la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal” (Costa, M. y López, E., 1988).

1. 2. Objetivos

El objetivo general de este trabajo es elaborar un plan de comunicación que favorezca la implantación de un programa de cardioprotección en el Campus María Zambrano de Segovia. Para llegar a alcanzar este objetivo general se plantean una serie de objetivos específicos que se enumeran a continuación:

- ✓ Realizar una aproximación teórica a los diferentes aspectos relacionados con este tema: cardioprotección de espacios públicos, aspectos psicológicos de la conducta humana en situaciones de emergencia, prevención de riesgos laborales y seguridad en el trabajo, comunicación en programas de salud y marketing social.
- ✓ Analizar el grado de aceptación que tendría un programa de cardioprotección en el Campus, entre sus trabajadores.
- ✓ Conocer la opinión de los estudiantes de la Facultad de Educación sobre estos aspectos, como futuros educadores.
- ✓ Analizar el entorno más cercano en relación a los factores que pueden condicionar de alguna manera la cardioprotección del Campus.

1.3. Planificación del trabajo

Este trabajo tiene tres partes, en una primera parte se establecen las bases teóricas que delimitan el marco donde se desarrollará este proyecto, en una segunda parte se muestra la investigación social llevada a cabo y que permite mediante el análisis de sus resultados, elaborar unas conclusiones que sustentarán el proyecto, y en la última parte se presenta el plan de comunicación con las diferentes estrategias que facilitarán la implantación del programa de cardioprotección del campus. Finalmente se ha incluido un capítulo sobre la implementación del programa de cardioprotección y sobre la ejecución de algunas de las acciones del plan de comunicación.

A continuación, se muestra el trabajo desarrollado desde el mes de septiembre, en el que se inicia el mismo y el mes de julio en el que se presenta el trabajo.

FASE	SEP	OCT	NOV	DIC	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
Establecer problema estudio	X										
Recopilación bibliografía	X										
Elaboración marco teórico	X										
Desarrollo investigación		X									
Diseño plan comunicación							X	X	X	X	
Acciones Comunicativas									X	X	X
Elaboración presentación										X	X

Tabla.1.1. Cronograma del Trabajo Fin de Máster. Elaboración propia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Cardioprotección de espacios públicos

Es fundamental definir una serie de conceptos técnicos para realizar una primera aproximación al ámbito de las emergencias que pueden ocurrir en cualquier espacio público y que pueden tener como consecuencia la parada cardíaca, en estos casos es vital la intervención de los testigos de la misma. Las actuaciones que se deben realizar están avaladas por diferentes organismos científicos, que basándose en evidencias médicas se han ido modificando a lo largo del tiempo.

2.1.1. Concepto de “cardioprotección”, PCR y muerte súbita

La cardioprotección o creación de espacios cardioprottegidos es una tendencia en alza, impulsada por los principales organismos nacionales e internacionales, como AHA, ERC o CERP². Todos ellos recomiendan en sus últimas actualizaciones, una rápida intervención por parte de testigos, que deben estar convenientemente formados, en caso de que se produzca una parada cardiorrespiratoria fuera del entorno hospitalario.

Es imprescindible diferenciar en este punto dos conceptos que suelen emplearse indistintamente, ya que de no hacerlo podría darse menos valor a la importancia de la intervención de las personas que son testigos durante los primeros momentos tras la parada, que precisamente, es uno de los objetivos de este trabajo:

- ✓ Parada cardiorrespiratoria (PCR): se trata de un concepto general, determinado por el cese de la actividad cardíaca y respiratoria, que se produce como consecuencia de procesos biológicos que determinan el final de la vida por el envejecimiento, la fase final de enfermedades terminales y las muertes súbitas. En los casos del final de la vida, inevitable como consecuencia del envejecimiento o enfermedad terminal, las técnicas de reanimación tienen un menor porcentaje de éxito o incluso están desaconsejadas. En estos casos, en los que se desaconseja la reanimación, el médico responsable debe emitir la “*Orden de No Reanimar*”³.

² AHA: American Heart Association. ERC: European Research Council. CERP: Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar.

³ Orden de No Reanimar: según la Comisión de Bioética de Castilla y León, es la decisión médica que debe figurar en la Historia Clínica del paciente, debe ser conocida por todo el equipo que atiende al paciente y que solo afecta a la no realización de reanimación cardiopulmonar en estos pacientes, con mal pronóstico como neoplasias, fracaso multiorgánico, etc.

- ✓ Muerte súbita: se produce de manera repentina en personas sin sintomatología previa o que se consideraban sanas (Huikuri H. et al. 2001). Precisamente, estos son los casos en los que estaría indicada la desfibrilación precoz. A lo largo de este estudio me referiré a la PCR extrahospitalaria relacionada con una muerte súbita, ante la cual es necesaria una intervención inmediata que aumentaría las probabilidades de supervivencia de la víctima.

Si se tomaran como base de la investigación aquellos estudios que tienen en cuenta todos los casos de PCR, incluyendo las originadas por envejecimiento o enfermedad terminal, los resultados nos llevarían a concluir que las actuaciones a llevar a cabo ante una parada no son tan eficaces (Curós, 2001). Por lo tanto, son conceptos que deberán ser aclarados al público al que se destine el plan de comunicación sobre cardioprotección.

2.1.2. Evolución histórica de los métodos de reanimación

El ser humano ha intentado revertir la muerte de sus congéneres durante toda la historia. Existen multitud de curiosos ejemplos de reanimación, que se han realizado años atrás y que se basaban en la observación. Por muy extravagantes que nos parezcan, algunas son precursoras de las técnicas que se emplean hoy en día. En la actualidad los métodos de reanimación aceptados por las sociedades científicas se basan en la evidencia médica⁴ y están sometidos a permanente revisión y estudio.

Algunos de los métodos que pasaron a la historia y fueron sustituidos por métodos científicos se describen a continuación.

El “Kuatsu” o arte de resucitar, era una técnica que consistía en aplicar presión sobre centros cardiorrespiratorios del cuerpo de la víctima, se empleaba en China 3000 años a.C. (Nalda, 2007). Muchas de estas técnicas son consideradas precursoras de las actuales y aún hoy están presentes en algunos manuales de artes marciales.

⁴ Medicina Basada en la Evidencia (MBE): se trata de un nuevo paradigma en el ejercicio de la práctica en diferentes profesiones sanitarias, definido por primera vez por Gordon Guyatt (1992), en el que, mediante la aplicación del método científico, a través de ensayos clínicos, se tomarán las decisiones terapéuticas más apropiadas en cada caso.



Fig. 2.1. Kuatsu. Fuente: *Revista de Artes Marciales Asiáticas. Volumen 2 (2007)*.

En Egipto, hace unos 3000 años, se comenzó a emplear el método de inversión que después se utilizó en el resto de Europa. Esta técnica consistía en colgar a la víctima de los pies para estimular su respiración tras la parada cardíaca.



Fig. 2.2. Método inversion. Fuente: *History of the Cardiopulmonary resuscitation 2011” Pearls in Intensive Care Medicine*.

El uso de fuelles para intentar dar ventilación a la víctima de parada, se empleó en el siglo XVI hasta el siglo XVII. Esta técnica se considera precursora de los actuales métodos de ventilación manual. En esta época, también se empleó el método del “*enema de humo de tabaco*”, en el que se introducía el humo a través del recto con el fin de aportar calor a la víctima como método de reanimación.



Fig. 2.3. Métodos fuelle y enema de tabaco. Fuente: *History of the Cardiopulmonary resuscitation 2011*” *Pearls in Intensive Care Medicine*.

En Europa, a lo largo de los siglos XVII y XVIII, se practicaron diferentes métodos que consistían en aplicar un estímulo externo a la víctima, como hacerle rodar sobre un barril o trotar en caballo, de esta forma se pretendía estimular la circulación sanguínea.



Fig. 2.4. Métodos estimulación externa. Fuente: *History of the Cardiopulmonary resuscitation 2011*” *Pearls in Intensive Care Medicine*.

El método ruso, empleado a principios del siglo XIX, consistía en tapar el cuerpo de la víctima con nieve para conseguir su recuperación. La hipotermia es uno de los métodos empleados en la actualidad en el tratamiento post parada en caso de fallo cardíaco.



Fig. 2.5. Método Ruso. Fuente: *History of the Cardiopulmonary resuscitation 2011*” *Pearls in Intensive Care Medicine*.

El conocimiento de la evolución de los métodos de reanimación que se han llevado a cabo a lo largo de los años y su sustitución por otros basados en la evidencia científica, puede ser una de las estrategias comunicativas del plan de comunicación sobre cardioprotección, acercándonos de esta forma al público objetivo, despertando su curiosidad y dando énfasis a la importancia de la aplicación del método científico a estas técnicas.

2.1.3. Métodos actuales de reanimación

Los primeros en introducir el concepto de desfibrilación eléctrica fueron Prevost y Bartelli en 1899, después de experimentar con animales a los que aplicaron una corriente eléctrica con el fin de revertir una fibrilación ventricular⁵.

El cardiólogo irlandés James Francis Pantridge fue el encargado de desarrollar e instalar el primer desfibrilador portátil, precursor del actual DEA⁶, en 1966 en Belfast. En la ambulancia donde se colocó el primer desfibrilador se consiguió revertir la primera PCR con esta técnica y supuso un gran logro en la asistencia extrahospitalaria.

El presidente de los EEUU Lyndon Johnson fue tratado en 1972 con éxito con uno de estos dispositivos, aunque falleció en 1973 debido a un nuevo infarto. Este primer desfibrilador pesaba unos 70 kg, pero paulatinamente se fue aligerando en tamaño y peso, de esta forma se facilitaba su manejo en el mismo lugar donde se producía la PCR.



Fig. 2.6. Primer desfibrilador portátil. Fuente: <http://es.heartsine.com>

⁵ Fibrilación ventricular: alteración del ritmo cardiaco que se caracteriza por una actividad caótica que precede a la parada

⁶ DEA : Desfibrilador externo automático, dispositivo que posibilita el choque eléctrico para revertir una PCR.

Peter Safar, junto con otros médicos (William Kowenhoven, Guy Knickerbocker y James Jude), es considerado el padre de los actuales métodos de RCP. Así, a principios de los años 50 estableció los protocolos de apertura de la vía aérea, ventilaciones y compresiones. Además fue pionero en la formación en primeros auxilios y junto con Asmund Laerdal creó los primeros maniqués de entrenamiento en RCP⁷ que aún en la actualidad se emplean en formación.



Fig. 2.7. Peter Safar practicando ventilación artificial. Fuente: History of the Cardiopulmonary resuscitation 2011” Pearls in Intensive Care Medicine.

Las maniobras de reanimación empleadas en la actualidad consisten en reconocer precozmente la PCR y solicitar ayuda, iniciar las compresiones torácicas y conseguir un desfibrilador. También permiten minimizar el posible daño neurológico ocasionado por la disminución del aporte de oxígeno a las estructuras cerebrales o isquemia cerebral y que podría ocasionar secuelas irreversibles.

Las compresiones torácicas se realizan colocando las manos del reanimador sobre el tórax desnudo de la víctima comprimiendo “fuerte” (descenso del tórax de 5 a 6 cm) y “rápido” (de 100 a 120 compresiones por minuto).

Existen tres fases a partir del momento en el que se produce la PCR (Weisfeldt, et al, 2002) en las que el corazón y el resto de estructuras corporales sufren un deterioro progresivo.

- ✓ Primera fase: aún hay aporte sanguíneo al corazón durante los 4 primeros minutos, sería el momento idóneo para emplear el desfibrilador.

⁷ RCP: conjunto de maniobras que posibilitan, junto con el choque eléctrico, solventar la PCR. Consiste en aplicar 30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones (únicamente en el caso de que el reanimador esté entrenado y disponga de mascarilla barrera).

- ✓ Segunda fase: se produce de 4 a 10 minutos tras la PCR, se detiene el aporte de sangre al corazón por lo que es imprescindible realizar maniobras de RCP.
- ✓ Tercera fase: se produce a partir de los 10 minutos, incluye cambios producidos por la falta de oxígeno en los tejidos y que disminuyen las posibilidades de supervivencia.

Es decir, el choque eléctrico con desfibrilador debería aplicarse dentro de los 5 primeros minutos tras la PCR para asegurar el éxito en las maniobras de RCP. Este intervalo de tiempo tan corto, hace necesario disponer de un número de dispositivos suficientes en los espacios públicos y capacitar a las personas que se encuentran en ellos para utilizarlos. Por ello, organismos especializados como el CERCP (Consejo Español de RCP), recomiendan la instalación de desfibriladores en lugares públicos donde hay una gran afluencia de público y lugares con instalaciones deportivas, entre otros.

2.1.4. Desfibrilación

Un DEA es un dispositivo portátil que analiza el ritmo cardíaco y en caso necesario posibilita una descarga eléctrica que permite la recuperación del ritmo cardíaco. Este equipo automático dispone de indicativos visuales y un altavoz que ayuda a la persona que lo utiliza, señalando los pasos que debe seguir. Algunas de estas órdenes son: cómo colocar los electrodos sobre el tórax de la víctima y cómo conectarlos al aparato, cómo aplicar la descarga si estuviera indicado, recomienda no tocar a la víctima durante la descarga y si es necesario continuar con RCP tras el choque, entre otras.

En PCR producidas por fibrilación ventricular, la desfibrilación y las maniobras de RCP coordinadas suponen la única posibilidad de recuperar las funciones vitales de la víctima.



Fig. 2.8. DEA de entrenamiento. Fuente propia.

En el año 2010 la AHA implementó un eslabón en la cadena de supervivencia⁸ que incluye la desfibrilación en el ámbito extrahospitalario, es decir, aplicar el choque eléctrico en el menor tiempo posible tras la PCR.



Fig. 2.9. Cadena de supervivencia. Fuente: AHA 2010.

En España existe un Real Decreto (RD 365/2009, de 20 marzo de 2009), en el que se establecen los requisitos que como mínimo deben cumplirse, en cuanto a calidad y seguridad, en relación al uso de desfibriladores semiautomáticos. En este mismo decreto, se resalta la importancia de la desfibrilación por parte de personal no sanitario en espacios públicos. Pero este RD no establece en ningún caso la obligatoriedad de disponer de desfibriladores, son las Comunidades Autónomas las que establecen dicha obligatoriedad.

En la actualidad solo existe legislación que obliga a instalar desfibriladores en lugares públicos en 8 Comunidades Autónomas: Andalucía, Cataluña, País Vasco, Canarias, Asturias, Madrid, Valencia y Cantabria. De todas ellas, es la Comunidad de Madrid quién lidera el uso de desfibriladores según el Estudio de cardioprotección en España (B-Safe-2018), disponiendo de 1 por cada 753 habitantes.

Esta falta de obligatoriedad y la heterogeneidad en la aplicación de la normativa en las diferentes Comunidades Autónomas, representa una de las principales dificultades en la aplicación de cardioprotección en espacios públicos en nuestro país.

⁸ Cadena de supervivencia: conjunto de pasos a seguir en caso de PCR que sigue las recomendaciones de organismos internacionales como la AHA o la ERC.

2.1.5. Aumento de incidentes cardiovasculares

La primera causa de muerte en España son las enfermedades cardiovasculares (un 29,2% del total de defunciones), según datos del INE de 2016⁹. Según estos mismos datos, las enfermedades cardiovasculares que más muertes provocan son las enfermedades isquémicas del corazón¹⁰, siendo ésta la principal causa de muerte súbita. En concreto, en la provincia de Segovia fallecieron 63 personas por infarto en el año 2015.

Según estas cifras, la probabilidad de que suceda un incidente cardiovascular que conduzca a la PCR, es tan elevada en lugares con gran afluencia de personas que es necesario aplicar la cadena de supervivencia por parte de primeros intervinientes, es decir, los testigos que presencian una PCR antes de que acudan los servicios de emergencias.

El aumento de estas enfermedades se relaciona con cambios en los hábitos relacionados con el modo de vida de las sociedades modernas y que afectan a toda la población, incluso a los más jóvenes. Existen algunos factores de riesgo que podrían ser modificados corrigiendo estos malos hábitos de vida, pero que cuando coexisten se potencian entre sí y favorecen la aparición de enfermedades cardiovasculares que pueden conducir a un incidente cardíaco. Algunos de estos factores son enumerados a continuación.

✓ **Hiperlipemias:** se define como un trastorno metabólico en el que existe elevación de los niveles de colesterol y triglicéridos en la sangre. Se produce por malos hábitos dietéticos o por causa genética. El exceso de lípidos en sangre favorece su depósito en los vasos sanguíneos aumentando la probabilidad de una isquemia de las arterias coronarias.

✓ **Sedentarismo:** el bajo nivel de actividad física disminuye la movilización de lípidos y dificulta el riego sanguíneo. Favorece la isquemia cardíaca. En la siguiente tabla se puede apreciar el aumento de las cifras de sedentarismo, en los últimos años, sobre todo en las mujeres.

⁹ INE: “Defunciones según causa de muerte. Año 2016”, 2017.

¹⁰ Enfermedades isquémicas del corazón: Déficit del aporte sanguíneo al miocardio por obstrucción de las arterias coronarias, son el infarto agudo de miocardio y la angina de pecho.

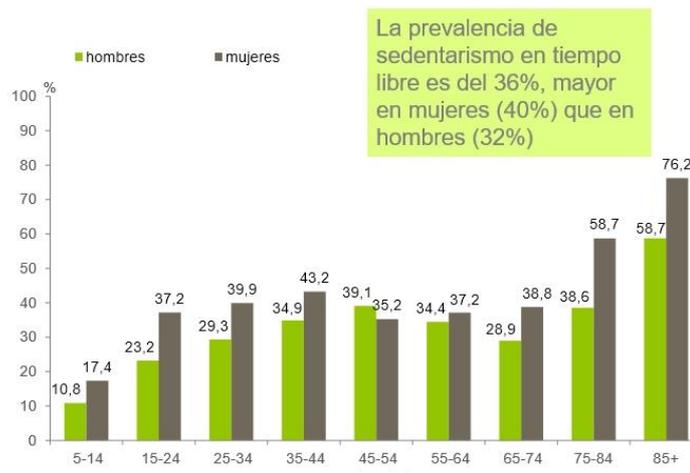


Tabla 2.1. Sedentarismo en tiempo de ocio, a partir de los 5 años. Fuente: Encuesta Nacional de Sanidad y Consumo 2017.

- ✓ Obesidad y sobrepeso: según la OMS se definen como “la acumulación anormal o excesiva de grasa” y se debe a “desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas”. Tal y como indica la siguiente tabla, las cifras de obesidad y sobrepeso, han experimentado un aumento importante en los últimos treinta años.

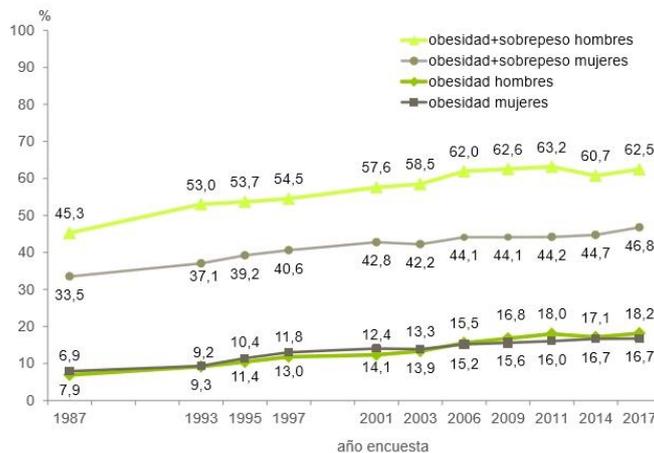


Tabla 2.2. Cifras de obesidad y sobrepeso en adultos. Fuente: Encuesta Nacional de Sanidad y Consumo 2017.

- ✓ Hipertensión arterial: son elevados niveles de presión arterial de forma continuada que provocan daños en los vasos sanguíneos y que favorecen la patología isquémica del corazón. Se relaciona con exceso de sodio y lípidos en la dieta, con la obesidad, el sedentarismo, el consumo de tabaco y otros tóxicos. En la siguiente tabla se observa el aumento de factores de riesgo que suelen ir unidos a la hipertensión arterial como hipercolesterolemia y la diabetes.

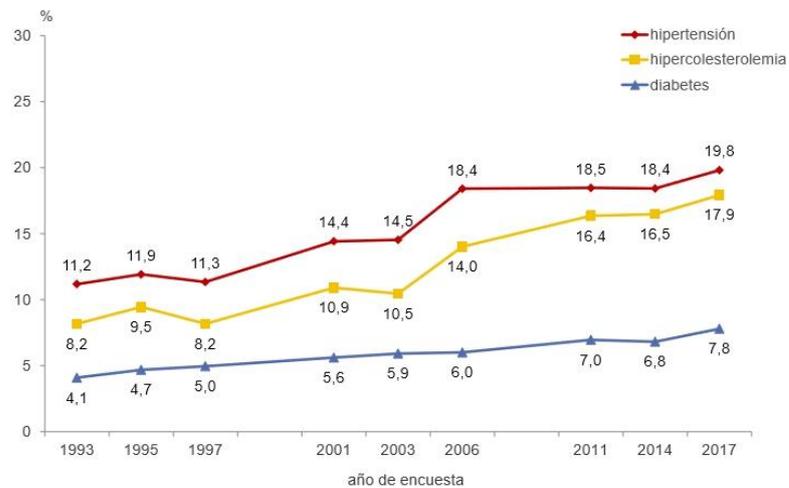


Tabla 2.3. Cifras de hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes en adultos. Fuente: Encuesta Nacional de Sanidad y Consumo 2017.

- ✓ Consumo de tóxicos: como tabaco, alcohol y drogas, que producen importantes daños vasculares y miocárdicos irreversibles que pueden desencadenar patología isquémica.

En la siguiente tabla se refleja el consumo de tabaco en la población a partir de los 15 años, y cómo se ha experimentado un descenso únicamente en relación a los datos de los hombres.

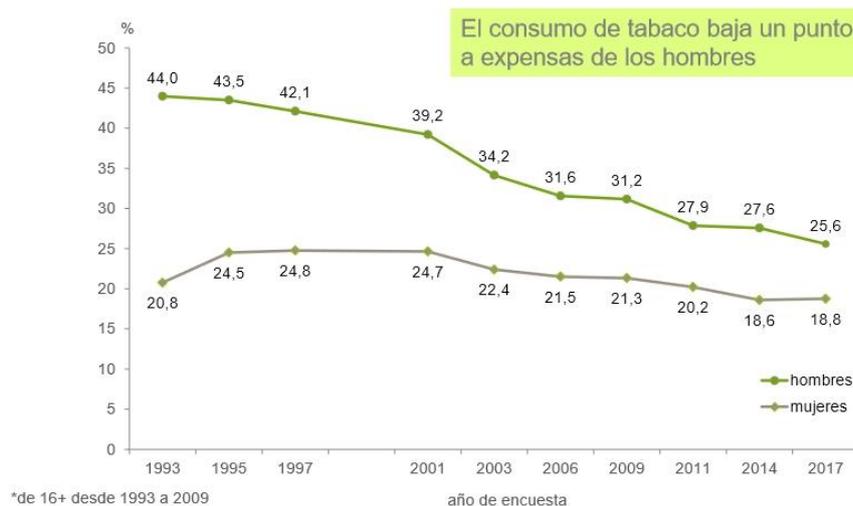


Tabla 2.4. Consumo diario de tabaco a partir de los 15 años. Fuente: Encuesta Nacional de Sanidad y Consumo 2017.

En la siguiente tabla se puede observar que, dentro de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia, se encuentran dos relacionadas directamente con el riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial y cifras de colesterol elevado.

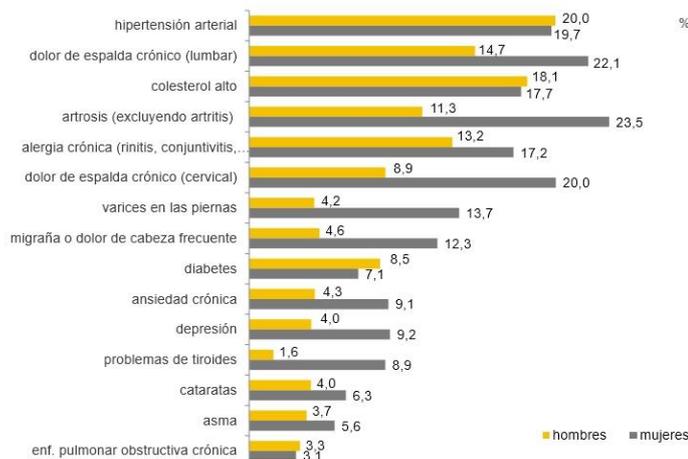


Tabla 2.5. Trastornos crónicos prevalentes en adultos. Fuente: Encuesta Nacional de Sanidad y Consumo 2017.

En resumen, y siguiendo las indicaciones de la AHA (2018), podemos concluir que “*una dieta y un estilo de vida saludables son las mejores armas para luchar contra la enfermedad cardiovascular*” y por tanto disminuir las muertes súbitas originadas por estos factores. Se trata de un amplio campo, la implantación de hábitos de vida saludables, que puede tener conexión con el programa de cardioprotección de espacios públicos.

2.1.6. Actuación de primeros intervinientes

La probabilidad de que suceda un incidente cardiovascular, que conduzca a la PCR, es tan elevada en lugares con gran afluencia de personas que es necesario aplicar la cadena de supervivencia por parte de primeros intervinientes.

El primer interviniente es aquella persona que presencia una PCR antes de que acudan los Servicios de Emergencias. La intervención precoz por parte de estos testigos, no solo aumenta las posibilidades de supervivencia, sino que disminuye las secuelas neurológicas que pudieran aparecer después, como consecuencia de la falta de oxigenación en el tejido cerebral (Socorro, 2012).

Se debe tener en cuenta la obligación que tenemos todos los ciudadanos de auxiliar en situaciones de emergencia y que está reflejada en nuestro Código Penal, (*Ley Orgánica 10/1995, 23 de noviembre. Título IX, artículo 195*) como delito de omisión de socorro:

“El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiera hacerlo sin riesgo propio ni de terceros” “En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno”

Es decir, de acuerdo con lo establecido en el Código Penal, todos estamos obligados a prestar ayuda o a pedirla cuando presenciamos una situación de urgencia. Ambas actuaciones están recogidas en la cadena de supervivencia anteriormente expuesta.

La mayoría de las emergencias sanitarias son presenciadas y comunicadas al 112 por testigos según queda recogido en la siguiente tabla.

TIPO DE ALERTANTE	PORCENTAJE
ATENCIÓN PRIMARIA (Centro de Salud, equipo de atención 1ª)	25,26%
PACIENTE O FAMILIAR	9,43%
TESTIGO	49,64%
FUERZAS DE SEGURIDAD	1,06%
OTROS	14,61%

Tabla 2. 6. Fuente: Elaboración propia. Datos de la Memoria anual Emergencias Sanitarias. 2017

Si estos testigos aplicaran maniobras de RCP combinadas con una desfibrilación temprana durante el primer minuto, las probabilidades de éxito serían del 90 % según datos del informe de Desfibrilación Semiautomática de España de 2007 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2007). Este primer minuto corresponde a la actuación de los primeros intervinientes ya que es muy improbable que, en ese momento, se encuentren presentes los Servicios de Emergencias, ya que los tiempos medios de respuesta de los Equipos de Emergencias en Castilla y León, según datos de SACYL de 2017, dependiendo del tipo de recurso, son superiores a los 10 minutos. Transcurridos 10 minutos, las posibilidades de supervivencia son mínimas.

TIPO DE RECURSO SACYL	TIEMPOS MEDIOS DE RESPUESTA
Unidad Móvil de Emergencias (UVI móvil)	13 minutos
Unidad de Soporte Vital Básico	17 minutos
Helicóptero Sanitario	32 minutos

Tabla 2.7. Fuente: Elaboración propia. Datos de la Memoria anual Emergencias Sanitarias. 2017

Cada minuto que se demora la aplicación de desfibrilación, las probabilidades de éxito disminuyen entre un 7 y un 10 %. Es decir, de la correcta actuación de los primeros intervinientes, depende la probabilidad de sobrevivir de la víctima y la probabilidad de presentar secuelas neurológicas en caso de superar la parada.

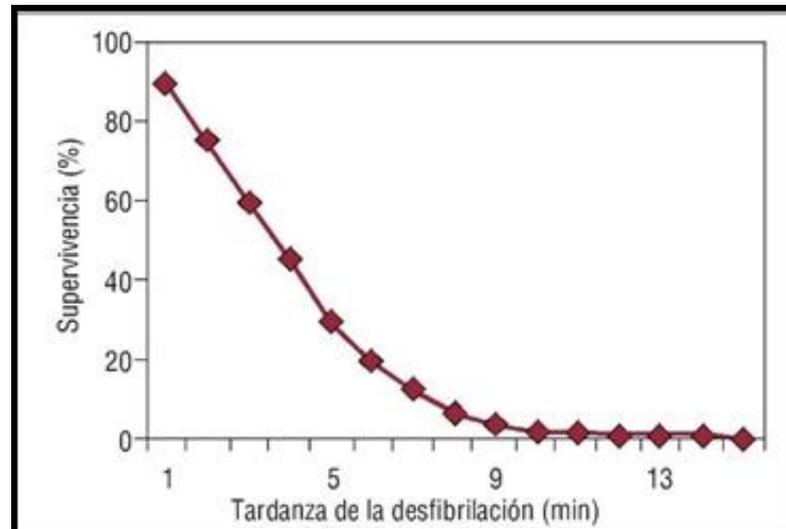


Fig. 2. 10. Probabilidades supervivencia en relación al tiempo en que se demora la desfibrilación. Fuente: Vigo, J. 2001.

Resulta más que evidente, con estas cifras, que los testigos que presencian una PCR deberían ser los primeros en reaccionar, pero para poder llegar a esto deberían disponer de una mínima formación previa y de un acceso rápido a un desfibrilador con posibilidad de conectar con el 112, ya que las recomendaciones actuales indican la necesidad de actuación de primeros intervinientes sin formación previa con la ayuda de un técnico del 112 (RCP con soporte telefónico).

En el año 2010 el CERCP (Consejo Español de RCP) a través de un estudio de SIGMADOS a la población española obtuvo los siguientes resultados:

- ✓ El 45 % de los encuestados no sabe que es una PCR.
- ✓ El 85 % no sabe que es la cadena de supervivencia.
- ✓ El 74 % no sabe que es un desfibrilador.
- ✓ El 26 % de los encuestados afirma que sabría actuar ante una PCR.

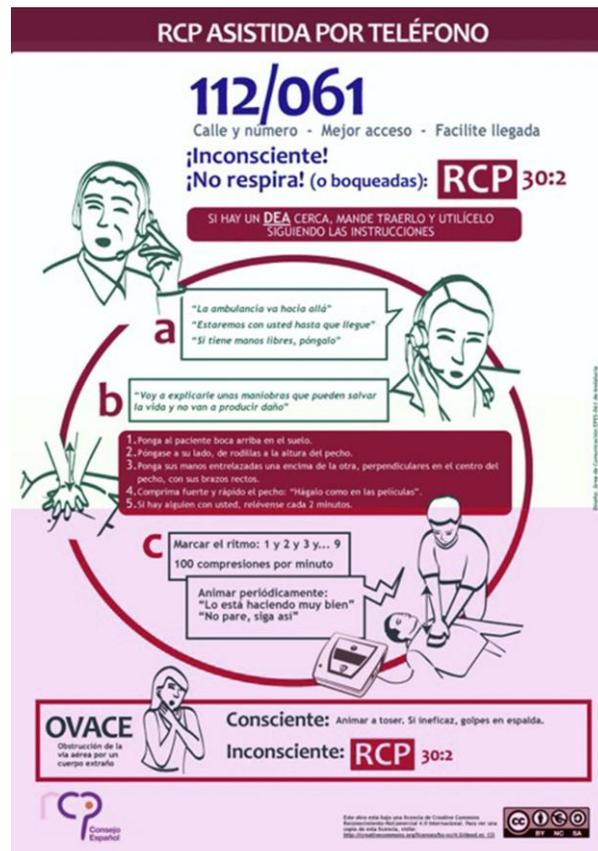


Fig. 2.11. Recomendaciones RCP asistida por teléfono. Fuente: CERCP.

Este mismo organismo elaboró un informe en el año 2012 sobre “instalación, autorización y formación para el uso del desfibrilador fuera del ámbito sanitario”, algunas de las recomendaciones que aparecen en el informe son:

- ✓ Cualquier programa de formación que se lleve a cabo para el empleo del desfibrilador por parte de personal no sanitario deberá realizarse de acuerdo a las características de la persona que va a recibir la formación.
- ✓ La formación práctica deberá contar con un mínimo de 3 horas.
- ✓ Se deberá incluir en el programa de formación el reconocimiento precoz de la PCR, activación precoz de los Servicios de Emergencias, técnicas de compresión torácica y ventilación y uso del desfibrilador.
- ✓ La formación será reconocida por el propio CERCP, debiendo ser el instructor del curso personal sanitario, médico o enfermera, acreditado también por CERCP.

A pesar de los esfuerzos de organismos científicos nacionales e internacionales en concienciar a los poderes públicos y a la sociedad en general, la actuación de los testigos de la PCR sigue siendo el punto débil de la cadena de supervivencia y una asignatura pendiente en nuestro entorno.

Muy pocos países de Europa incluyen de forma obligatoria, las técnicas de RCP en el sistema educativo, el ejemplo más avanzado es Noruega desde el año 1960.

Numerosos estudios han intentado averiguar las causas por las que los testigos rechazan realizar los procedimientos de RCP hasta la llegada de los Servicios de Emergencias. Algunos autores como López Messa (2008) han llegado a las siguientes conclusiones en relación a los principales temores en relación a la realización de estas técnicas ante una PCR:

- ✓ Miedo a contagiarse de alguna infección al ventilar “boca a boca”: en la actualidad, las indicaciones de los organismos internacionales y expertos en RCP, recomiendan que los procedimientos se centren únicamente en la aplicación de compresiones torácicas de calidad e ininterrumpidas. De esta forma se estimula la circulación sanguínea y se disminuye al mínimo el contagio de infecciones por la ventilación “boca a boca”.
- ✓ Miedo a no conseguir salvar a la víctima: el entrenamiento periódico y la disponibilidad de los medios necesarios (DEA), aumenta la seguridad de actuación en primeros intervinientes y disminuye el temor en la realización de la RCP. Algunos estudios (Lazo, 2017) demuestran que una vez formados, un elevado porcentaje de los participantes en un programa de capacitación en RCP disminuyen su miedo a la hora de iniciar estas maniobras en caso necesario.
- ✓ Miedo a las consecuencias legales: en este caso se aplicarían los principios éticos de la “*beneficencia y no maledicencia*”¹¹, es decir, la actuación y ejecución de las maniobras de RCP siempre buscan el beneficio de la víctima

Todos estos aspectos que pueden obstaculizar la actuación de los testigos de cualquier emergencia, disminuyendo la eficacia de cualquier acción posterior, deberán ser tenidos en cuenta en el plan de comunicación que se elabore como estrategia para garantizar el éxito del programa de cardioprotección.

¹¹ Principios de beneficencia y no maledicencia: forman parte de los principios básicos de la bioética, aplicados a las ciencias sanitarias, en relación a la obligación de “hacer el bien” y no causar daño o “*primum non nocere*”, expresión latina que indica que lo primero es no hacer daño.

2.2. Conducta humana en situaciones de emergencia

Los mecanismos que determinan la conducta de las personas que actúan como primeros intervinientes en una emergencia son complejos y ocasionan diferentes tipos de conducta. Del mismo modo, la existencia de una conducta prosocial en los testigos de estos incidentes, puede favorecer su participación activa en la misma.

2.2.1. Tipos de conducta ante una emergencia

Para poder elaborar un plan de comunicación efectivo es importante tener en cuenta la forma en que reaccionamos y actuamos los individuos ante una situación de emergencia. Según Fidalgo (1993) las reacciones más habituales son:

- ✓ El 75% de las personas actúan con desconcierto y de forma desordenada.
- ✓ Entre el 10-25% actúan mostrando actitudes que van de la confusión al pánico.
- ✓ El otro 10-20% restante actúan con calma, manteniéndose unidas, estudiando todas las posibilidades.

Algunos autores determinan la existencia de diferentes modelos de conducta del ser humano ante una situación de emergencia, algunos de estos son:

El *Modelo de reacción ante una amenaza incierta* (Whitney, 1962), entiende las situaciones de emergencia como una “amenaza” ante la cual la persona responde, en función de sus propias características personales, a esta situación estresante en siete fases:

1. Reconocimiento de la amenaza.
2. Validación de la amenaza como situación real.
3. Definición de la situación, permite organizar la situación y determinar sus características.
4. Evaluación, permite planear la forma de actuar (controlar la situación, protegerse).
5. Compromiso, permite ejecutar la acción. Si no consigue eliminar la amenaza pasará a la siguiente fase.
6. Reevaluación y sobrecompromiso, cuando no se ha conseguido eliminar la amenaza aumenta el miedo por lo que dedicará menos tiempo y esfuerzo a planear la acción a seguir.
7. Red de defensas, si permanece la amenaza continuará generando defensas cada vez más con más riesgo.

Según este modelo es fundamental que todas las personas a nivel individual, sepamos detectar, definir y saber cómo actuar para poder llegar a hacerlo, de aquí la importancia de formar e informar al público sobre aspectos relacionados con emergencias.

El Modelo de la Intervención del espectador en una emergencia (Latané y Darley, 1968), es lo que algunos expertos han llamado “*el efecto espectador*”¹². Este modelo explica como la responsabilidad ante una emergencia presenciada se diluye cuanto mayor es el número de testigos. Según este modelo, la reacción se produce en cinco fases:

1. Percepción del suceso.
2. Interpretación como emergencia, en esta fase influye el conocimiento que se tenga acerca de la emergencia.
3. Asunción de responsabilidad.
4. Decisión de intervenir, si en la fase anterior se diluye la responsabilidad, su decisión será una “falta de competencia”.
5. Intervención, si no decide intervenir estaremos ante una inhibición de la conducta de intervención.

El Modelo de la toma de decisiones en situación de emergencias ante un peligro inminente (Janis y Mann, 1977), trata de explicar la toma de decisiones ante una situación de “estrés psicológico”¹³ en la que se suele actuar de forma rápida y poco deliberada. Esta toma de decisiones puede realizarse de acuerdo a cinco fases:

1. Vigilancia, permite tomar una decisión eficaz, cuando el individuo se siente seguro y cuenta con la información necesaria.
2. Inercia no conflictiva, se produce cuando consideramos que la situación de emergencia no se agravará si no actuamos.
3. Cambio no conflictivo, nuestra actuación no modificará la gravedad de la emergencia.
4. Evitación defensiva, no se pueden evitar los riesgos con ninguna acción.
5. Hipervigilancia, no existe tiempo suficiente para actuar.

¹² *Efecto espectador*: o síndrome Genovés, el termino surge en 1964 a partir del asesinato de una joven delante de sus vecinos sin que ninguno de ellos acudiera en su ayuda. A partir de este hecho, Latané y Darley diseñaron un experimento para estudiar este comportamiento humano.

¹³ Estrés psicológico: estado emocional que se produce por un estímulo amenazante y puede determinar la manera de procesar la información tanto de manera individual como colectiva. (Alarcón et al, 2005).

En este mismo modelo se explica que la percepción de la situación de riesgo depende de la credibilidad de la fuente que avisa de ésta y de la percepción de la magnitud del riesgo. En la toma de decisiones influyen la percepción de riesgos para el propio individuo o la posibilidad de aumentar daños o lesiones, la inminencia de la emergencia. En la siguiente tabla se recogen algunas aplicaciones prácticas de estos modelos en la elaboración de un plan de formación en primeros auxilios.

MODELO	APLICACIÓN PRÁCTICA
1. Reacción ante una amenaza incierta.	Imprescindible formar e informar para permitir detectar, definir y actuar (reconocimiento PCR).
2. Intervención del espectador.	Promover la formación en primeros auxilios a todos los niveles. Promover la importancia de actuar a tiempo (es responsabilidad de todos).
3. Toma de decisiones.	Dotar a la persona de herramientas en toma de decisiones ante situaciones de emergencia (simulacros).

Tabla 2.8. Aplicación práctica de los modelos de conducta en situaciones de emergencia. Elaboración propia.

2.2.2. Conducta prosocial.

La intervención de testigos de una emergencia, se puede considerar como un acto generoso y desinteresado, que no todas las personas están dispuestas a realizar. La conducta prosocial se puede definir como aquella realizada de forma “*voluntaria y beneficiosa para los demás*” y en la que intervienen aspectos como “*el desarrollo emocional, la personalidad*” (Martorell et al, 2011). Otros autores incluyen en este concepto aspectos como “*dar apoyo y protección*” (Queija et al, 2006). Se trata de un concepto que se enmarca en las nuevas corrientes de psicología positiva¹⁴, que promueven las emociones positivas y que se puede aplicar en entornos de cooperación y ayuda en situaciones de emergencia.

Dentro de la conducta prosocial se incluyen aquellas de carácter voluntario y entre las que algunos autores (Pearce, et al, 1980) incluyen el rescate y la donación de órganos. Así se describe

¹⁴ Psicología positiva: corriente psicológica que se centra en los aspectos positivos de las emociones como el afrontamiento activo y la empatía. (Alarcón, 2009).

la conducta prosocial que se produce en situaciones de emergencia como (Auné, et al, 2014): *“Aquella que ocurre en una situación que implica una amenaza o daño real, y en la cual, el peligro puede incrementarse con el transcurrir del tiempo”*

Existen diferentes factores que determinan la conducta prosocial de los seres humanos, como las características individuales y las características del entorno.

Dentro de las individuales podemos destacar la personalidad y sus características, relacionándolas con su desarrollo y el desarrollo emocional de la persona. Algunas de las características de la personalidad que más determinan este tipo de conductas prosociales son la empatía, como explicación de las conductas propias motivadas por los sentimientos y las respuestas vicarias por imitación. Existen estudios que indican que se pueden generar conductas cooperativas a partir de elevados niveles de empatía (Arias, 2015).

Otro aspecto importante es la resiliencia, como capacidad de sobreponerse a situaciones desfavorables (Ospina, 2007) y que está determinado por el temperamento o la manera en la que las personas interactuamos con lo que nos rodea y la capacidad cognitiva del individuo y el entorno en el que se desarrolla (Southwick, 2011).

El género y su relación con la prosocialidad, ha quedado reflejado en algún estudio como el de Sánchez-Queija sobre empatía y conducta prosocial en adolescentes (2006), en sus conclusiones establece que las mujeres presentan mayor empatía que los hombres, además sus conductas prosociales suelen ser voluntarias mientras que la mayoría de los hombres buscan ganar la aprobación de los otros.

También existe relación entre estilo de vida y emociones, enfocados a la salud y a la positividad, ya que ambas favorecen las conductas prosociales (Moscoso, 1996), sobre todo cuando estas fomentan la calidad de vida.

En relación a la influencia de las características del entorno, el contexto más cercano como la familia (Mestre et al, 2007), la escuela o la interacción entre iguales son determinantes en la conducta prosocial.

El apego es fundamental durante la infancia para desarrollar una buena competencia social (Llopis, 2004). Algunos autores relacionan la falta de relación con los pares y una baja conducta prosocial (Twenge et al, 2007).

En el adulto, también se relaciona la conducta prosocial del individuo con el civismo, el compromiso y rendimiento en el trabajo (Baruch et al, 2004), estando muy vinculada al tipo de organización y el nivel de independencia en el puesto de trabajo.

El entorno cultural y su influencia queda reflejado en curiosos estudios que remarcan ciertas diferencias culturales, un ejemplo es la investigación de Rivera (1980) que establece que los estadounidenses relacionan la conducta prosocial con la remuneración que reciben las personas que ayudan. En cambio, los puertorriqueños señalan que la persona ayudada puede ver como alguien atractivo a la persona que ayuda.

Los medios de comunicación como la televisión pueden influir de forma positiva reforzando las conductas prosociales o de forma negativa inhibiendo estas (Gentile, et al, 2006).

La influencia de las experiencias previas se basa en las teorías del aprendizaje social, en las que se entiende la conducta humana como el resultado del entorno social y de las características psicológicas del individual (Bandura, 1977).

La conducta prosocial se puede incluir en diferentes tipos de estrategias comunicativas, con el objetivo de preparar a los individuos ante los retos y necesidades humanas de la sociedad actual desde una perspectiva ética que consiga ciudadanos que construyan sus propios valores, intentando escapar de la influencia “economicista” de la sociedad moderna, mediante la promoción del diálogo y la cooperación. También es importante la lucha frente a los “contravalores” como la xenofobia o la injusticia, a través de modelos de educación en valores que favorezcan el desarrollo y que preparen al individuo para afrontar diferentes situaciones de la vida diaria, basándose para ello en un entorno de respeto, solidaridad y confianza, entre otros. (Martí Vilar, 2008).

Todos estos aspectos que determinan la conducta prosocial de los individuos deben potenciarse para conseguir su implicación directa en la actuación como primeros intervinientes en cualquier situación de emergencia con el objetivo de ayudar a otros.

2.3. Prevención de riesgos laborales y seguridad en el trabajo

La instauración de un programa de cardioprotección en un centro de trabajo debe considerarse como una manera de proteger la salud de las personas que desempeñan su labor profesional en el mismo. Es imprescindible delimitar las normas que se encargan de establecer el modo de actuación en cada caso. Así mismo, y dentro de la prevención de riesgos que se pueden producir en un centro de trabajo, podemos entender que estamos dentro del ámbito de la responsabilidad social que afecta a cualquier empresa o institución pública.

2.3.1. Marco normativo

Existe un marco normativo complejo y extenso en el que se establece la obligatoriedad de que el trabajador esté seguro y protegido en el entorno laboral. Así, la Constitución española en su artículo 40.2, establece que corresponde a *“los poderes públicos velar por la seguridad en el trabajo”*.

De acuerdo a la Ley de prevención de Riesgos Laborales (LPR; Ley 31/1995 de 8 de noviembre), en su artículo 14 establece que:

“Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. El citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales. Este deber de protección constituye, igualmente, un deber de las Administraciones públicas respecto del personal a su servicio”

En el artículo 20, de esta misma Ley, se establece que:

“El empresario, teniendo en cuenta el tamaño y la actividad de la empresa, así como la posible presencia de personas ajenas a la misma, deberá analizar las posibles situaciones de emergencia y adoptar las medidas necesarias en materia de primeros auxilios, lucha contra incendios y evacuación de los trabajadores, designando para ello al personal encargado de poner en práctica estas medidas y comprobando periódicamente, en su caso, su correcto funcionamiento. El citado personal deberá poseer la formación necesaria, ser suficiente en número y disponer del material adecuado, en función de las circunstancias antes señaladas. Para la aplicación de las medidas adoptadas, el empresario deberá organizar las relaciones que sean necesarias con servicios externos a la empresa, en particular en materia de primeros auxilios, asistencia médica de urgencia, salvamento y lucha contra incendios, de forma que quede garantizada la rapidez y eficacia de las mismas”.

En su artículo 31 determina que:

“Los servicios de prevención deberán estar en condiciones de proporcionar a la empresa el asesoramiento y apoyo que precise en función de los tipos de riesgo en ella existentes y en lo referente a la prestación de primeros auxilios y planes de emergencia”.

En relación a este último artículo, la ley establece que la empresa debe tener en cuenta a las personas trabajadores del centro que puedan encontrarse en la empresa, y otras personas que pudieran estar en los centros de trabajo. Por ejemplo, en un centro público, la organización de los primeros auxilios abarcaría a todas las personas que se encuentren en el mismo en cada momento.

En esta misma ley se encuentran definiciones importantes como:

- ✓ Prevención: *“conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo”.*
- ✓ Riesgo laboral: *“probabilidad de sufrir un daño profesional”.*

El RD 486/ 1997 de 14 de abril sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo y la directiva del Consejo europeo, de 12 de junio de 1989, establece la obligatoriedad hacia los empresarios de disponer del material necesario poder aplicar los primeros auxilios, garantizando que el acceso a estos se pueda realizar rápidamente. El lugar donde se encuentren estos materiales deberá estar señalizado de forma clara. Esta ley del año 97, únicamente especifica como materiales obligatorios los botiquines, con materiales de cura. En aquellos años no se establecían las directrices claras que hoy recomiendan los organismos encargados de establecer las normas de soporte vital básico, por lo cual, cuando menos esta ley debería revisarse y actualizarse.

En el caso que nos ocupa se podría aplicar a la disponibilidad de DEA en lugar de fácil y rápido acceso, correctamente señalizado, desde cualquier lugar del centro de trabajo donde se realice la implantación del mismo.

Siguiendo las directrices establecidos por la LPRL, debe ser la empresa, ya sea pública o privada, a través de su Servicio de Prevención de Riesgos quién lleve a cabo acciones de formación a los trabajadores, así como quién se encargue de gestionar la instalación de desfibriladores en los centros públicos y privados. La organización de los primeros auxilios deberá quedar recogida en el plan de prevención de riesgos, incluyendo las funciones de cada uno de los trabajadores designados, recursos, procedimientos de actuación, de formación y reciclaje periódico. También se establecerá en dicho plan la forma de coordinarse con los servicios de emergencias.

La Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo es el organismo que emite la certificación de zona cardioprotegida siguiendo las indicaciones de CERCP, debiendo cumplir este lugar los siguientes requisitos que serán revisados cada dos años:

- ✓ Disponer de desfibrilador que cumplirá las normas establecidas en cuanto a instalación y mantenimiento.
- ✓ Localizarse el dispositivo en un lugar accesible y visible mediante señalización.
- ✓ Proporcionar formación a uno o varios trabajadores en el uso del desfibrilador, así como en técnicas de soporte vital básico¹⁵.

Tanto la normativa como las recomendaciones de los organismos responsables de la prevención de riesgos laborales, deberán estar presentes en la estrategia comunicativa del programa de cardioprotección de cualquier centro de trabajo.

2.3.2. Prevención de riesgos como Responsabilidad Social

En los últimos años se ha ido imponiendo la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) como instrumento de las organizaciones empresariales para amortiguar los impactos negativos que su actividad económica pueda ocasionar en la sociedad. Se trata de una nueva visión de la que no escapa la Universidad, siendo el compromiso social uno de los principales motores de gran parte de las universidades españolas en los últimos años.

El concepto de Responsabilidad Social Universitaria (RSU) ha sido definido por multitud de autores. Para resaltar su importancia, partiremos de la definición de Vallaeys y que es considerado un referente en RSU:

“Una política de calidad ética del desempeño de la comunidad universitaria (estudiantes, docentes y personal administrativo) a través de la gestión responsable de los impactos educativos, cognitivos, laborales, sociales y ambientales que la Universidad genera, en un diálogo participativo con la sociedad para promover el Desarrollo Humano Sostenible”. (Vallaeys, 2005).

¹⁵ Soporte vital básico: conjunto de técnicas que permiten recuperar la función cardiorrespiratoria en caso de PCR, suele considerarse que corresponde al uso de las compresiones, ventilaciones con mascarilla barrera y desfibrilador, así como la solicitud de ayuda al 112.

A lo largo de la historia la Universidad ha experimentado diferentes cambios en su estructura, objetivo y valores, que ha determinado este concepto novedoso de RSU, que toma algunos de los principios de la RSC del ámbito empresarial y se impregna de algunas de sus teorías.

La teoría de los “*stakeholders*” intenta favorecer la participación de la comunidad universitaria en sus planes de actuación (Scholl, 2001). Podemos identificar los grupos de interés de la Universidad para tener en cuenta sus ideas, expectativas e intereses: personal de la Universidad (PAS, PDI), alumnado, órganos de gobierno, social civil cercana, etc.

La “teoría institucional” plantea que las organizaciones tienden a realizar comportamientos similares por coerción, mimetismo y normalización. Algunos autores resaltan que las universidades incorporan acciones de RSU por imitación (Larrán, 2012), es decir, la implicación de un mayor número de universidades con la responsabilidad social contribuiría a que la RSU estuviera presente en todas ellas.

Desde la antigua Universidad de la Edad Media, donde se agrupaban diferentes colectivos con objetivos comunes (“gremios”), la institución universitaria ha ido evolucionando con la sociedad, así durante el siglo XVI y hasta el siglo XIX, se produce un descuido de la función social de la Universidad. A partir del siglo XIX el Estado comienza a ejercer una importante influencia sobre las universidades, aumentando su control presupuestario y administrativo.

En la actualidad, la Universidad trata de adaptarse a las necesidades de la sociedad y a los profundos cambios que esta experimenta. De esta forma, la Universidad se ha transformado en sensible y permeable con su entorno social, dejando atrás su fama de “torre de marfil”¹⁶. La Universidad como organización transformadora genera diferentes tipos de impactos que pueden liderar los cambios y modificaciones en la sociedad (González Alcántara et al, 2015) y contribuyen a lograr coherencia entre la misión, visión y valores y sus acciones más cotidianas. Estos impactos pueden afectar a diferentes niveles:

- En el funcionamiento de la propia organización y de sus trabajadores.
- En la formación en valores de los jóvenes.
- En el desarrollo científico y tecnológico.
- En el desarrollo económico y social.

¹⁶ “Torre de marfil”: término acuñado por Bok (1982) refiriéndose al modelo universitario norteamericano, muy influido por organizaciones que aportan inversiones económicas para su mantenimiento y que la alejan de sus responsabilidades sociales más cercanas e inmediatas.

Es decir, aplicándolo al caso que nos ocupa, un programa de cardioprotección lanzado desde una Universidad, en el que se ponga en valor la necesidad de fomentar el conocimiento de las técnicas de RCP y manejo del desfibrilador, podría generar impactos duraderos tanto internos como externos. También podría suponer una forma de mejorar la imagen de la Universidad en la sociedad e incluso una mejora en la competitividad frente a otras universidades.

Organismos tan importantes como las Naciones Unidas introduce conceptos de Responsabilidad Social en el ámbito educativo con objetivos como *“la integración de los valores, actividades y principios vinculados intrínsecamente al desarrollo sostenible en todas las formas de la educación y el aprendizaje, además de impulsar los cambios en las actitudes, los comportamientos y los valores necesarios para forjar un futuro social, ambiental y económicamente más sostenible”* (Decenio de las Naciones Unidas para 2005-2014).

Existen algunas iniciativas internacionales como la *Red Talloires* que tiene como objetivo el *“fortalecimiento de los valores cívicos y la responsabilidad social de la educación superior”*. En la Declaración de Talloires (2005) se recogen aspectos como el fomento de *“la responsabilidad pública a través del ejemplo individual y colectivo”*.

En nuestro país, la integración de la RS en las instituciones educativas, forma parte de la *“Estrategia Española de Responsabilidad Social de las Empresas 2014-2020”*, siendo una de sus líneas de actuación con el objetivo de modernizar y aumentar la competitividad de la institución. Las actuaciones en materia de salud y prevención de riesgos laborales están recogidas en el marco de la incorporación de la RSU.

También cabe destacar la existencia de algunos obstáculos que pueden aparecer al intentar implementar la RSU (González Alcántara et al, 2015):

- Resistencia al cambio y poco interés por parte de algunos miembros de la comunidad educativa.
- Baja demanda y escasa presión social.
- Falta de recursos económicos y escaso apoyo de la administración.
- Dificultad en el acceso a la información.

Algunos de estos aspectos se repiten en otros ámbitos universitarios y forman parte del análisis DAFO del presente estudio.

2.4. Comunicación en programas de salud

El marco teórico comunicativo es uno de los pilares básicos del presente trabajo ya que el fin de este estudio es conseguir elaborar un Plan de Comunicación que favorezca la implantación de un programa de cardioprotección. Este plan contará con aspectos tan importantes como la comunicación con fines sociales, comunicación centrada en la salud y comunicación de riesgos. También se aplicarán las conclusiones obtenidas del estudio a la estrategia comunicativa en relación a como se modifican los comportamientos, las ventajas del uso de las TIC en este tipo de proyectos y lo importante que es la comunicación interna, dentro de cualquier organización o institución. Finalmente, y mediante el análisis de algunas campañas de comunicación, se implementarán algunos aspectos relacionados con la comunicación en relación a la prevención en el ámbito laboral.

2.4.1. Comunicación con fines sociales

Una vez analizadas las opiniones y determinado el grado de aceptación que tendría el programa de cardioprotección, el siguiente paso de este proyecto es elaborar un plan de comunicación con el que se puedan disipar los miedos, dudas, rechazos, que pudieran interferir en su desarrollo. Es decir, se tratará de crear un cambio en las personas que perdure en el tiempo y que facilite una corriente favorable en el desarrollo del proyecto.

La comunicación para el cambio social se puede considerar un “*modelo alternativo a los modelos surgidos de las teorías de la modernización y las teorías dependientistas*”. Se trata de un tipo de comunicación “*democrática, horizontal, dialógica, respetuosa con la diversidad cultural e interpersonal*” (Alvarado, 2012). Precisamente estas son las características que implementaremos en nuestro plan de comunicación para garantizar su éxito, así como perpetuarlo en el tiempo.

Desde la OMS y la Organización Panamericana de Salud se ha utilizado este modelo de comunicación para el cambio social como herramienta para intentar conseguir el acceso universal a la salud. Estas organizaciones han dejado atrás el modelo transversal tradicional que pensaba y elaboraba estrategias desde fuera sin tener en cuenta las características, necesidades y anhelos de las comunidades a las que se dirigía.

Los elementos que conforman la comunicación con fines sociales forman un complejo sistema cuyo fin primordial es conseguir un cambio en la sociedad. Como cualquier otro proceso comunicativo se inicia con la detección de una necesidad o problema que requiere un cambio. Cuando es la propia comunidad quién detecta la necesidad y señala el camino para propiciar el cambio, la transformación que se produzca perdurará en el tiempo de forma significativa.

Este concepto de “*Comunicación para el desarrollo y el cambio social*” como “*herramienta o estrategia necesaria para inducir a los individuos en la toma de decisiones*” (Solano, 2008), es la base del plan de comunicación para fomentar la participación de la comunidad en el programa de cardioprotección.

La estrategia comunicativa de cualquier proyecto de esta naturaleza, siguiendo los principios de la comunicación con fines sociales, estará delimitada por tres líneas de acción básicas, informar a los participantes, propiciar el cambio de actitudes duraderas y fomentar la participación social.

Se deben proporcionar conocimientos teóricos y prácticos, apoyándonos en algunos aspectos descritos en el marco teórico de este trabajo y que permitan a los participantes disponer de herramientas básicas de actuación que les permitan utilizarlas de forma adecuada en cada momento.

Se debe lograr un cambio de actitudes que permanezcan en el tiempo y se instauren de forma definitiva en las conductas de los participantes, para ello también se tendrán en cuenta aspectos relativos a cómo comunicar para lograr un cambio de comportamientos real y que queda reflejado en este mismo marco teórico.

Se debe permitir la participación del público objetivo y de los diferentes agentes sociales desde el inicio del proyecto hasta su finalización ya que este es el fin primordial del proyecto y ellos son los protagonistas del mismo.

Los fines de esta estrategia comunicativa entendidos como “ética y responsabilidad” deberán propiciar la aceptación de la responsabilidad en la participación de la comunidad en el programa de cardioprotección que proponemos, partiendo de sus opiniones, miedos e inquietudes.

Así mismo y de forma más dilatada en el tiempo, el cambio que propiciemos en los participantes, puede suponer la base para un cambio en niveles organizativos más altos, permitiendo acciones administrativas, organizativas, legislativas, etc.

2.4.2. Comunicación y salud

La estrategia comunicativa que nos ocupa gira fundamentalmente en torno a temas centrados en la salud, por ello es importante delimitar en primer lugar que es la salud y como ha ido evolucionando este concepto a lo largo de los años.

La comunicación en salud ha ido evolucionando de forma paralela a la evolución del concepto de salud ya que éste se ha ido modificando en función del momento histórico, las culturas o las personas (Gavidia 2012).

A principios del siglo XX, se definía la salud por oposición a la enfermedad, según Leriche (1937) *“la vida es el silencio de los órganos”*.

En 1946, la OMS promulga el concepto de salud como *“el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”*. Este concepto multidimensional de la salud, facilitó el desarrollo de programas de educación para la salud, sobre todo en el ámbito escolar (Gavidia, 1988).

En 1984 la OMS modificó este concepto ya que muchos consideraron que el “estado completo de bienestar” era una auténtica utopía, algo inalcanzable. La nueva propuesta de este mismo organismo incluye *“el alcance del que un individuo o grupo es capaz, por un lado, para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, y por otro para cambiar el ambiente”*. Se introduce la idea de que el individuo puede ser agente activo del cambio de los factores que determinan su salud.

Otros autores entienden la salud como el equilibrio de la persona, en todas sus dimensiones y con su entorno (Dubos, 1966), dando importancia a los factores económicos, culturales y sociales, sobre los factores puramente biológicos.

Lalonde elaboró en 1974 un informe en el que se destaca la importancia de la conducta del propio individuo en aspectos como el manejo de sus hábitos de vida, del uso de los servicios de salud, dando gran importancia a la influencia de la persona y de la sociedad. En esta misma línea la OMS en la carta de Ottawa (1986), en la Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud establece que *“la salud es el resultado de los cuidados que dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar a la sociedad en que uno vive y ofrecer a todos sus miembros la posibilidad de gozar de salud”*.

En la actualidad la comunicación en relación con la salud se entiende desde este mismo punto de vista, es decir, no como mera transmisión de información sino como forma de interacción social, entendiendo que la participación es *“un derecho ciudadano y un imperativo democrático”* *“una vía para aumentar la eficacia de las iniciativas sobre salud”* (Díaz, 2011).

Para conseguir que un programa de salud sea un éxito es imprescindible la comunicación a nivel comunitario, empleando para ello recursos de todo tipo (audiovisuales, revistas, murales). Cualquiera que sea el medio empleado, se tratará de potenciar la *“pluridireccionalidad de la comunicación”*, a través de la intervención de diferentes agentes sociales y siguiendo muchos de los principios y estrategias de la publicidad (Gumucio, 2001).

Cuando se trasladan mensajes relacionados con la salud, no se debe olvidar el papel de los “especialistas en comunicación”, que deberán participar de los proyectos junto con el personal sanitario. Se deben emplear estrategias de aprendizaje que acerquen al público a temas que puedan causar rechazo, en este caso tratar el tema de la muerte y la responsabilidad individual en socorrer a las víctimas pueden tener connotaciones negativas en el público objetivo. Para evitar este problema algunos autores recomiendan utilizar herramientas lúdicas siguiendo el modelo *edutainment o enter-educacion*¹⁷, (Gumucio-Dagon, 2010), tales como representaciones teatrales, *performance*, y otras.

Existen multitud de experiencias en las que, a través de un modelo de referencia, con el que el público objetivo se sienta identificado, se promueven mensajes que serán más fácilmente aceptados por la comunidad. Así el proyecto *“Soul City”* que se viene desarrollando desde el año 1992 en Sudáfrica y otros países del continente africano, mediante la creación de series de televisión y radionovelas, ha abordado problemas sanitarios como el VIH (Campana *One Love*, 2008).

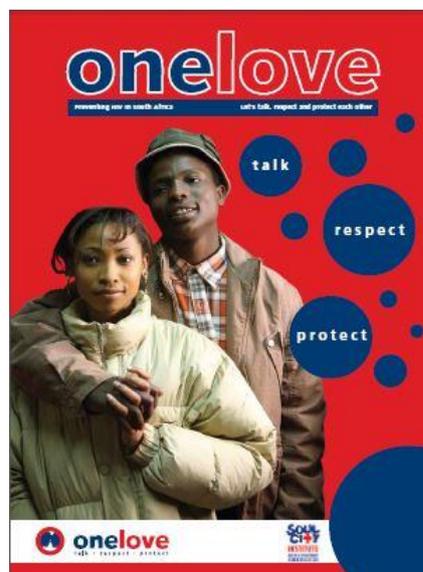


Fig. 2.12. Cartel campaña “Onelove” 2008. Fuente: web de The HIV/AIDS Network.

¹⁷ *Edutainment*: práctica comunicativa que utiliza el entretenimiento como estrategia en marketing social.

Para que una estrategia comunicativa en salud sea efectiva, se marcan algunas características básicas que debe contener (Ríos, 2011):

- Debe ser exacta y veraz, sin juicios personales.
- Debe estar disponible y ser accesible para el público al que va dirigido.
- Debe ser apropiada, con diferentes visiones sobre el tema.
- Debe ser consistente, avalada por estudios y publicaciones.
- Debe ser adecuada a las competencias de la comunidad a la que va dirigida.
- Debe ser rigurosa, basada en evidencias científicas.
- Debe ser repetitiva, para generar mayor impacto en la audiencia.
- Debe ser comprensible, adaptada al nivel del público objetivo.

Es fundamental también determinar las características del comunicador para un tipo de estrategia como la que nos ocupa. Debe tratarse de un perfil que asuma un papel activo, que abandone la neutralidad y que tenga como objetivo lograr un cambio social, que refuerce y estimule el potencial de la comunidad (Gumucio, 2001).

El plan de comunicación en relación a la cardioprotección deberá tener las características propias de un programa de salud y como tal se implementarán en el producto final de este trabajo.

2.4.3. Comunicación de riesgos

Una de las principales dificultades de la comunicación de nuestro programa de cardioprotección es saber trasladar al público objetivo la importancia de los riesgos, dándoles la importancia que les corresponde.

En el ámbito sanitario la “comunicación de riesgo”¹⁸ puede conllevar una serie de dificultades como la interpretación de datos numéricos o porcentajes, o el empleo de términos como “probable”, “frecuente”, “raro”, etc. La forma en la que se presenta el riesgo también tiene relevancia, algunos autores señalan mayor efectividad en los mensajes que lanzan probabilidades de daño o muerte cuando se trata de ofrecer estrategias preventivas. En cambio, cuando se trata de decidir estrategias curativas resulta más efectivo comunicar en términos de supervivencia. Por ello se recomienda ofrecer los dos tipos de información para evitar el sesgo de quién recibe la información (Moore, et al, 2006).

¹⁸ “Comunicación de riesgo: intercambio bidireccional de información y opinión, acerca del riesgo, que lleva a un mejor entendimiento y toma de decisiones en el manejo de una situación clínica” (Moore et al, 2006)

Siguiendo aspectos generales de la comunicación y su experiencia en el entorno clínico, algunos autores recomiendan los siguientes pasos en la comunicación de evidencias médicas (Ebstein, et al, 2004):

- Entender los miedos, ideas, expectativas, antes de discutir la evidencia médica.
- Utilizar la empatía y el entendimiento con el objetivo de fortalecer la confianza.
- Utilizar situaciones de la vida cotidiana para explicar las evidencias y anticiparse a las críticas.
- Proporcionar las evidencias médicas, después de conocer el tipo de construcción social de riesgo.
- Evaluar el grado de comprensión de la información lanzada.

De acuerdo con estos pasos, es imprescindible conocer el concepto de riesgo que tiene un determinado grupo social para entender sus conductas y dinámicas. Cuando se trata de abordar un tema que aún no existe, en algunos grupos sociales puede no dársele importancia, negarlo, no dar importancia a la acción individual como forma de evitarlo o incluso creer que se trata de una auténtica conspiración del poder. Hacer ver la existencia de un riesgo puede hacer que algunas personas sientan la necesidad de reafirmar sus valores y creencias inactivando incluso argumentos científicos sólidos (Galindo, 2015) como los expuestos anteriormente ante la necesidad de actuación de primeros intervinientes ante una PCR.

Algunos autores como Douglas (1990) establecen unos “*tipos culturales*” que determinan la forma de percibir un riesgo (Urteaga et al, 2012) en diferentes tipos de organizaciones o sociedades.

Así en las “*organizaciones jerárquicas*”, donde existe respeto a las normas establecidas, sus miembros confían en los argumentos científicos y la presión del grupo es importante. En este tipo de grupos existe dificultad para detectar y gestionar los riesgos, por lo que tienden a ignorarlos.

Por el contrario, las sociedades donde no existe una estructura bien delimitada y organizada, donde prima el “*individualismo*”, están formadas por personas que piensan que pueden controlar los riesgos por sí mismos.

En grupos más pequeños donde se mantienen relaciones no jerárquicas, corresponden al “*sectarismo igualitario*” en el que prima la desconfianza, tienden a crear su propio conocimiento al margen del científico mostrando rechazo a los riesgos que proceden de estos ámbitos.

Por último, los “*excluidos*” en los que predomina una forma negativa de afrontar los riesgos, no llegan a elaborar un criterio propio, aunque predomina en ellos la idea de que nada podrán hacer para eludir el riesgo.

Es importante, por tanto, conocer el grupo social con el que trabajaremos, así como sus relaciones internas. Toda esta información previa será de gran utilidad a la hora de plantear nuestra estrategia comunicativa.

Este tipo de comunicación, en la que se intercambia la información, partiendo de los valores, como proceso de participación activa, transfiere al individuo el poder de tomar una decisión propia que puede favorecer un cambio en la percepción del riesgo y por lo tanto un cambio de actitudes y comportamientos que se mantenga en el tiempo y que favorezca su compromiso en el cambio de otros.

2.4.4. Comunicación para el cambio de comportamientos

Uno de los principales objetivos del plan de comunicación de este trabajo es conseguir modificar el comportamiento del público al que va dirigido. Hay diferentes teorías que explican que factores determinan que se produzcan estos cambios de comportamiento.

Las teorías del “modelo de creencias en salud”, surgen en los años 50 para intentar explicar por qué algunas personas eluden las acciones preventivas. Este modelo posteriormente se amplió a explicar por qué algunas personas evitan participar en cualquier tipo de acción relacionada con la salud. En esta teoría se tienen en cuenta aspectos como la susceptibilidad percibida como vulnerabilidad frente a la enfermedad, la severidad percibida como gravedad y las consecuencias (muerte, dolor, incapacidad, consecuencias sociales), los beneficios percibidos como efectividad de la modificación de la conducta y las barreras percibidas como obstáculos en el desarrollo de la conducta (costes económicos, dolor, efectos desagradables). Siguiendo este modelo algunos autores establecen que se puede predecir la conducta de salud de un individuo. Así, por ejemplo, si alguien se percibe susceptible ante determinado problema de salud, lo considera suficientemente grave y considera que su conducta puede ser beneficiosa y poco dañina para él, actuará de forma favorable al cambio de conducta (Weinstein, 1993). Aunque existen multitud de críticas a este modelo, sigue siendo referencia para organizaciones como la OMS.



Fig. 2.13. Modelo de creencias en salud. Fuente: elaboración propia

El “modelo PRECEDE” fue desarrollado en los años 80, por autores como L.W. Green y su objetivo es determinar qué factores pueden considerarse predictivos en la conducta humana ante problemas de salud, con el fin de adecuar intervenciones sanitarias al respecto. Existen factores considerados predisponentes (creencias, valores), factores que obstaculizan o favorecen el cambio (habilidades, recursos) y factores que pueden reforzar las conductas (consecuencias, respuesta del entorno).



Fig. 2.14. Modelo PRECEDE. Fuente: Elaboración propia

El “modelo de la acción social” se basa en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1987) y establece que existen elementos cognitivos que determinan si un individuo es capaz de modificar una conducta.

Los factores determinantes en esta teoría son las expectativas de resultados (objetivos) y las expectativas de autoeficacia (experiencia propia, experiencia vicaria y activación emocional). Es decir, para que una persona modifique su conducta de salud es necesaria la creencia de que puede hacerlo, a pesar de los obstáculos que puedan plantearse.



Fig. 2.15. Modelo de acción social. Fuente: elaboración propia.

El “modelo de la acción razonada” (Fishbein y Ajzen, 1980) es una de las teorías más empleadas en la actualidad en los programas de comunicación para la salud. En esta teoría los factores que conducen a la realización de la conducta de salud son las creencias que suelen estar influenciadas por el ámbito social, las actitudes en relación a los beneficios que la conducta puede proporcionarle y lo que otros desearían que hiciera y, por último, la intención que se considera la decisión de realizar o no una conducta.

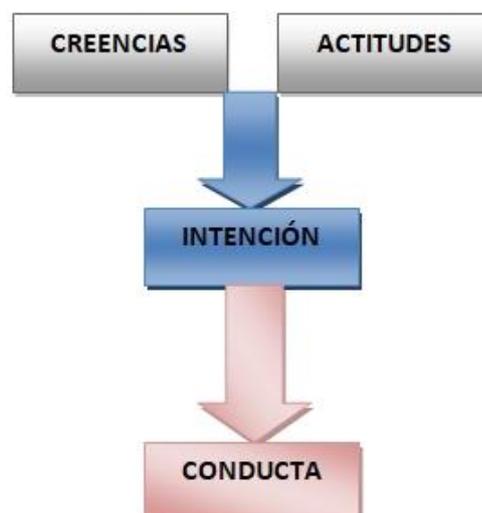


Fig. 2. 16. Modelo de acción razonada. Fuente: elaboración propia.

2.4.5. Cibersalud. Utilización de las TIC en comunicación y salud

La sociedad actual se encuentra inmersa en el uso de las TIC en el ámbito comunicativo, desde las instituciones sanitarias, medios de comunicación y el propio ciudadano emplean todos estos recursos tecnológicos para acercarse a la salud. Por ello debemos considerar este aspecto en nuestra estrategia comunicativa e incluirlo en alguna de las acciones a desarrollar.

La Cibersalud, eSalud o e-health, es un concepto novedoso definido por la OMS en un documento denominado “Estrategia y plan de Acción sobre e-salud” en 2011, como:

“El apoyo que la utilización costoeficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud”.

Es decir, se pueden aprovechar los recursos y herramientas que proporcionan estas tecnologías, en la elaboración y difusión de un plan de comunicación dirigido a establecer determinados conocimientos y conductas en la población. Se trata de un recurso adecuado para proporcionar el acceso a diferentes fuentes de información, sin limitación de fronteras, culturas o idiomas.

En este sentido, es imprescindible potenciar el sentido crítico en la población para que sepa filtrar la enorme cantidad de datos que pueden encontrarse en internet, procurando la diferenciación entre los contenidos científicos y los que no lo son (García Garcés, et al. 2014). En los últimos años la sociedad experimenta una imparable fascinación por la búsqueda de información de índole sanitaria a través de internet y redes sociales. Cuando estas búsquedas carecen de fundamentos científicos, pueden aumentar la ansiedad y causar rechazo en el público, retrasando el acceso a información profesional y científica.

Algunos autores resaltan la importancia de crear sinergias entre las TIC y los *mass media*, de hecho, existen iniciativas en este sentido. Un ejemplo es la campaña “Constantes y vitales” del grupo Atresmedia que a través de una de sus cadenas televisivas (La Sexta) contribuye a la promoción de la salud y a la educación sanitaria. Esta campaña se ve reforzada a través de una página web y las redes sociales, Facebook y Twitter.

También se puede potenciar la participación social directa, a través de las TIC, permitiendo la evaluación periódica de conocimientos de salud de la población, identificación de necesidades, evaluación de riesgos y demanda de servicios.

Es tal el auge e impacto de las TIC en el ámbito de la salud que, en algunos foros de debate, como el *II Congreso Mundial de Redes Ciudadanas* (2001), han establecido la importancia del uso de estas tecnologías en la difusión de conocimientos de salud a la población. Estas “*Redes Ciudadanas o RRCC*” son definidas por algunos autores como el uso de las TIC en entornos locales (instituciones, asociaciones, bibliotecas, etc) para lograr cambios sociales a todos los niveles, incluidas modificaciones en hábitos y modos de vida, así como en educación para la salud (Campal- García, 2003). Su característica más importante es la democratización y el empoderamiento ciudadano a través de la participación social.

Existen multitud de iniciativas de RRCC, una de ellas se desarrolla en Andalucía y tiene como objetivo la formación en seguridad del paciente.



Fig. 2. 17. Campaña “Higiene de manos”. Fuente: página web Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente.

Es uno de los múltiples ejemplos en los que apoyaremos nuestro trabajo comunicativo para la cardioprotección de espacios públicos.

Algunos autores destacan el potencial del uso de pantallas digitales entendiendo que puede ser un instrumento apropiado para derribar fronteras entre instituciones y ciudadanos, a la vez que la producción de contenidos audiovisuales facilite el cambio de comportamientos (Vicente Mariño, 2008).

2.4.6. Comunicación de un programa de salud en el ámbito de la Universidad.

Análisis de buenas prácticas.

La estrategia interna comunicativa en el ámbito de la Universidad es un punto clave en este trabajo, ya que, desde el inicio del trabajo, para analizar las opiniones de los trabajadores y estudiantes sobre la cardioprotección, hemos necesitado acceder a los cauces comunicativos de la misma. También es vital la comunicación institucional para difundir, interna y externamente, todas las acciones que planifiquemos en nuestra investigación ya que como se ha remarcado anteriormente, el objetivo es elaborar un plan de comunicación participativo.

La Universidad es una organización con unas características que pueden suponer dificultades en la comunicación: el número tan importante de personas que forman la comunidad universitaria, su dispersión en diferentes centros, la existencia de múltiples organismos y empresas relacionadas, la inexistencia de *feedback* en los mensajes, etc.

Otros aspectos, como los numerosos canales de comunicación pueden favorecer o entorpecer la comunicación, dentro y fuera de la Universidad. Por todo ello, cualquier acción que queramos implementar entre sus miembros, al igual que ocurre en cualquier otra organización, requiere de una acción comunicativa que puede considerarse como “*Comunicación Corporativa*”. La Comunicación Corporativa se refiere a un plan o estrategia planteada por una organización con el objetivo de transmitir las actividades que realiza, y que en el ámbito universitario es imprescindible para lograr trasladar la información, fomentar la participación social y motivar a sus componentes (Paéz, 2005). Otros autores remarcan la mejora de la imagen y la confianza que puede generar una buena comunicación de la organización (Simancas-González et al, 2017). En anteriores apartados de este trabajo ha quedado patente la gran importancia que tiene para nosotros la participación activa en todo nuestro proyecto.

Este plan estratégico ayuda a crear una imagen corporativa de la Universidad donde se concreten la visión y misión de dicha organización sobre “*lo que quiere ser y cómo lograrlo*” (Villafañe, 2000). Algunos autores (De Aguilera, et al, 2010) establecen que la comunicación en el ámbito universitario puede cumplir funciones importantes tales como “*integración de sus acciones*”, “*cambio de la institución*” y “*expresión de su responsabilidad pública*”.

Son muy pocos los estudios específicos sobre la gestión de la comunicación en el ámbito universitario, en alguno de ellos queda patente que son pocas las universidades españolas las que disponen de un plan de comunicación, siendo la comunicación interna uno de los aspectos más

deficientes en dichas organizaciones. Aquellas universidades que disponen de estrategia comunicativa, enfocan casi todos sus esfuerzos a la “*competitividad y racionalidad empresarial*” (Quirós Fernández, 2016).

El plan de comunicación para la cardioprotección de un centro universitario podría considerarse una oportunidad para relanzar la marca de un Campus universitario con el objetivo de mejorar su imagen o afianzar su personalidad (De Frutos Torres, et al, 2014).

A continuación, analizaremos un caso paradigmático de buenas prácticas en comunicación, en diferentes ámbitos incluida la salud y en relación a la Responsabilidad Social Universitaria (RSU), mencionada en anteriores capítulos.

La Universidad de Granada es una Universidad Pública, con tres campus en las ciudades de Granada, Ceuta y Melilla. Es una de las más antiguas de España, fue fundada en 1531 y por ella pasan anualmente 59438 alumnos. Dispone de un total de 5685 trabajadores, contando PDI y PAS. La Comunidad Autónoma de Andalucía, a través de la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa, junto con el Foro Social de universidades andaluzas, han impulsado un modelo de Responsabilidad Social en dichos centros. Otra iniciativa importante en este sentido ha sido la llevada a cabo por el Parlamento Andaluz el 9 de marzo de 2010 en relación al desarrollo de la RSU en las estrategias de las universidades andaluzas y ha sido recogida como propuesta de memoria de sostenibilidad universitaria (Larrán Jorge, M, et al (2008):

“El Parlamento de Andalucía insta al Consejo de Gobierno a que, en el marco de sus relaciones con el sistema universitario andaluz, propicie la incorporación del modelo de responsabilidad social universitaria a los planes estratégicos de las universidades andaluzas”.

“Las universidades andaluzas, mediante el ejercicio de la responsabilidad social universitaria y, a través del liderazgo social y la excelencia científica, deben ser protagonistas principales en la consolidación de un modelo productivo basado en la sostenibilidad social, económica y ambiental, así como deben ser sensibles a sus entornos local y regional, y teniendo en cuenta la nueva realidad global, las universidades andaluzas deben insistir en el fomento de la formación a lo largo de la vida, la inclusión de la capacidad emprendedora en las competencias de la comunidad universitaria y la colaboración con el sistema productivo para el incremento de la competitividad de las empresas andaluzas”.

En el caso de las universidades andaluzas y en concreto de la Universidad de Granada, una de sus mayores fortalezas para el desarrollo de la RSU está en el apoyo institucional del que disponen. En este caso, la propia Comunidad Autónoma ha creado un marco normativo y de control muy adecuado para la implantación de RSU en las líneas estratégicas de sus centros universitarios.

La Universidad de Granada tiene un Campus dedicado a las Ciencias de la Salud, en él hay centros dedicados a la investigación biosanitaria, titulaciones sanitarias (Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Nutrición, etc).

Entre los Servicios que presta la Universidad de Granada destaca el Servicio de comedores universitarios con menús saludables a bajo precio (3,5 €).

Dentro de sus Vicerrectorados se encuentra el de Responsabilidad Social, Igualdad e inclusión que dispone de una web propia. El Vicerrectorado tiene varias Secretariados a través de los que coordina actuaciones en todos sus campus, en Colegios mayores y Residencias universitarias, acciones de voluntariado, así como el anteriormente mencionado comedor universitario.

Estas secretarías son:

- ✓ Inclusión y diversidad: se encarga de llevar a cabo acciones dirigidas a la plena inclusión de personas con discapacidad en la Universidad.
- ✓ Igualdad y conciliación: se encarga de llevar a cabo acciones dirigidas a la no discriminación por razón de género y a la conciliación de la vida familiar.
- ✓ Campus Saludable: se encarga de llevar a cabo acciones dirigidas a la promoción de la salud, incluida la salud laboral y el respeto al medio ambiente.

Cada uno de estos Secretariados dispone de página web propia donde se explica su organización, servicios, acciones, noticias, etc.

El objetivo fundamental del “Campus Saludable” es promover hábitos de vida sanos entre la comunidad universitaria, uniendo a ello el respeto al medio ambiente y la sostenibilidad.

La Universidad de Granada se encuentra incluida dentro de la Red Española de Universidades Saludables (REUS). Se trata de una iniciativa promovida en 2008 por la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y algunas Comunidades Autónomas. Su finalidad principal es promocionar la salud de la comunidad universitaria, incluyendo Estudiantes, PAS, PDI y la sociedad en su conjunto.



Fig. 2.21. Página web Secretariado de Campus Saludable. Fuente: vicerresponsabilidad.ugr.es

Dentro de las acciones a desarrollar, a través del Secretariado de Campus Saludable se encuentran:

- ✓ Mejora del Sistema de Gestión Ambiental: gestión de residuos, movilidad sostenible, calidad ambiental.
- ✓ Plan Salud Activa: actividad física, envejecimiento activo, hábitos saludables.
- ✓ Prevención de Riesgos Laborales y Protección Radiológica: prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y cualquier otro daño para la salud que pudiera producirse en el entorno universitario. En este último punto se encuentra el programa de primeros auxilios y desfibriladores.

The screenshot shows the website for the 'SERVICIO DE SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES' at the University of Granada. The header includes the university logo, the name 'UNIVERSIDAD DE GRANADA', and the text 'Administración electrónica'. A search bar is located in the top right corner. The main navigation menu on the left lists various services such as 'Presentación del Servicio SPRL y Novedades', 'Contacto, Solicitudes y Notificaciones', and 'Área de Ergonomía y Psicología Aplicada'. The main content area features a 'Presentación' section with text explaining the service's mission and a 'Tablón' section with a news item titled 'Alerta sobre sustancias peligrosas' dated 03/10/2018. The right sidebar contains a calendar for May 2019, a notification for an accident, and a system access message.

Fig. 2.22. Página web Servicio de Salud y Prevención de Riesgos Laborales. Fuente: niceresponsabilidad.ugr.es

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Universidad de Granada a través del Campus Saludable desarrolla un completo Programa de Primeros Auxilios y uso de Desfibriladores dirigido a toda la comunidad universitaria. En primer lugar, el Programa justifica la importancia de adecuar y organizar los primeros auxilios a las características de cada centro, así como dotarles de los recursos materiales necesarios para ello. También se resalta lo importante y necesario que es disponer de equipos de emergencia y evacuación, formados adecuadamente y que sean capaces de actuar en caso necesario. De esta forma, su objetivo principal es proporcionar la formación necesaria a todos los miembros de la comunidad universitaria (alumnos, PAS, PDI) en técnicas de primeros auxilios y Soporte Vital Básico (SVB), incluyendo en este último apartado el uso de desfibrilador.

UNIVERSIDAD DE GRANADA Administración electrónica Buscar búsqueda...

SERVICIO DE SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Correo electrónico Directorio telefónico

Redes Sociales Accesibilidad CEIBioTic UGT UNIVERSITY English Español

Inicio Acceso restringido Área de Promoción de la Salud

Área de Promoción de la Salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener esta acción y, en este sentido, este servicio desarrolla programas con todos los estamentos de la comunidad universitaria y en coordinación con otros servicios universitarios.

En este área se desarrollan las siguientes actividades:

- Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares.
- Programa de Inmunizaciones.
- Programa de Primeros Auxilios y Desfibriladores.
- Programa de Deshabitación del Hábito Tabáquico para personal contratado.
- Taller de Deshabitación Tabaco-Cannabis para estudiantes.
- Prevención del Cáncer

Fig. 2.23. Área de Promoción de la Salud. Página web Servicio de Salud y Prevención de Riesgos Laborales. Fuente: vicesponsabilidad.ugr.es

El Programa incluye un completo listado de actividades formativas que incluyen reciclaje en técnicas de SVB, ya que es necesario que estos cursos se realicen de forma periódica. En la página web del Servicio de Salud y Prevención de Riesgos Laborales se recoge la ubicación exacta de los desfibriladores que existen en los diferentes centros universitarios. En esta misma página se aporta información sobre el procedimiento de instalación, requisitos, solicitud de material, etc. Se aporta también información de cómo se debe actuar en caso de emergencia y botiquines de primeros auxilios.

Inicio Acceso restringido Área de Promoción de la Salud Programa de Primeros Auxilios y Desfibriladores

Programa de Primeros Auxilios y Desfibriladores

- Introducción: Programa de Primeros Auxilios y Desfibriladores
- Desfibriladores Externos Automatizados (DEA)
- Botiquines de primeros auxilios
- Manuales de Primeros Auxilios, Soporte Vital y Uso del Desfibrilador
- Formación en primeros auxilios y uso de un desfibrilador
- ¿Cómo actuar en caso de parada cardiorrespiratoria haciendo uso de un DEA?
- Procedimiento de actuación ante una urgencia/emergencia sanitaria en Centros y Servicios

Fig 2.24. Programa de Primeros Auxilios y Desfibriladores. Fuente: vicesponsabilidad.ugr.es

2.5. Marketing social y salud

El objetivo primordial del presente estudio es lograr implicar a los trabajadores del Campus María Zambrano de Segovia en un futuro programa de cardioprotección. Es decir, se pretende influir en este público para lograr una conducta en ellos y este es precisamente el fundamento del marketing social.

2.5.1. Marketing social en programas de salud pública

Podemos definir el marketing social como “*aplicación de las técnicas de marketing comercial como estrategia para influir en el comportamiento voluntario del público con el objetivo de mejorar su bienestar personal y social*” (Andreasen, A, 2002).

De acuerdo a este concepto, en los últimos años, organizaciones internacionales tan destacadas como la OMS o UNICEF, han empleado las técnicas de marketing social en diferentes programas de promoción de la salud (Forero, J.A, 2009).

Estos programas tienen sus antecedentes en campañas como las que se llevaron a cabo para promocionar la vacuna de la viruela en el siglo XVIII entre los ciudadanos de Boston o la abolición de la esclavitud en EE.UU. en el siglo XIX, ambas con el objetivo de modificar conductas sociales (Kotler. P, et al, 1993).



Fig 2.25. Ilustración de Thomas Nast , “The emancipation of the Negroes”, 1863.

Si entendemos el marketing como “proceso mediante el que se identifican, anticipan y satisfacen necesidades y requerimientos del consumidor” (Kerin. R.A, 2003), sus técnicas son un excelente vehículo para cambiar hábitos o actitudes, como es el caso de nuestro estudio (conseguir la participación en la formación en primeros auxilios).

Los programas de promoción de la salud en los que se aplican las técnicas de marketing social aplican sus principios y teorías, como es el caso de la teoría de las cuatro P’s o “marketing mix” (McCarthy, 1960), donde el “producto” sería el cambio de conducta y los beneficios que reporta ese cambio, el “precio” que supondría correspondería con el coste a nivel individual de ese cambio de conducta, el “punto de venta” que es el espacio donde tendrá lugar ese cambio de conducta y la “promoción” que agruparía toda la estrategia comunicativa que se planificará con el fin de provocar el cambio de comportamiento.

En la siguiente tabla se aplica esta teoría de las 4 P’s a nuestro programa de salud que tiene entre sus objetivos principales conseguir la participación de los trabajadores del Campus en nuestro proyecto de cardioprotección de dicho espacio público.

4 P’s MARKETING	APLICACIÓN PROGRAMA SALUD PÚBLICA
Producto	Participación en programa de formación en primeros auxilios para trabajadores.
Precio	Tiempo que invertirán en la formación, cansancio tras jornada laboral, abordaje temas complejos (muerte).
Punto venta	Centro de trabajo.
Promoción	Distribución de folletos informativos sobre primeros auxilios en el centro de trabajo, divulgación de video a través de redes sociales.

Tabla 2.9. Aplicación 4 P’s del Marketing a la promoción de la salud. Elaboración propia.

El paradigma actual del marketing social va más allá de estas 4P's, considerando que existen otras P's, que pueden condicionar de forma positiva un programa de salud pública:

- ✓ tipos de “Público”, siendo el público primario un grupo de personas sobre el que se quiere provocar un cambio de conducta, un público secundario que identificaríamos como personas con influencia sobre los anteriores y público terciario, aquellas personas con responsabilidad política, administrativa, legislativa, etc.
- ✓ alianzas estratégicas (“Partners”) son aquellas organizaciones que podrían intervenir de alguna manera en favor del plan de intervención en la promoción de la salud, aportando financiación económica, recursos materiales y humanos.
- ✓ “Política”, ya que en algunas ocasiones un plan de marketing social puede suponer un impulso para la modificación o creación de medidas desde este ámbito, que favorezcan la implantación de legislación o normas administrativas en este sentido, o incluso llegar a marcar la agenda pública. Un ejemplo claro de ello lo podemos observar en la campaña “Constantes y vitales” de La Sexta, que gracias a la recogida de firmas ha conseguido impulsar la regulación de la implantación de desfibriladores en espacios públicos en diferentes comunidades autónomas de nuestro país.
- ✓ “Presupuesto económico” que permitirá financiar la estrategia planificada y que es imprescindible definir ya que puede ser uno de los principales obstáculos a la hora de implementar el plan de intervención (Latinovic, L. et al, 2010). Este aspecto quedará recogido en el análisis DAFO del presente estudio.

Algunos autores consideran que se podrían utilizar las estrategias de contramarketing¹⁹ con el fin de modificar las conductas negativas, en este caso en relación a la salud. Así lo han hecho algunas campañas como la que recogemos a continuación que tenían como objetivo el abandono del consumo de tabaco.

¹⁹ Contramarketing: conjunto de acciones dirigidas a disminuir la demanda de un bien o servicio. Un ejemplo es la inclusión de imágenes de los daños que ocasiona el consumo de tabaco en las cajetillas de cigarrillos.



Fig. 2.26. Campaña “Stop smoking”. Casa Eurípedes. 2013

Existen estudios diferentes que analizan las campañas de marketing aplicadas a cuestiones relacionadas con la promoción de la salud, como la nutrición, el ejercicio físico o el consumo de sustancias tóxicas, concluyendo los mismos que, las herramientas del marketing social aplicadas a estos programas son efectivos en el cambio de conductas enfocadas a instaurar hábitos de vida saludable (Gordon, R, et al, 2006).

El éxito de estas estrategias de marketing social aplicadas a la salud reside en algunos principios básicos como son la voluntariedad del cambio en el público objetivo, el planteamiento de objetivos a largo plazo, la orientación del programa mediante la segmentación del público (“*targets*”), la percepción por parte del público objetivo de beneficio y el desarrollo de acciones de “*marketing mix*” (Beerli-Palacio, A, et al, 2008).

2.5.2. Marketing social corporativo.

El Marketing social corporativo se engloba dentro del Marketing social, y se puede definir como “*conjunto de actividades que desarrolla una empresa o sector con el objetivo de lograr el compromiso de los consumidores con un determinado comportamiento de interés social, favoreciendo al mismo tiempo y de forma directa los intereses de la empresa con relación a su posición en el mercado y/o su imagen*” (Fontrodona, 1999).

Son muchos los autores que afirman que es imprescindible que cualquier empresa u organismo, debe disponer de una identidad fuerte y competitiva, de esta forma se potencia su valor interno y externo (De San Eugenio Vela, 2011).

De cara al exterior su objetivo puede ayudar a posicionarse en el mercado (García, I, et al, 2001). De esta forma la transformación de nuestra estrategia de Marketing Social podría formar parte de un plan más a largo plazo que se integrará en la línea de actuación de la Universidad, convirtiéndose así en una estrategia de Marketing Social Corporativo.

La mejora interna de cara a sus propios trabajadores, desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales, queda reflejada en el apartado de Responsabilidad Social Universitaria de este marco teórico.

2.5.3. Marketing Social en Administraciones Públicas

Existe un creciente interés en las Administraciones públicas por aplicar modelos de gestión que tengan en cuenta las necesidades y deseos de los ciudadanos, en gran parte impulsado por la propia ciudadanía. En este sentido, resulta apropiada la aplicación de las estrategias de Marketing social en los programas de carácter público.

Algunos autores (Cervera, A. 2001) entienden que es el instrumento más apropiado para satisfacer las necesidades de la población.

Muchos autores coinciden en que no se trata de trasladar las estrategias de Marketing del sector privado al sector público, si no de adaptarlas a las características del mismo para aprovechar algunas ventajas propias del marketing, como la optimización de los recursos públicos, de la calidad de sus servicios, sin dejar de aplicar valores propios de los servicios públicos como la igualdad de oportunidades, participación ciudadana o la democratización. También señalan algunos inconvenientes, como la imposibilidad de extender su aplicación a todos los sectores públicos, principalmente por la rigidez legislativa en algunos entornos (Flores, 2015).

El Marketing en las Administraciones públicas se puede orientar en tres ejes principales (Rodríguez, 2006):

- ✓ Investigación social que identifique las necesidades de la población.
- ✓ Aplicar los resultados de estos estudios a la mejora de los servicios que ofrecen.
- ✓ Vertebrar las estrategias de marketing en torno a la comunicación con el ciudadano.

El modelo centrado en los “*stakeholders*” se puede emplear como estrategia de Marketing en el sector público, evaluando de forma exhaustiva estos grupos de interés (intereses, deseos, capacidad de influir), para conseguir una estrategia dirigida a ellos que permita influir en el público primario. Esta aplicación a nuestro trabajo se muestra en la siguiente tabla.

GRUPOS INTERÉS “stakeholders”	Responsables de gestión y dirección, responsables servicio prevención de riesgos laborales, representantes sindicales
ESTRATEGIA MARKETING	Proporcionar información objetiva sobre cardioprotección espacios públicos: trámites administrativos, presupuesto económico, normativa.
PÚBLICO PRIMARIO	<i>TRABAJADORES CAMPUS</i>

Tabla 2.10. Aplicación Modelo “stakeholders” Programa de cardioprotección del Campus “María Zambrano”. Fuente elaboración propia.

De esta forma resulta imprescindible acceder a los grupos de interés que puedan favorecer e impulsar la puesta en marcha de nuestra estrategia con el fin de llegar al público objetivo de esta campaña.

3. INVESTIGACIÓN SOCIAL

3.1. Contexto

El estudio que se ha realizado en este trabajo tiene su punto de partida en el nacimiento del nuevo edificio, que a partir del curso 2012/13 acogió el Campus María Zambrano. Por razones personales y profesionales, he tenido una especial vinculación con la UVa de Segovia en los últimos años y he vivido el proceso con cierta cercanía. Me sorprendió que no se dotará a este edificio de desfibrilador y ello despertó interés para iniciar la investigación.

El nuevo edificio, sede del Campus de Segovia, está situado en el solar que fue ocupado durante años por el Cuartel de Artillería, entre la Plaza de la Universidad y la calle Coronel Rexach. Se trata de una zona situada cerca del casco histórico de la ciudad y accesible desde otros barrios de Segovia, por ello es visitado a diario por una gran afluencia de público a parte del alumnado que cursa en el sus estudios y las personas que trabajan en el mismo.

El edificio fue proyectado por dos arquitectos, Ricardo Sánchez González y José Ignacio Linazasoro Rodríguez y ocupa una extensión total de 18500 m². El diseño del mismo permitió disponer de un gran espacio en el centro del edificio, el “Ágora” del Campus, cuya finalidad es proporcionar un lugar de encuentro no solo a la comunidad universitaria sino dotar de espacio público a la ciudad de Segovia en el que se realizan gran cantidad de eventos culturales.

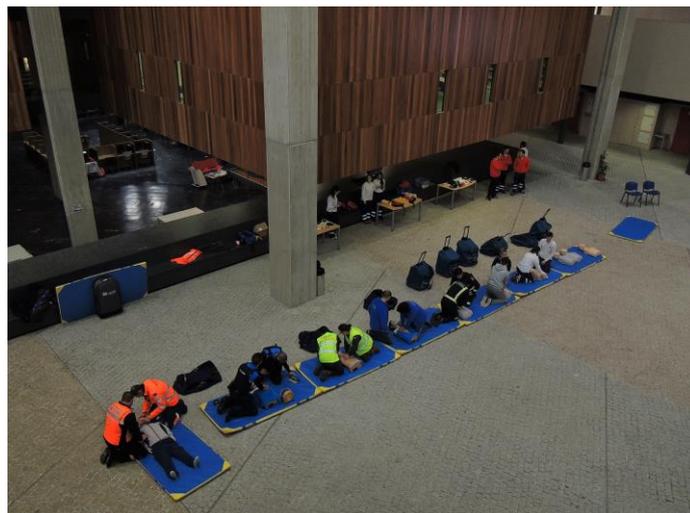


Fig. 3.1. Taller de SVB para alumnos de Facultad de Educación de Segovia, en el Ágora del Campus María Zambrano. Curso 2018/19. Fuente propia.

El Campus está formado en la actualidad por la Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Comunicación, la Facultad de Educación y la Escuela de Ingeniería Informática.

El alumnado matriculado en el curso 2017/18, según los datos de la Memoria de la UVa relativos a ese curso, quedan recogidos en la siguiente tabla.

CAMPUS MARÍA ZAMBRANO	ALUMNOS
FACULTAD CC. SOCIALES, JURÍDICAS Y DE LA COMUNICACIÓN	1572
FACULTAD DE EDUCACIÓN	594
ESCUELA DE INGENIERÍA INFORMÁTICA	150
TOTAL	2316

Tabla 3.1. Alumnado matriculado en Campus María Zambrano, curso 2017/18. Elaboración propia.

En cuanto a Personal Docente e Investigador (PDI), durante el curso 2017/18, según los datos de la Memoria de la UVa relativos a ese curso, quedan recogidos en la siguiente tabla.

CAMPUS MARÍA ZAMBRANO	PDI
FACULTAD CC. SOCIALES, JURÍDICAS Y DE LA COMUNICACIÓN	124
FACULTAD DE EDUCACIÓN	62
ESCUELA DE INGENIERÍA INFORMÁTICA	16
TOTAL	202

Tabla 3.2. PDI del Campus María Zambrano, curso 2017/18. Elaboración propia.

El Personal de Administración y Servicios (PAS), del Campus, teniendo en cuenta personal laboral, funcionarios e interinos, a fecha de diciembre de 2018, según un informe del Rectorado de la UVa de este mismo año, queda recogido en la siguiente tabla.

CAMPUS MARÍA ZAMBRANO	PAS
SERVICIOS CENTRALES (Biblioteca, Deportes, Audiovisuales)	13
UNIDAD ADMINISTRATIVA TERRITORIAL (Jefatura, Apoyo Departamental, Conserjería, Apoyo TIC, Mantenimiento)	28
FACULTAD CC. SOCIALES, JURÍDICAS Y DE LA COMUNICACIÓN	7
FACULTAD DE EDUCACIÓN	1
ESCUELA DE INGENIERÍA INFORMÁTICA	2
TOTAL	33

Tabla 3.3. PAS del Campus María Zambrano, curso 2018/19. Elaboración propia.

La consolidación de la marca del Campus universitario fue una de sus principales preocupaciones desde que inició su andadura en Segovia. Su identidad, su imagen y su reputación formaron parte de un Plan Estratégico de comunicación en el que se tuvieron en cuenta los orígenes del Campus, el proceso de construcción de sus propias instalaciones, la elección del nombre y el diseño de su logotipo (De Frutos Torres, et al, 2014).



Fig. 3.2. Logotipo del Campus María Zambrano. Diseñado por Isabel María García García

Una de las motivaciones de este trabajo es contribuir a reforzar esa identidad del Campus, transformándolo en un centro cardioprotegido, intentando fusionar dos ámbitos muy diferentes pero complementarios, como son la Comunicación con Fines Sociales y la Promoción de los primeros auxilios. Ha resultado difícil conectar las dos vertientes, pero tal y como la propia María Zambrano escribió “No se pasa de lo posible a lo real, sino de lo imposible a lo verdadero”.

3.2. Método de investigación

A continuación, se plasma el método de investigación seguido y las diferentes etapas del mismo, comenzando con los objetivos planteados, el público objeto del estudio, las hipótesis y preguntas de investigación, el cronograma seguido y la recogida de datos.

3.2.1. Objetivos

El objetivo general de la presente investigación es analizar el grado de aceptación que tendría la implantación de un programa de cardioprotección en el Campus María Zambrano de Segovia y que incluiría la formación en técnicas de primeros auxilios y SVB de los participantes en el mismo y la instalación de un Desfibrilador en el edificio del Campus.

Los resultados del análisis de dicha investigación se emplearon para elaborar el Plan de Comunicación que contribuya en un futuro a fortalecer el programa de cardioprotección y a garantizar su desarrollo y mantenimiento en el tiempo.

Los objetivos específicos a corto plazo establecidos para este trabajo son:

- Realizar un cuestionario que recoja la opinión de la población objeto de estudio en una futura instauración de un programa de cardioprotección del Campus.
- Comprobar la claridad de las preguntas mediante un cuestionario piloto.
- Analizar los datos obtenidos de este cuestionario.
- Conocer la opinión de los participantes sobre esta investigación, para evaluar su interés en formar parte de la misma.
- Conocer la opinión de expertos y responsables de la Uva acerca de los principales obstáculos que podrían aparecer en el programa.
- Incidir en los miedos y preocupaciones detectados en el estudio, proporcionando información acerca del programa de cardioprotección.
- Aplicar los resultados obtenidos para el diseño de un plan de comunicación para los trabajadores del Campus María Zambrano de Segovia y que podría extrapolarse a otros centros públicos.

Existen algunos objetivos a largo plazo que también se marcaron con esta investigación:

- Reforzar la imagen de la UVa de Segovia a nivel interno y también de cara a la sociedad segoviana.
- Convertir el Campus de Segovia en un “Campus saludable”

3.2.2. Público objetivo

Inicialmente la investigación se planteó para conocer directamente la opinión de las personas que trabajan en el centro, en relación a la posible implementación de un programa de cardioprotección del Campus.

Dentro del grupo de trabajadores, el estudio se centró en PDI y PAS ya que son trabajadores que directamente dependen de la UVa y el programa de cardioprotección se enmarcará, de acuerdo a algunas de las conclusiones obtenidas tras elaborar el marco teórico de este trabajo, dentro de la prevención de riesgos laborales del Campus.

Existen otros trabajadores de limpieza, reprografía, monitores de actividades deportivas, que se han tenido en cuenta en la planificación de algunas de las acciones del plan de comunicación con el fin de involucrarles de alguna manera en esta estrategia.

También se extendió el estudio a estudiantes de la Facultad de Educación ya que como futuros docentes deben estar sensibilizados con la importancia de formarse en primeros auxilios y SVB. En la Facultad de Educación se tendrá en cuenta al alumnado de las diferentes titulaciones: Grado en Educación Infantil, Programa conjunto en Educación Infantil y Primaria y Grado en Educación Primaria.

El resto de estudiantes del Campus se tendrán en cuenta en el Plan de Comunicación y en algunas de sus acciones estratégicas.

3.2.3. Hipótesis y preguntas de investigación

Las preguntas de investigación sobre la aceptación del programa de cardioprotección en el Campus se formularon a través de varias hipótesis.

Hipótesis 1	<i>Que existen ciertas preocupaciones y miedos entre los trabajadores del campus, en cuanto al empleo de DEA, que podrían interferir en el desarrollo de un proyecto de cardioprotección del campus.</i>
Hipótesis 2	<i>Que no existe suficiente concienciación entre los trabajadores y estudiantes del centro acerca de la importancia de usar precozmente un DEA así como realizar técnicas de SVB por parte de personas sin formación sanitaria.</i>
Hipótesis 3	<i>Que existen obstáculos administrativos y presupuestarios que a han impedido hasta hoy la instalación de un DEA en el Campus.</i>

Tabla 3.4. Hipótesis de la investigación. Fuente: elaboración propia.

A partir de estas hipótesis se plantean varias preguntas de investigación.

- ¿Tienen conocimientos el PDI y PAS del Campus sobre los programas de “Protección y Vigilancia de la salud” que realiza la UVa?
- ¿Reciben o han recibido formación sobre Protección de la salud?
- ¿Consideran importante el PDI, PAS y los estudiantes, conocer maniobras de Soporte Vital Básico en lugares con gran afluencia de personas?
- ¿Piensan todos ellos que puede suceder una parada cardíaca en el lugar de trabajo o en otros entornos cercanos?
- ¿Sabrían cómo actuar?
- ¿En alguna ocasión han tenido que proporcionar Primeros Auxilios en el Campus? ¿Cuál ha sido su reacción ante una emergencia?
- ¿Saben qué es un Desfibrilador semiautomático (DEA)?
- ¿Tienen preocupaciones y miedos ante la posibilidad de tener que usarlo en el Campus?
- ¿Piensan qué es efectivo iniciar las maniobras de RCP y uso de DEA, en situaciones de parada cardiorrespiratoria, antes de la llegada de los Servicios de Emergencias?

- ¿Piensan que existirían dificultades técnicas y legales a la hora de instalar y usar un DEA en el Campus?
- ¿Estarían dispuestos a usar un DEA con la información y formación necesarias?
- ¿Se realizaría un uso responsable del DEA en las instalaciones universitarias?
- ¿Resultaría eficaz elaborar un plan de comunicación para promocionar la participación en el programa de cardioprotección?

Algunas de estas preguntas se han utilizado para elaborar las encuestas a trabajadores y estudiantes del Campus y para realizar el guion de las entrevistas en profundidad.

3.2.4. Cronograma

La investigación se realizó en las siguientes fases:

- Establecer el método de investigación: en esta etapa se decidieron los instrumentos que se emplearían y se planificó como se llevaría a cabo el trabajo.
- Elaboración del cuestionario: en esta etapa se diseñó el cuestionario que se ha empleado en la recopilación de datos y que figura en los anexos del trabajo.
- Cuestionario piloto: se refiere a la prueba realizada con el grupo triangular para evaluar el cuestionario.
- Envío del cuestionario: incluye el período durante el que los cuestionarios estuvieron abiertos a través de la aplicación *Google forms*.
- Elaboración entrevista: periodo durante el que se realizó la elaboración de preguntas para las entrevistas en profundidad.
- Realización de entrevistas: se refiere a los momentos en los que se realizaron las entrevistas.
- Análisis de los datos: incluye el tiempo dedicado a estudiar los datos de las encuestas y de las entrevistas.
- Elaboración de conclusiones: durante esta etapa se elaboraron los argumentos apoyados en el análisis de los datos.

En la siguiente tabla se recogen todas las fases en relación al tiempo empleado en cada una de ellas, a lo largo de 8 meses.

FASE DE LA INVESTIGACIÓN	OCT	NOV	DIC	EN	FEB	MAR	ABR	MAY
Establecer método de investigación	X	X						
Elaboración cuestionario		X	X					
Cuestionario piloto			X					
Envío cuestionarios			X	X	X	X		
Elaboración entrevistas semiestructuradas				X	X			
Realización entrevistas en profundidad					X	X	X	X
Análisis de los datos						X		
Elaboración conclusiones							X	X

Tabla 3.5. Cronograma del trabajo de investigación. Fuente: elaboración propia.

3.2.5. Recogida de datos: encuesta piloto, encuestas definitivas y entrevistas en profundidad

La investigación se inicia intentando conocer la opinión del público objetivo en relación a detectar ideas, opiniones y conocimientos previos sobre el tema que nos ocupa. En este caso se emplearon dos métodos de recogida de datos: encuestas y entrevistas en profundidad.

En el caso de las encuestas se aplicó la doble conceptualización de este método cuantitativo (Alaminos, A. et al, 2006), empleándose las mismas como instrumento de recogida de datos y como estrategia de investigación ya que se introdujo una pequeña información al final del cuestionario sobre el tema a tratar para detectar los cambios de opinión al recibir dicha información.

Se elaboraron dos cuestionarios, para trabajadores y para estudiantes, ambos se adjuntan a los anexos de este trabajo.

En el cuestionario para trabajadores, se ofrece al inicio una pequeña información para que los encuestados conozcan el objetivo del estudio y que sus datos serán tratados de acuerdo a la ley de protección de datos y al código ESOMAR²⁰. A continuación, se exponen las preguntas organizadas en diferentes bloques.

- ✓ Datos personales: se trata de algunos datos como edad, sexo, nivel de estudios, tipo de contrato, antigüedad en la UVa, puesto de trabajo y nombre del centro donde trabaja. Estos datos se emplearon para realizar un análisis descriptivo con las respuestas obtenidas.
- ✓ Formación y conocimientos previos: en este apartado se preguntó acerca de la formación en el ámbito de la prevención de riesgos laborales y su motivación al realizar estos cursos. También se indago acerca de los conocimientos previos sobre primeros auxilios en aspectos como reconocimiento y actuación en caso de una parada, percepción de riesgo de esta situación en el centro de trabajo, responsabilidad y repercusiones en la actuación de testigos, conocimiento acerca del desfibrilador y predisposición a usarlo.
- ✓ Sensibilidad acerca de formación en primeros auxilios: se preguntó a los participantes sobre su interés en realizar cursos de primeros auxilios y sobre su opinión acerca del propio estudio.

A continuación, se proporcionó una breve información sobre el riesgo de que suceda una parada en el entorno cercano y sobre cómo se debe actuar en estos casos, haciendo especial hincapié en la actuación de los testigos del incidente. Posteriormente se volvió a preguntar sobre la necesidad de disponer de desfibrilador en el centro de trabajo y su disponibilidad para formarse al respecto.

En el cuestionario para estudiantes, la información ofrecida al inicio y al final del cuestionario y las preguntas se organizaron de forma similar a la del anterior, con algunas modificaciones:

- ✓ Datos personales: se preguntó sobre edad, sexo y estudios que estaban cursando.
- ✓ Formación y conocimientos previos: se preguntó sobre cursos de primeros auxilios y su motivación al realizarlos, el resto del apartado se realizó igual que en el de los trabajadores.

²⁰ Código ESOMAR: conjunto de normas de carácter internacional, suponen la aceptación de una serie de normas éticas y de autorregulación por parte del investigador.

- ✓ Sensibilidad acerca de formación en primeros auxilios: se planteó de la misma manera que en el cuestionario a trabajadores.

Igual que en el caso de los trabajadores se ofreció una información al final y después se volvió a preguntar para detectar si existía cambio de opinión al respecto.

En los dos cuestionarios se plantearon preguntas con una única respuesta y obligatorias, excepto tres preguntas, una acerca de los cursos realizados en relación con los primeros auxilios, otra acerca de la presencia como testigos en una parada y su actuación en este caso y otra en el supuesto caso de conocer que es un desfibrilador la probabilidad que existía de que lo usarían si fuera necesario. En la pregunta acerca de cómo actuarían en caso de parada cardíaca se optó por la respuesta abierta para que el encuestado explicará su actuación y se dejó una opción abierta (“otras”), en la pregunta acerca de las preocupaciones en caso de encontrarse ante una parada cardíaca.

Para poder determinar la correcta redacción del cuestionario, su claridad en los enunciados de las cuestiones y el tiempo aproximado que se tardaría en completar el mismo, se formó un grupo triangular. Los participantes del grupo fueron personas que no pertenecían al público objetivo y cuya participación fue voluntaria. Se seleccionaron perfiles similares al público de la investigación, por edad, nivel de estudios y ocupación. Se cronometró el tiempo que tardaron en completarlo ya que el cuestionario debía ser sencillo y de rápida consecución. Los perfiles de los participantes quedan recogidos en la siguiente tabla.

Participante	Perfil	Tiempo en completar el cuestionario
1	Hombre de entre 40 a 50 años, con estudios superiores, funcionario, con su centro de trabajo en la Administración Autonómica, en el departamento de administración	3 minutos
2	Hombre de entre 30 a 40 años, con estudios superiores, con contrato temporal, con su centro de trabajo en la Administración General del Estado, en departamento de conserjería	3 minutos y 25 segundos.
3	Mujer de 20 a 25 años, cursando Educación Infantil en Valladolid	4 minutos y 30 segundos.

Tabla 3.6. Perfil de los participantes en el cuestionario piloto y tiempo en contestar.

Al finalizar los cuestionarios se abrió un espacio de debate en el que los tres participantes afirmaron que comprendían el significado de todas las cuestiones, uno de ellos expresó que la información final le parecía un poco extensa y otro cuestionó la relevancia de conocer la formación previa en riesgos laborales en relación con el tema objeto de estudio.

Una vez probados los cuestionarios se lanzaron a través de la aplicación de Google para realizar cuestionarios, *Google Forms*²¹, la aplicación se envió de diferente manera a trabajadores y estudiantes. Los cuestionarios se enviaron a los trabajadores a través del correo electrónico de la UVa y a los alumnos a través del Campus Virtual. Este proceso fue largo y complejo ya que en esta tarea era imprescindible disponer de los permisos necesarios y cumplir con la legislación de protección de datos, todas estas dificultades demoraron el tiempo de recogida de encuestas. Las encuestas se abrieron el 24 de enero de 2019 y se cerraron el 7 de marzo de 2019.

Era necesario, por otra parte, acercarnos a opiniones ya formadas de personas que habían estado involucradas en el proceso de implantación de un programa de cardioprotección en un espacio público y en el propio Campus de Segovia y de especialistas de dos campos fundamentales para nuestro estudio, la prevención de riesgos laborales y las emergencias sanitarias. En este caso se eligió como instrumento la entrevista en profundidad, por su utilidad como método cualitativo.

A continuación, se contactó con las personas seleccionadas, se les explicó el objetivo de la entrevista y se concertó una entrevista con ellos. Se elaboró un guion con preguntas básicas que se presenta a continuación.

Entrevista 1: Responsable implantación programa cardioprotección en un centro público

1. En el centro en el que trabajas disponéis de Desfibrilador, ¿Cuánto tiempo hace que lo tienen instalado?
2. ¿Cómo y cuando surgió la iniciativa de instalarlo?
3. ¿Qué obstáculos se encontraron durante el proceso?
4. ¿Hubiera facilitado el proceso la realización de una campaña comunicativa en este sentido?
5. ¿Qué opinión tienes acerca de cardioproteger los espacios públicos?

²¹ Google Forms: es una herramienta de Google que permite elaborar cuestionarios, recoger las respuestas y analizarlas. <https://www.google.es/intl/es/forms/about/>

Entrevista 2: Enfermera del Trabajo del SPRL de la UVA

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando como Enfermera en el SPRL de la UVA?
2. ¿Dentro de la formación demandada por los trabajadores de la Uva se encuentra algún curso de primeros auxilios?
3. ¿En la UVA existen Campus cardioprottegidos?
4. ¿De quién fue la iniciativa en estos casos?
5. ¿Cuáles fueron los principales obstáculos a la hora de implantar la cardioprotección?
6. ¿Cuáles fueron los principales obstáculos a la hora de implantarla?
7. ¿Considera importantes las campañas de comunicación en este sentido?

Entrevista 3: Anterior Vicerrector del Campus de Segovia.

1. ¿Durante cuánto tiempo fue Vicerrector del Campus María Zambrano?
2. ¿En algún momento durante ese tiempo se pensó en dotar al Campus de desfibrilador?
3. ¿Cómo surgió la idea?
4. ¿Qué obstáculos encontró en este proceso?
5. ¿Por qué no se llegó a instalar?
6. ¿Considera importante que el Campus esté cardioprottegido?
7. ¿Considera importante la realización de una campaña de comunicación en este sentido?

Entrevista 4: Técnico en Emergencias Sanitarias de Segovia

1. ¿Los testigos de la emergencia suelen tener nociones en primeros auxilios?
2. ¿Supondría un cambio importante la cardioprotección de espacios públicos en la actuación de los servicios de emergencias?
3. ¿Consideras importantes las campañas de comunicación en este sentido?
4. ¿Cuáles son los principales obstáculos que crees podrían existir en la instauración de la instauración de cardioprotección de espacios públicos?

Tabla 3.6. Guión entrevistas. Fuente: elaboración propia.

Se solicitó permiso para grabar las entrevistas y la transcripción de las mismas se recoge en los anexos de este trabajo.

3.3. Descripción de resultados

A continuación, se detallan los diferentes resultados obtenidos a partir de las encuestas dirigidas al público objetivo y de las entrevistas realizadas a personas cuya opinión resultaba relevante para este estudio.

3.3.1. Resultados encuestas.

En este apartado se describen los resultados obtenidos de las 133 encuestas que se realizaron en total, a trabajadores y estudiantes. Respondieron las encuestas un 34% del total de trabajadores (PDI y PAS) y 3,5% de estudiantes de la Facultad de Educación.

En las primeras preguntas se interrogó acerca de características descriptivas, por ejemplo, el sexo de los participantes, que queda recogido en la siguiente tabla.

Participantes	Mujeres	Hombres	Total
Trabajadores	46 (56,1%)	36 (43,9%)	82
Estudiantes	42 (82,4%)	9 (17,6%)	51

Tabla 3.7. Participantes en la encuesta por sexo.

En relación a la participación de acuerdo al sexo, observamos que, en el caso de los trabajadores, los porcentajes de hombres y mujeres son muy similares. En el caso de los estudiantes existe un porcentaje superior de mujeres respecto al de hombres.

La descripción de edades se acotó en intervalos, de menos de 30, a más de 60 años en el caso de los trabajadores y de menos de 20, a más de 30 años en los estudiantes.

Edad trabajadores		Edad estudiantes	
Menos de 30 años	1 (1,2%)	Menos de 20 años	10 (19,6 %)
De 30 a 40 años	17 (20,7%)	De 20 a 25 años	40 (78,4 %)
De 40 a 50 años	39 (47,6 %)	De 25 a 30 años	1 (2%)
De 50 a 60 años	23 (28 %)	Más de 30 años	0
Más de 60 años	2 (2,4%)		

Tabla 3.8. Participantes en la encuesta por edades.

Según estos datos, la mayor parte de los trabajadores encuestados tiene una edad comprendida entre los 40 y los 50 años. En el caso de los estudiantes el mayor porcentaje de los encuestados, corresponde al intervalo comprendido entre los 20 a 25 años.

También se preguntó a los trabajadores por su nivel de estudios, pudiendo elegir entre tres opciones, estudios primarios, secundarios y superiores. La mayoría de los encuestados afirma tener estudios superiores (93,9 %).

Otro dato sobre el que se preguntó a los trabajadores fue su antigüedad en la UVa, los datos quedan reflejados en el siguiente gráfico.

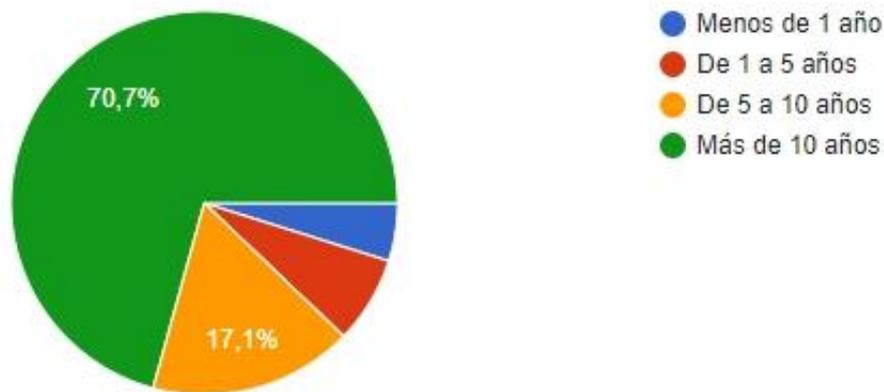


Fig. 3.3. Antigüedad de los trabajadores en la UVa

La mayoría de los trabajadores que han participado en el estudio llevan trabajando en la UVa más de 10 años.

Este apartado se completó preguntado a los trabajadores acerca del tipo de contrato que tenían en este momento siendo la mayoría trabajadores con contrato laboral (37,8 %), seguidos de trabajadores con contrato temporal (36,6 %) y por último los funcionarios (25,6 %).

Finalmente, se preguntó a los trabajadores acerca del puesto de trabajo que ocupan en el Campus María Zambrano de Segovia. Los resultados están recogidos en la siguiente tabla.

Puesto de trabajo	
PAS Administración	10 (12,2 %)
PAS Conserjería	9 (11 %)
PAS Biblioteca	5 (6,1 %)
PAS otros servicios (Mantenimiento, Laboratorio, Informática, Deportes)	3 (3,6 %)
PAS Total	27 (33 %)
PDI	55 (67 %)

Tabla 3. 10. Puesto de trabajo de los trabajadores participantes.

La mayoría de los encuestados son trabajadores PDI y dentro del PAS, los que más respondieron fueron aquellos que trabajan en administración del Campus.

En relación a las características de los estudiantes participantes según los estudios que están realizando en la actualidad, la mayoría de ellos están cursando el Grado de Educación Infantil, tal y como refleja la siguiente tabla.

Titulación cursada en la actualidad	
Grado en Educación Infantil	23 (45,1 %)
Programa conjunto Educación Infantil y Primaria	15 (29,4%)
Grado en Educación Primaria	13 (25,5 %)

Tabla 3. 11. Titulación que cursan en la actualidad los estudiantes participantes.

A continuación, se preguntó a los participantes sobre los cursos que habían realizado en el último año, como formación previa, con el fin de indagar que porcentaje de estos cursos formaban parte de formación en prevención de riesgos laborales, en el caso de los trabajadores y cursos específicos de primeros auxilios, en el caso de los estudiantes. Además, se exploró la motivación a la hora de hacer esta formación específica.

Formación previa trabajadores		Formación previa estudiantes	
Realizaron un curso el último año	Sí 68 (82,9 %)	Realizaron un curso el último año	Sí 36 (70,6 %)
	No 14 (17,1 %)		No 15 (29,4 %)
Realizaron algún curso de prevención de riesgos laborales	Sí 17 (20,7 %)	Realizaron algún curso de primeros auxilios	Sí 19 (37,3 %)
	No 60 (73,2 %)		No 30 (58,8 %)
	No recuerdo 5 (6,1 %)		No recuerdo 2 (3,9 %)
Motivación, solo los que realizaron algún curso de prevención de riesgos laborales	Puntuación bolsas de empleo 4 (10 %)	Motivación, solo los que realizaron algún curso de primeros auxilios	Mejorar expediente académico 0
	Mejorar en puesto trabajo 2 (5 %)		Mejorar curriculum 2 (12%)
	Adquirir conocimientos 34 (85 %)		Adquirir conocimientos 22 (88 %)

Tabla 3.12. Cursos de formación previos de trabajadores y estudiantes participantes.

En relación a este apartado en el que se pregunta sobre formación específica en prevención de riesgos laborales, en el caso de los trabajadores y de primeros auxilios en el caso de los estudiantes, obtenemos varios resultados interesantes. En el caso de los trabajadores, la mayoría (82,9 %) afirma haber realizado algún tipo de formación en el último año, de ellos solo un 20,7 % realizaron un curso de prevención de riesgos laborales y su motivación, en la mayoría de los casos, fue adquirir conocimientos.

En el caso de los estudiantes, también la mayoría realizaron algún tipo de formación adicional a los estudios que cursan en la actualidad, un 37,3 % afirma que ese curso estuvo relacionado con primeros auxilios y en la mayoría de los casos, su principal motivación para realizar esta formación concreta es también adquirir conocimientos.

A continuación, se exploraron los conocimientos en relación a la parada cardíaca y a la forma de actuar en dicha situación. Para elaborar esta cuestión se tomaron como referencia los resultados del estudio del CERCP (2010), mencionado en el marco teórico de este estudio (actuación de primeros intervinientes) y que arrojaba como principales resultados que el 45 % de los encuestados afirmaba no saber lo que es una parada cardíaca y solo el 26 % sabría actuar de forma adecuada.

Resultaba también de interés para este estudio, conocer qué reacción tuvieron aquellos que afirmaron haber presenciado alguna vez una parada cardíaca, para ello se tomó como referencia el estudio de Fidalgo (1993) que también figura en el marco teórico de este estudio (tipo de conducta en situaciones de emergencia) en el que se señala como conducta más frecuente la actuación desordenada y con desconcierto.

Preguntas sobre primeros auxilios	Trabajadores			Estudiantes		
	Sí	No	No estoy seguro	Sí	No	No estoy seguro
¿Sabe lo que es una parada cardíaca?	81 (98%)	1 (1,2%)		50 (98%)	1 (2%)	
¿Sabría actuar ante una parada cardíaca?	16 (19,5%)	29 (35,4 %)	37 (45,1 %)	17 (33,3%)	8 (15,7 %)	26 (51 %)
¿Ha presenciado alguna parada?	7 (8,5 %)	75 (91,5 %)		4 (5,9 %)	47 (94 %)	
En caso de responder afirmativamente la anterior cuestión, indique cual fue su actuación	Realicé boca a boca			Estaba mi padre conmigo y fue quién actuó		
	1 (16,7 %)			1 (25 %)		
	Posición lateral de seguridad			Pedí ayuda		
	2 (33,3 %)			3 (75 %)		
Pedí ayuda						
2 (33,3 %)						
Me aparté para no molestar						
2 (33,3 %)						

Tabla 3.13. Conocimientos en primeros auxilios previos de trabajadores y estudiantes participantes.

Este apartado arroja resultados importantes para nuestro estudio, como son que, tanto en el caso de los trabajadores como en el caso de los estudiantes, la mayoría (98 %) afirma conocer que es una parada cardíaca, porcentaje muy superior al estudio CERP (2010), aunque la mayoría se muestra inseguro a la hora de saber cómo actuar.

Es llamativo también que del total de los encuestados (133), 11 personas han presenciado una parada cardíaca, es decir un 14,6 %. En el caso de los trabajadores, la mayoría de ellos, se apartaron para no molestar en las labores de RCP y en el caso de los estudiantes solicitaron ayuda, ambas conductas se podrían identificar como ordenadas o alejadas de la conducta de pánico descrita por Fidalgo (1993), dentro de las conductas más generalizadas ante una situación de emergencia.

A continuación, se preguntó sobre la probabilidad que existía, en la opinión de los encuestados, de que se produzca una parada cardíaca en el Campus. La finalidad de esta pregunta era detectar la percepción de riesgo que existía en este sentido ya que, de acuerdo a lo recogido en el marco teórico de este trabajo, es primordial determinar lo que piensa el público objetivo antes de explicar evidencias científicas o comunicar para modificar comportamientos (Ebstein, et al, 2004).

Percepción de riesgo	Trabajadores	Estudiantes
Nada probable	0	0
Poco probable	35 (42,7 %)	20 (39,2 %)
Probable	43 (52,4 %)	28 (54,9 %)
Muy probable	4 (4,9 %)	3 (5,9 %)

Tabla 3.14. Percepción de riesgo de parada cardíaca en el Campus de trabajadores y estudiantes participantes.

En este apartado podemos apreciar como un elevado porcentaje de los encuestados son conscientes del riesgo de que ocurra una parada cardíaca en el Campus y es muy llamativo que no exista ninguna persona que no perciba ningún riesgo en este sentido. Es importante así mismo no despreciar el 42,7 % de trabajadores y el 39,2 % de los estudiantes que encuentran poco probable que se produzca una situación de parada cardíaca. Precisamente, estas personas deberán ser tenidas en cuenta en la elaboración de nuestra estrategia comunicativa, ya que son aquellos no “convencidos” sobre los que tendremos que redoblar nuestros esfuerzos persuasivos.

La pregunta acerca de quién es la responsabilidad de actuación en caso de emergencia tenía por finalidad el que los encuestados señalaran, según su opinión, sobre quién debe recaer la responsabilidad de dicha actuación. Precisamente este es uno de los principales argumentos que emplearemos en nuestra estrategia comunicativa, de acuerdo a lo establecido en la cadena de supervivencia (AHA, 2010).

Responsabilidad actuación en caso de emergencia	Trabajadores	Estudiantes
Responsables del centro	4 (4,9 %)	1 (2 %)
Servicios de emergencias	6 (7,3 %)	3 (5,9 %)
Todo aquel que lo presencie	72 (87,8 %)	47 (92,2 %)

Tabla 3.15. Responsabilidad de actuación en caso de emergencia en el campus de trabajadores y estudiantes participantes.

En este apartado se puede observar como la mayoría de los encuestados, trabajadores y estudiantes, tienen claro que la responsabilidad en caso de emergencia es de todo aquel que la presencie. Este será una de las principales fortalezas que está recogida en el análisis DAFO que se mostrará en el siguiente capítulo.

En la siguiente pregunta se interrogó acerca de lo que más preocuparía a los encuestados si tuvieran que socorrer a una víctima de parada cardíaca. Para confeccionar las posibles respuestas se tomó como referencia el estudio de López Messa (2016), en relación a la actuación de los primeros intervinientes. Este autor señalaba como principales preocupaciones ante la parada cardíaca, el miedo a no salvar a la víctima, las consecuencias legales de su actuación o incluso ponerse en peligro a sí mismo. Se incluyeron las tres respuestas y se dejó la posibilidad de que los encuestados respondieran de forma abierta con un apartado denominado “otro”.

Preocupaciones	Trabajadores
Responsabilidad legal	4 (4,9 %)
Causar daños a la víctima	63 (76,8 %)
Ponerse en peligro	1 (1,2 %)
Otro: respuesta abierta	14 (17,1%)

Tabla 3.16. Preocupaciones de los trabajadores a la hora de socorrer a una víctima de parada cardíaca

Entre las respuestas abiertas que más se repitieron en el caso de los trabajadores se encuentran las siguientes: miedo a que muera la víctima, miedo a no saber actuar correctamente, miedo a entorpecer a los que sí saben, miedo a no saber ejecutar las técnicas necesarias. La principal preocupación con diferencia en el caso de los trabajadores es la posibilidad de causar daños a la víctima durante su actuación (76,8%).

El planteamiento de la pregunta en el caso de los estudiantes fue el mismo y las respuestas se organizaron de forma similar.

Preocupaciones	Estudiantes
Responsabilidad legal	8 (15,7 %)
Causar daños a la víctima	41 (80,4 %)
Ponerse en peligro	1 (2 %)
Otro: respuesta abierta	1 (2 %)

Tabla 3.17. Preocupaciones de los estudiantes a la hora de socorrer a una víctima de parada cardíaca.

Los estudiantes se plantean miedos similares, siendo la principal preocupación al igual que en los trabajadores la posibilidad de causar daños a la víctima (80,4 %). En las respuestas abiertas solo hubo una referencia a la preocupación de que no exista un desfibrilador con el que reanimar a la víctima.

A continuación, se preguntó de forma directa a los encuestados que pensaban acerca de su posible actuación como testigos. De nuevo esta pregunta tenía como objetivo detectar la relevancia que daban los participantes del estudio a la actuación de primeros intervinientes, pero esta vez en primera persona.

Actuación como testigo	Trabajadores	Estudiantes
No es importante	3 (3,7 %)	0
Es poco importante	8 (9,8 %)	1 (2 %)
Es importante	43 (54,2 %)	22 (43,1 %)
Es muy importante	28 (34,2 %)	28 (54,9 %)

Tabla 3.18. Importancia de la actuación de los testigos de una parada cardíaca, en trabajadores y estudiantes.

Según los encuestados, su actuación como testigo en caso de emergencia, es importante tanto para trabajadores como para estudiantes, si bien estos últimos están mucho más concienciados de la relevancia de su actuación durante los primeros minutos.

A continuación, se preguntó a los encuestados si sabían lo que es un desfibrilador, observándose en la siguiente figura que es un porcentaje mayoritario el que responde afirmativamente a la misma.

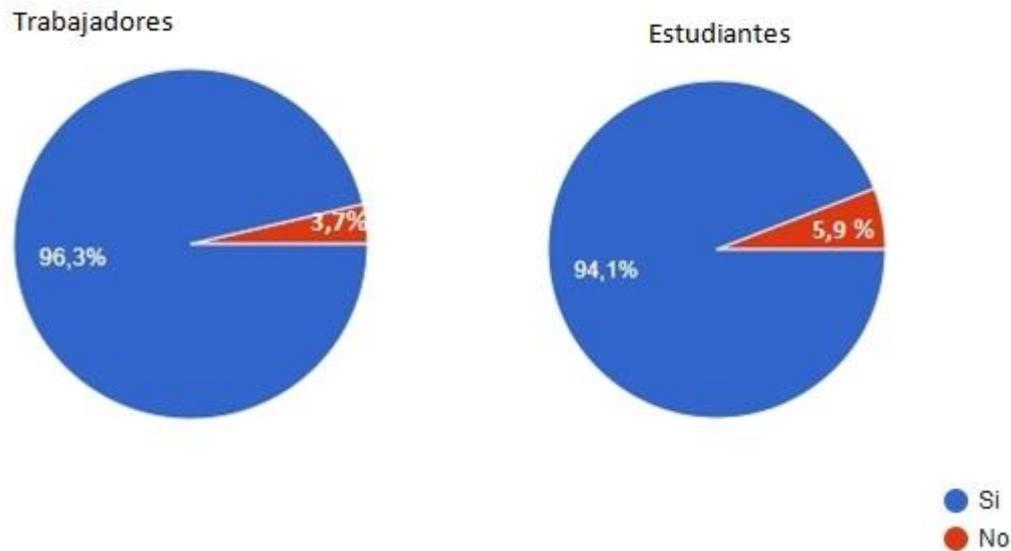


Fig.3.4. Pregunta a los trabajadores y estudiantes sobre si saben lo que es un desfibrilador

A continuación, se pidió a aquellos que sabían lo que es un desfibrilador que indicaran con que probabilidad lo emplearían si estuviera a su alcance y supieran usarlo.

Disponibilidad en uso desfibrilador	Trabajadores
sí	64 (81 %)
no	15 (19%)

Tabla 3.15. Disponibilidad en uso del desfibrilador, entre trabajadores.

Disponibilidad en uso desfibrilador	Estudiantes
sí	44 (91,7 %)
no	4 (8,3 %)

Tabla 3.20. Disponibilidad en uso del desfibrilador, entre estudiantes

Una gran mayoría de los encuestados que afirmaron saber lo que es un desfibrilador, afirma también que, si lo tuviera a su alcance y supiera como utilizarlo, lo utilizaría. Es decir, existe una gran predisposición a su uso, este aspecto será una de las fortalezas del análisis DAFO.

A continuación, se interrogó a los participantes sobre su interés en formarse específicamente en primeros auxilios y uso del desfibrilador, ya que es un aspecto imprescindible para poder dotar de cardioprotección al centro.

Interés en formarse en primeros auxilios y técnicas de RCP	Trabajadores	Estudiantes
sí	68 (83 %)	46 (90 %)
no	14 (17 %)	5 (10 %)

Tabla 3.21. Interés en formarse en primeros auxilios y técnicas de RCP, entre trabajadores y estudiantes.

Interés en formarse en uso de desfibrilador	Trabajadores	Estudiantes
sí	69 (84,2%)	47 (82,1 %)
no	13 (15,8 %)	4 (7,9 %)

Tabla 3.22. Interés en formarse en el uso de desfibrilador, entre trabajadores y estudiantes.

En relación al interés en formarse en primeros auxilios, y de forma específica en técnicas de RCP y uso de desfibrilador, las respuestas mayoritarias, entre trabajadores y estudiantes, fueron positivas a este tipo de formación en un porcentaje superior al 80 %, tanto en trabajadores como en estudiantes.

En la siguiente cuestión se preguntó a los participantes sobre la importancia que tiene para ellos que se tenga en cuenta su opinión a la hora de programar este tipo de formación.

Importancia de su opinión al establecer programas de formación	Trabajadores	Estudiantes
Mi opinión no es importante	7 (8,5 %)	3 (5,9 %)
Mi opinión es poco importante	19 (23,2 %)	3 (5,9 %)
Mi opinión es importante	41 (50 %)	34 (66,7 %)
Mi opinión es muy importante	15 (18,3 %)	11 (21,6)

Tabla 3.23. Importancia de su opinión al establecer programas de formación, entre trabajadores y estudiantes.

La mayoría de los encuestados consideran que su opinión es importante a la hora de establecer programas de formación sobre primeros auxilios, RCP y uso del desfibrilador. También se aprecia un mayor porcentaje de personas que consideran que su opinión es poco importante, en el caso de los trabajadores (cerca del 30 %, considera que no es importante o es poco importante).

Las dos últimas preguntas se plantearon después de ofrecer la siguiente información adicional.

En nuestro país se produce aproximadamente una parada cardiorrespiratoria cada 20 minutos, la cifra de muertes por esta causa es 4 veces superior a la que producen los accidentes de tráfico.

En lugares donde hay una gran afluencia de público, la probabilidad de que suceda una de estas emergencias es elevada. Por ello, es imprescindible que las personas que presencien la parada intervengan precozmente, de esta forma aumentarán las probabilidades de supervivencia. Si se actúa en el primer minuto, las probabilidades de sobrevivir son del 90%. Cada minuto que pasa las probabilidades descienden un 10%. A los 10 minutos las probabilidades son mínimas. El tiempo medio que tardarían en acudir los Servicios de Emergencias es de 13 minutos.

Es imprescindible que las personas que presencien una parada cardiorrespiratoria:

1. *Avisen al 112 (Un profesional dará las instrucciones a seguir)*
2. *Inicien maniobras de RCP (Compresiones torácicas) de forma inmediata*
3. *Consigan un Desfibrilador y lo utilicen*
4. *Continúen con la reanimación hasta la llegada de los Servicios de Emergencias*

Para poder actuar, es necesario disponer de:

- *Desfibrilador: dispositivo programado que permite administrar una descarga eléctrica a la víctima de la parada, ÚNICAMENTE si lo necesita. Es seguro y para aprender a usarlo se requieren unas 8 horas de formación.*
- *Información y formación adecuada para saber actuar correctamente, realizar maniobras de RCP y usar el desfibrilador.*

Se trata de un problema de gran importancia del que una gran parte de la población aún no es consciente.

Tabla 3.24. Información añadida a la encuesta. Fuente elaboración propia.

A continuación, se preguntó sobre la importancia que piensan tendría disponer de un desfibrilador en el campus y su disponibilidad para formar parte de un programa de formación sobre técnicas de RCP y uso de desfibrilador.

Necesidad de disponer de desfibrilador	Trabajadores	Estudiantes
Nada necesario	0	0
Poco necesario	1 (1,2 %)	1 (2 %)
Necesario	29 (35,4 %)	16 (31,4 %)
Muy necesario	52 (63,4 %)	34 (66,7 %)

Tabla 3.25. Necesidad de disponer de desfibrilador en el centro de trabajo o de estudios, entre trabajadores y estudiantes.

La mayoría de los encuestados considera muy necesario disponer de desfibrilador en el Campus y no hay ninguna respuesta, ni entre trabajadores ni entre estudiantes, que no considere necesario disponer de éste dispositivo.

A continuación, se exploró el cambio de opinión acerca de la formación específica en RCP y uso de desfibrilador, que experimentaron los encuestados, después de la información ofrecida.

Interés en formarse RCP y DEA	Trabajadores	Estudiantes
sí	63 (89 %)	47 (92,1 %)
no	9 (11 %)	4 (7,9 %)

Tabla 3.26. Interés en formarse en RCP y DEA entre trabajadores y estudiantes.

A continuación, se exponen los resultados de la respuesta al interés por formarse en RCP y uso de desfibrilador, comparando las primeras respuestas espontáneas y las que recogimos después de la información antes reseñada.

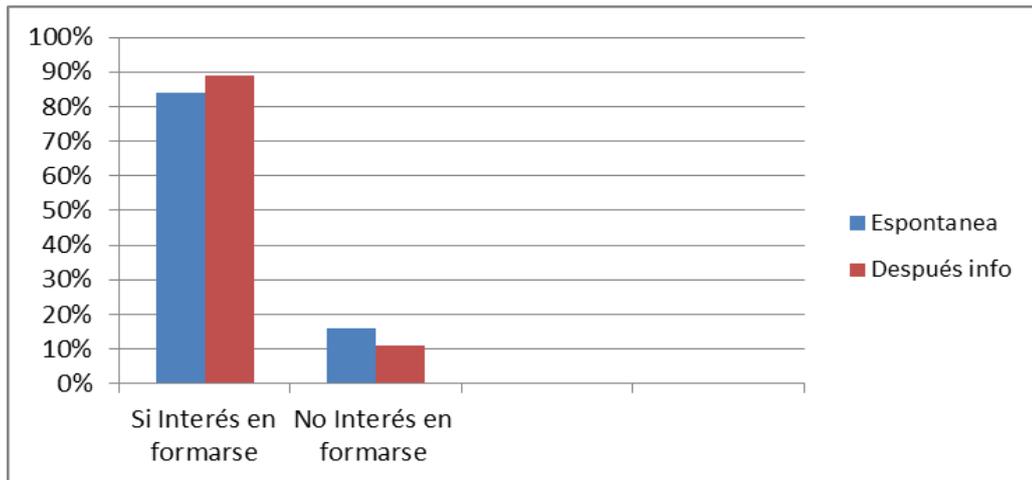


Fig. 3.5. Comparación de respuestas sobre interés en formarse en primeros auxilios, antes y después de informar, en trabajadores.

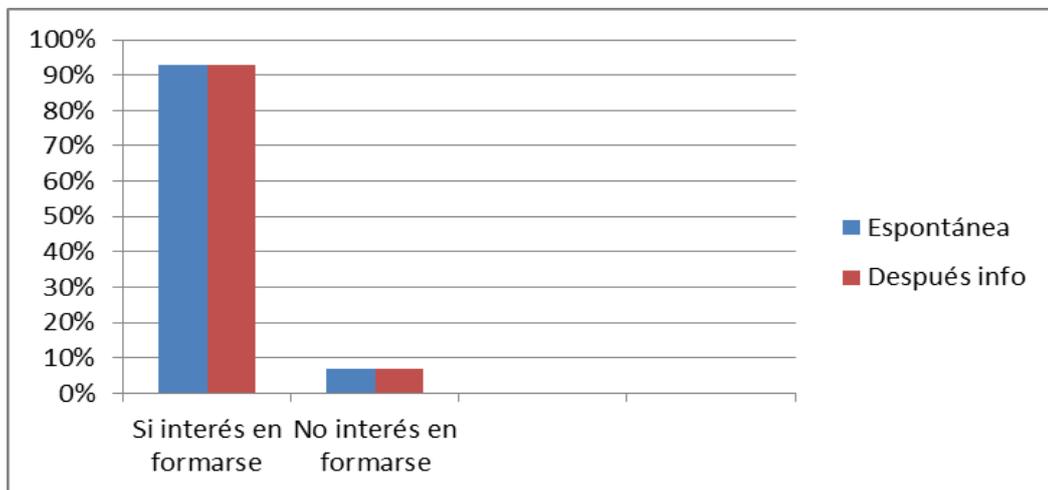


Fig. 3.6. Comparación de respuestas sobre interés en formarse en primeros auxilios, antes y después de informar, en estudiantes.

Se aprecia un pequeño cambio de opinión, tras la información facilitada, que afecta a los trabajadores y que incrementa su interés por formarse en primeros auxilios después de recibir una breve información al respecto y que nos indica que existe cierta permeabilidad al cambio.

3.3.2. Resultados entrevistas.

En relación a las entrevistas realizadas se obtuvieron resultados relevantes para la investigación y para la posterior elaboración del plan de comunicación.

Todos los entrevistados coinciden en que el principal obstáculo a la hora de implantar la cardioprotección puede ser la falta de partidas presupuestarias específicas para hacer frente a los gastos que supone el programa. El desconocimiento sobre los trámites administrativos que se deben realizar para ello también suele ser un obstáculo importante.

En relación a la importancia de elaborar un plan de comunicación en este sentido todos los entrevistados resaltan su relevancia, haciendo énfasis en que esta información sea correcta y completa.

Otros datos importantes que aportaron los entrevistados fueron que el público es más sensible cuando hay casos cercanos de situaciones similares en su entorno, que existen proyectos alternativos en relación a la financiación, que se debe contar con la voluntariedad de los trabajadores para participar en la formación, que ya existen antecedentes en otros centros de la UVa y que existe una red colaborativa de desfibriladores de centros públicos que se ponen a disposición de aquel que lo necesite en caso de emergencia.

La cercanía del Campus a la base del 112 ha inducido durante mucho tiempo a pensar que este centro estaba más protegido que otros ante una posible emergencia sanitaria. Según los datos expuestos en el marco teórico la actuación de los testigos debe producirse en los primeros minutos ya que transcurridos 10 minutos las posibilidades de supervivencia son mínimas. No siempre existirá un equipo de emergencias en la base del 112 disponible para actuar en ese tiempo en caso de emergencia en el Campus por lo que es imprescindible la actuación inmediata de los testigos de estos incidentes.

En la actualidad existen gran cantidad de empresas de formación especializadas en la cardioprotección de espacios públicos que se encargan no solo de la formación sino del mantenimiento, reciclaje y de la gestión de los trámites administrativos.

El profesional de las emergencias al que entrevistamos hizo especial hincapié en que la decisión de implantar un programa de cardioprotección en un espacio público, debe estar siempre basada en evidencias científicas y técnicas. También recalcó el riesgo de que al existir una amplia oferta de empresas de formación se descuiden detalles importantes en la implementación del programa por ahorro de costes o baja calidad de los servicios prestados por las mismas.

Es importante destacar que pueden existir algunos miedos o preocupaciones en los responsables de los centros que pretendan implementar un programa de cardioprotección, como que el personal no esté suficientemente formado o que no exista disponibilidad en los trabajadores para usarlo o para formarse. Como veremos más adelante la respuesta de los trabajadores ha sido muy positiva, han colaborado y han facilitado en todo momento la implantación del DEA en el Campus.

3.4. Conclusiones de la investigación.

A continuación, se exponen las conclusiones extraídas del análisis de las encuestas y de las entrevistas en profundidad.

Tras el análisis de los datos obtenidos a partir de los cuestionarios, observamos que no existe un gran número de personas con formación previa en primeros auxilios, de hecho, no suelen realizar cursos sobre este tema. Tienen conocimientos sobre lo que es una parada cardíaca y un desfibrilador, aunque en la práctica reconocen estar inseguros a la hora de actuar en estas situaciones de emergencia y afirman que estarían dispuestos a actuar si tuvieran los medios y la formación suficiente.

La mayoría percibe el riesgo de que se produzca una parada cardíaca, aunque también existe un porcentaje importante de personas que no lo reconocen así. Consideran que la responsabilidad en caso de parada es de todo aquel que la presencia y reconocen la importancia de la actuación de los testigos antes de la llegada de los servicios de emergencia. El principal miedo en relación con su actuación en caso de parada cardíaca, es la posibilidad de causar daños a la víctima. En general se muestran dispuestos a formarse en primeros auxilios.

Crean que es importante que se tenga en cuenta su opinión antes de programar cursos de formación y que es necesario formarse en primeros auxilios y disponer de desfibrilador en el campus. Se ha observado que su opinión es susceptible de modificarse en algunos aspectos cuando se les proporciona información concreta y veraz, sobre todo en el caso de los trabajadores.

La vivencia de alguna situación de parada cardíaca en el ámbito más próximo, hace que la opinión sobre la importancia de formarse en primeros auxilios y demandar un desfibrilador, sea más favorable.

Resulta llamativo que la participación en nuestro estudio no supere el 50% en el caso de los trabajadores y no llegue al 10 % en el caso de los estudiantes, pudiéndose deber a algún tipo de déficit en la comunicación interna en el ámbito universitario.

En relación a la información extraída de las entrevistas, podemos concluir que es importante disponer de financiación económica en los centros públicos para costear el programa de formación, el desfibrilador y su mantenimiento. Debe ser prioritario informar a la población sobre la importancia de las maniobras de RCP y su complementariedad con el uso del desfibrilador y se debe disponer de la información necesaria sobre los trámites que se deben llevar a cabo para instalar un desfibrilador.

Finalmente, podemos responder las hipótesis planteadas al inicio de la investigación de la siguiente forma.

- Los trabajadores del Campus si tenían ciertas preocupaciones y miedos en relación al empleo del DEA, pero este no ha sido un impedimento en la implantación del proyecto.
- Existía un alto grado de concienciación entre trabajadores y estudiantes en relación al uso del DEA y la realización de técnicas de SVB. Este aspecto ha permitido una elevada motivación que ha facilitado la implantación del proyecto.
- Existían ciertos obstáculos administrativos que habían impedido hasta hoy la instalación de DEA en el Campus, el presupuesto económico no ha supuesto un obstáculo en este caso.

Es decir, los principales apoyos encontrados en el desarrollo del proyecto y de nuestra investigación, los hemos encontrado precisamente en el público objetivo, es decir los trabajadores del Campus.

4. PLAN DE COMUNICACIÓN

4.1. Análisis PEST

A continuación, se detalla el análisis de los diferentes factores del entorno que determinarán el plan de comunicación sobre cardioprotección del Campus María Zambrano de Segovia.

La siguiente tabla recoge los factores políticos, económicos, sociales y técnicos relacionados con nuestro proyecto, y que se ha extraído del estudio del marco teórico del trabajo fin de máster y de la investigación social realizada en el mismo.

<p><u>P: FACTORES POLÍTICOS</u></p> <p>No existe legislación que obligue a cardioproteger espacios públicos a nivel estatal, sólo en 8 Comunidades Autónomas, no en Castilla y León.</p>	<p><u>E: FACTORES ECONÓMICOS</u></p> <p>La cardioprotección del campus requiere una inversión económica inicial de unos 3000 euros (DEA, cursos de formación personal implicado). Requiere un coste de unos 2700 euros, en 5 años, que incluyen mantenimiento del DEA y reciclaje de formación cada 2 años²³.</p>
<p>Sí existe normativa que obliga a proteger salud del trabajador: Constitución española. Art. Ley Prevención Riesgos Laborales. Art 14, 20, 31. Directiva CE, 12 junio 1989, obligatoriedad disponer material de primeros auxilios.</p>	<p>No existe dotación económica específica en los presupuestos económicos de la UVa. Existen diferentes alternativas de financiación (proyecto salvavidas).</p>
<p>Existe un organismo responsable de certificar zona cardioprotegida: Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo.</p>	<p><u>T: FACTORES TECNOLÓGICOS</u></p> <p>DEA (requisitos de seguridad y calidad, RD 365/2009, de 20 marzo de 2009).</p> <p>Formación técnica (teórico/práctica) específica para las personas que se responsabilicen del uso del DEA (mínimo 3 horas, repetir cada 2 años).</p>
<p><u>S: FACTORES SOCIALES</u></p> <p>Necesidad de intervención testigos: la mayoría de las PCR son presenciadas por testigos, probabilidades de éxito aumentan si RCP se inicia precozmente.</p>	
<p>Elevada probabilidad de muerte súbita por PCR (alta incidencia enfermedades cardiovasculares, hábitos de vida no saludables, consumo de tóxicos).</p>	

Tabla 4 .1. Análisis PEST. Elaboración propia.

²³ Datos extraídos de www.meduba.com

4.2. Análisis de caso. Tendencias del mercado social

El entorno relacionado con este proyecto, está delimitado por varios aspectos. Uno es la forma de organizar la asistencia extrahospitalaria en Castilla y León y en el entorno de Segovia. Y otro aspecto fundamental es la tendencia en cardioprotección en Castilla y León, Segovia y en la Universidad de Valladolid.

4.2.1. Asistencia sanitaria extrahospitalaria en Castilla y León. Recursos en Segovia

La Estructura sanitaria de la Comunidad de Castilla y León corresponde a SACYL y se distribuye en dicho territorio en Áreas de Salud, una por cada provincia, a excepción de Valladolid que tiene dos. Cada Área de Salud a su vez se divide en Zonas Básicas de Salud (ZBS), en concreto la de Segovia, ciudad y provincia, cuenta con un total de 16 ZBS.

Los servicios de emergencias sanitarias de Castilla y León, están formados por el conjunto de servicios que atienden urgencias y emergencias²⁴ extrahospitalarias, dependen de la Gerencia de emergencias sanitarias de SACYL. Estos servicios tienen un funcionamiento permanente y continuado y la atención se gestiona a través del 112. Existe un único Centro Coordinador de Urgencias en Valladolid (CCU) que se encarga de distribuir los recursos necesarios en la Comunidad Autónoma. La provincia de Segovia dispone de los siguientes recursos de emergencias extrahospitalarias, todas ellas dotadas de desfibrilador.

TIPO DE RECURSO	Nº UNIDADES
USVB ²⁵	10/ solo 1 ubicada en la ciudad de Segovia
USVA ²⁶	1 en la ciudad de Segovia
UME ²⁷	1 en la ciudad de Segovia
HEMS ²⁸	El más cercano en la base de Valladolid (existen otras 3 bases en Castilla y León)

Tabla 4.2. Distribución recursos Emergencias extrahospitalarias en Segovia. Fuente elaboración propia.

²⁴ Urgencias y emergencias: la urgencia corresponde a aquella situación en la que no existe riesgo vital corto plazo, en el caso de la emergencia la actuación debe ser inmediata ya que existe riesgo vital a corto plazo.

²⁵ USVB: Unidad de soporte vital básico, vehículo de emergencias extrahospitalarias dotada de dos técnicos en emergencias Sanitarias.

²⁶ USVA O UVI: Unidad de soporte vital avanzado, vehículo de emergencias extrahospitalarias dotada de médico, enfermero y dos técnicos en emergencias sanitarias.

²⁷ UME: Unidad medicalizada de emergencias, con la misma dotación que USVA.

²⁸ HEMS: Helicóptero sanitario, dotado de médico, enfermero, piloto y mecánico.

En la siguiente figura aparecen recogidos todos los recursos de atención de emergencias de la provincia de Segovia.

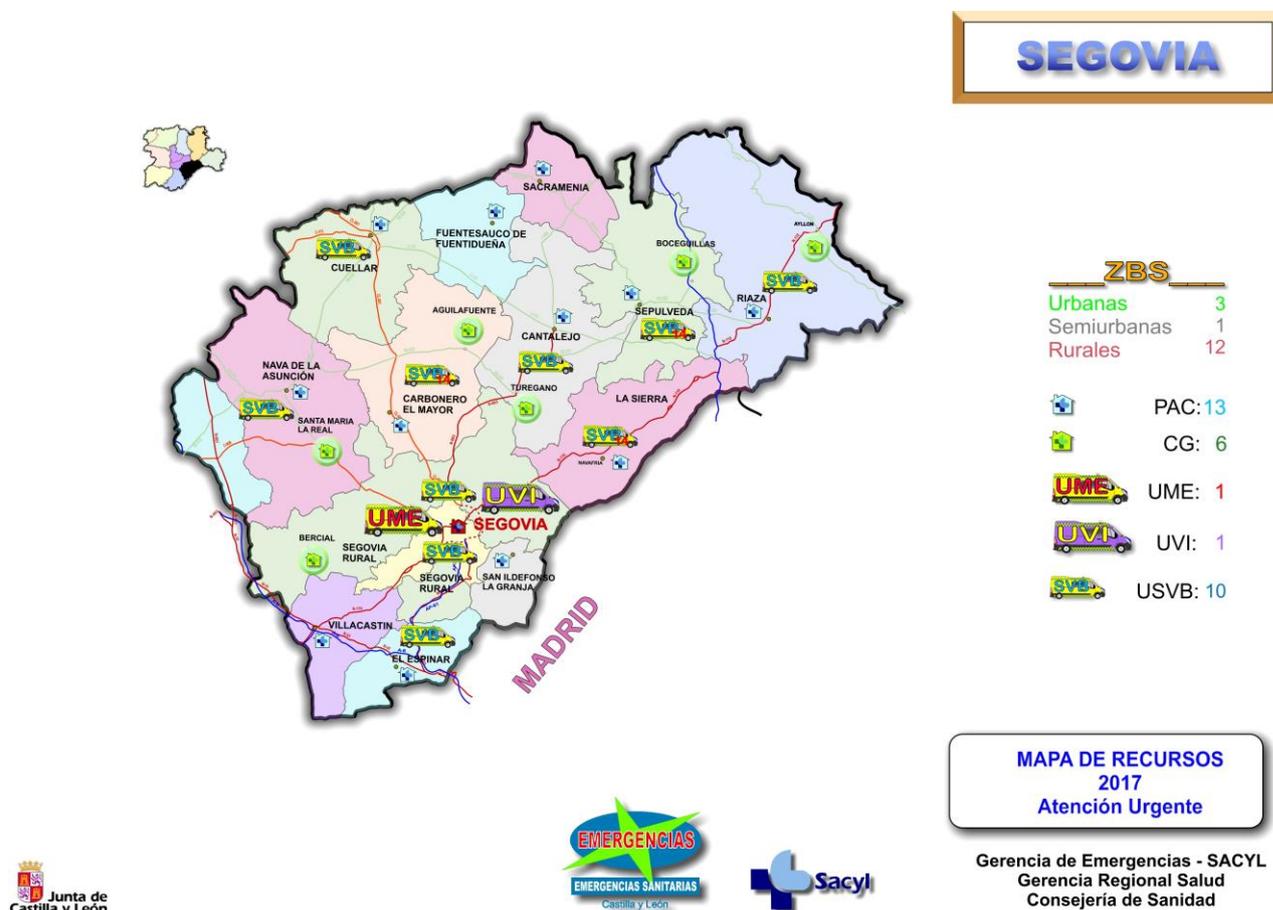


Fig 4.1. Distribución de recursos de Emergencias sanitarias en la provincia de Segovia. Fuente www.saludcastillayleon.es

4.2.2. Cardioprotección de espacios públicos en Castilla y León

La Comunidad Autónoma de Castilla y León no cuenta con una normativa que obligue a disponer de desfibrilador (DEA) en espacios públicos. Sí establece una serie de pautas o requisitos para aquellos centros públicos que quieran dotarse de desfibrilador²⁹. Además establece una normativa que establece los requisitos que deben cumplir estos dispositivos³⁰.

²⁹ Decreto 9/2008, 31 de enero, regula el uso de desfibriladores externos semiautomáticos por profesionales no sanitarios.

³⁰ Real Decreto 365/ 2009, 30 de marzo, establece requisitos de seguridad y calidad de desfibriladores externos semiautomáticos fuera del ámbito sanitario.

Todas aquellas empresas o entidades que lo deseen instalar, o incluso las empresas encargadas de impartir la formación obligatoria al respecto, lo pueden solicitar a través de cualquier registro de la Junta de Castilla y León, presencialmente o de forma telemática. La posibilidad de hacer esta petición está abierta permanentemente, no existe ningún plazo para hacerlo.

Según esta normativa, la empresa o entidad que desee disponer de DEA debe cumplir una serie de requisitos en relación a tres aspectos básicos, en relación al propio aparato, en relación a la empresa que impartirá la formación a los trabajadores que serán autorizados para emplear el DEA y en relación a las actividades formativas que de forma obligatoria se llevarán a cabo. En la siguiente tabla se detallan estos tres aspectos.

REQUISITOS LOCALIZACIÓN, DEA Y PERSONAL QUE LO USARÁ
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El lugar donde se coloque el DEA debe ser visible y correctamente señalado. ✓ El DEA debe estar correctamente identificado (marca, modelo, número de serie) y debe estar registrado y autorizado su uso. Se debe identificar el sistema de notificación posterior a su uso. ✓ Debe disponer de personal no sanitario convenientemente formado. ✓ El titular de la empresa o entidad será responsable de su mantenimiento y conservación. ✓ Debe disponer de un sistema de notificación posterior a su uso.
REQUISITOS PARA LA EMPRESA QUE IMPARTIRÁ LA FORMACIÓN OBLIGATORIA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Debe disponer de un local apropiado: aula para teoría y aula para prácticas (2m² por alumno). ✓ Los docentes encargados de la formación deberán estar acreditados como instructores de SVB y SVA, con experiencia de al menos 3 años o un mínimo de 30 horas en cursos de SVB o SVA. ✓ Debe disponer de material didáctico: manuales elaborados según las recomendaciones de la ERC y AHA, material audiovisual y material de prácticas (maniquí simulador RCP, DEA de entrenamiento). ✓ El programa formativo se realizará en un mínimo de 8 horas, en una relación de 8 alumnos por instructor, cada dos años se realizará formación de reciclaje de 4 horas de duración.

Tabla 4.3. Requisitos cardioprotección espacio público. Fuente: Elaboración propia.

Según datos de B-Safe de 2018, en Castilla y León existen un total de 881 desfibriladores, es una cifra que multiplica por cuatro la cifra de 2014. Ocupa el undécimo lugar en relación a otras Comunidades Autónomas, teniendo en cuenta la ratio de desfibriladores por habitantes. Es decir, aun careciendo de una legislación que obligue a su instalación en espacios públicos, existe un creciente interés en su implantación.

La siguiente tabla muestra el ranking de cardioprotección de las Comunidades Autónomas españolas.

Nº	COMUNIDAD AUTÓNOMA	RATIO DEA/ Nº HABITANTES
1	Madrid	1/ 753
2	Extremadura	1/1102
3	País Vasco	1/1259
4	Navarra	1/ 1343
5	Cantabria	1/1937
6	Galicia	1/ 2066
7	Baleares	1/2301
8	Murcia	1/2414
9	Aragón	1/2669
10	Valencia	1/2842
11	Castilla y León	1/3050
12	Cataluña	1/3180
13	Castilla La Mancha	1/3752
14	Melilla	1/3818
15	Canarias	1/4200
16	Andalucía	1/4400
17	Asturias	1/4878
18	Ceuta	1/5250
19	La Rioja	1/10400

Tabla 4.4. Ranking en cardioprotección de Comunidades Autónomas. Fuente: Elaboración propia

El último edificio con interés turístico en sumarse a la implantación de un desfibrilador ha sido la Catedral de Segovia, donde se implantó a principios de este año, a iniciativa de las personas que trabajan en el templo. Su principal inquietud a la hora de demandarlo fue la cantidad de personas que visitan el lugar a diario y que podrían sufrir una parada cardíaca. Otro lugar emblemático de la ciudad, el Alcázar de Segovia, se encuentra también entre los espacios cardioprotegidos de la misma.

Algunos edificios públicos de la Junta de Castilla y León que disponen de DEA en sus instalaciones segovianas son la Delegación Territorial y el Servicio Territorial de Sanidad, los Centros de Salud Segovia I y II, los centros públicos IES. Ezequiel González, IES. María Moliner, IES. Andrés Laguna y el CEIP. Fray Juan de la Cruz.



Fig. 4.3. DEA del IES. Ezequiel González de Segovia. Fuente: elaboración propia.

Algunas de las instalaciones del Ejército de Tierra en Segovia también están cardioprotegidas, como la Base Mixta y el PC Masa2.

Entidades privadas muy representativas de la ciudad de Segovia cuentan con desfibrilador, como Cruz Roja Segovia, Colegio de Médicos de Segovia o la Federación de Empresarios de Segovia. La mayoría de los gimnasios privados de la ciudad también disponen de DEA, entre ellos Dream fit, Forus Segovia, JUMP, Gimnasio Vitoria y Mario Muniesa.

El restaurante José María, un referente de la restauración de la ciudad, dispone desde hace casi dos años de DEA, que, junto a otros bares y restaurantes, han firmado un acuerdo para convertir a Segovia en “destino turístico cardioprotegido”. Se trata de una iniciativa de la Agrupación de Industriales Hosteleros de Segovia (AIHS) con B-Safe Almas Industries, en este acuerdo tienen como objetivo lograr cardioproteger el entorno de mayor afluencia de turistas.

Según un estudio de B-Safe (2018), Segovia ocupa el quinto puesto en cardioprotección en relación al resto de las provincias de Castilla y León, tal y como se muestra en la siguiente tabla.

Nº	PROVINCIA	Nº DEAs
1	Burgos	222
2	Valladolid	163
3	Salamanca	112
4	León	97
5	Segovia	96
6	Soria	65
7	Palencia	58
8	Ávila	48
9	Zamora	43

Tabla 4.5. Ranking en cardioprotección provincias de Castilla y León. Fuente: Elaboración propia

Con este gran número de ejemplos de espacios públicos cardioprotegidos en el entorno de la ciudad de Segovia, podemos afirmar que en la actualidad existe una corriente a favor en este sentido a la que el Campus María Zambrano de Segovia puede unirse.

4.2.3. Cardioprotección en la UVa

La Universidad de Valladolid se presenta como Universidad RSU, en el estudio sobre Responsabilidad Social de las Universidades (2014/15), tal y como recoge el apartado del marco teórico del presente trabajo. Presenta una línea estratégica en este sentido desde el curso 2008/2009, disponiendo de una *Área de Responsabilidad Universitaria* desde 2011. Incluye entre sus actuaciones de buenas prácticas la salud y seguridad, aspectos como los planes de acción del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y la formación para los trabajadores en actuación en situaciones de emergencia. La cardioprotección de sus centros podría incluirse en dicha Estrategia de RSU.

En la actualidad y según los datos proporcionados por el Servicio de Prevención de la Uva, disponen de desfibrilador en los siguientes centros: Instalaciones del Servicio de Deportes de Uva en Valladolid, Facultad de Comercio de Valladolid, Facultad de Medicina de Valladolid, Campus Duques de Soria de la Uva.



Fig. 4.4. DEAs Facultad de Comercio y Medicina, respectivamente de UVa. Fuente: elaboración propia.

En todos estos casos el Servicio de Prevención de Riesgos elabora una guía de procedimiento de control de los desfibriladores, siendo cada uno de los centros responsables de garantizar su mantenimiento y conservación, y asegurar que lo utiliza el personal que ha recibido la formación necesaria para su uso, asegurando el reciclaje de esta formación cada dos años. Este mismo servicio ofrece formación a los trabajadores de los centros que demanden cursos en soporte vital básico.

4.3. Análisis estratégico

Este apartado permitirá delimitar las líneas estratégicas que sustentarán el plan de comunicación que ofreceremos como producto final.

4.3.1. Producto social

El producto social que ofrecemos es un plan que ponga en valor la necesidad de cardioproteger un espacio público como el Campus María Zambrano de Segovia y que promueva la importancia de que cualquier persona que presencie una emergencia participe en la resolución de la misma, alertando al 112 e iniciando las maniobras de RCP.

4.3.2. Análisis DAFO

La primera matriz DAFO que se presenta a continuación se ha elaborado con los datos obtenidos del estudio del marco teórico.

<p><u>DEBILIDADES (FACTORES INTERNOS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultades en la percepción de riesgo real de muerte súbita. ✓ Resistencia al cambio de algunos miembros del público objetivo. ✓ Falta de interés de algunos miembros del público objetivo. ✓ Rechazo a temas relacionados con la muerte, el dolor, la incapacidad. ✓ Problemas de comunicación interna. ✓ Tiempo personal para dedicar a la formación. ✓ Voluntariedad para formar parte del programa. 	<p><u>AMENAZAS (FACTORES EXTERNOS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de obligatoriedad legislativa. ✓ Dificultad de acceso a grupos de interés externos. ✓ Falta de apoyo de la Administración. ✓ Falta de planes de financiación. ✓ Falta de obligatoriedad del aprendizaje en primeros auxilios.
<p><u>FORTALEZAS (FACTORES INTERNOS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sencillez de aprendizaje de técnicas de RCP y DEA (8 hs. mínimo de formación). ✓ Refuerzo de la estrategia RSU de la UVa. ✓ Refuerzo interno de la imagen de la UVa. ✓ Disponibilidad de recursos audiovisuales propios y redes sociales del Campus. ✓ Existencia de programas similares en otros centros de la UVa. 	<p><u>OPORTUNIDADES(FACTORESEXTERNOS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Existencia de programas similares en otras universidades públicas. ✓ Existencia de un marco normativo en la LPRL. ✓ Mejora de la imagen de la UVa en la sociedad. ✓ Mejora de la competitividad con otras universidades.

Tabla 4.6. Matriz DAFO programa de cardioprotección Campus María Zambrano, datos de Marco Teórico. Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presenta la matriz DAFO elaborada con los resultados obtenidos de la investigación social.

<p><u>DEBILIDADES (FACTORES INTERNOS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gran número de personas a las que incluir en el proyecto. ✓ Dispersión de los diferentes centros. ✓ Falta de formación previa en primeros auxilios. ✓ Miedo a causar daños, a repercusiones legales, etc. ✓ No sentirse involucrados en planes de formación. ✓ Baja participación en las encuestas de la investigación (menos del 50%). ✓ No existencia de espacios de debate interno. 	<p><u>AMENAZAS (FACTORES EXTERNOS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad en los trámites administrativos. ✓ Falta de financiación específica.
<p><u>FORTALEZAS (FACTORES INTERNOS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconocimiento de la responsabilidad de testigos. ✓ Predisposición al uso del DEA, a la formación. ✓ Permeabilidad al cambio. ✓ Conocimientos básicos primordiales en la mayoría. ✓ Percepción de riesgo de muerte súbita en el entorno cercano. ✓ Existencia de una guía elaborada por el Servicio de PRL de los pasos a seguir. 	<p><u>OPORTUNIDADES(FACTORESEXTERNOS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Posibilidad de formar parte de la red colaborativa de desfibriladores de la ciudad de Segovia. ✓ Aumentar la presencia del Campus en la sociedad segoviana. ✓ Posibilidad permanente de solicitud de trámites administrativos (plazo abierto). ✓ Empresas de formación especializadas en el entorno local. ✓ Corriente a favor de la cardioprotección en la ciudad de Segovia. ✓ Existencia de cauces alternativos de financiación.

Tabla 4.7. Matriz DAFO programa de cardioprotección Campus María Zambrano, datos de análisis de la investigación y análisis de caso. Fuente: Elaboración propia.

4.4. Acciones estratégicas

A continuación, se detallan los diferentes apartados del plan de comunicación que llevaremos a cabo para conseguir instaurar la cardioprotección del Campus María Zambrano de Segovia.

4.4.1. Objetivos

Clasificaremos los objetivos en función del plazo en el que queremos alcanzarlos, así tendremos tres tipos de objetivos, a corto, a medio y a largo plazo. De esta forma podremos jerarquizar posteriormente las acciones a ejecutar.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO (INMEDIATOS)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar a los responsables de dirección y gestión del Campus, responsable del Servicio de Prevención de riesgos y representantes sindicales de los trabajadores, acerca de las acciones que se desarrollarán en este plan de comunicación. ✓ Establecer unos cauces de comunicación alternativos a los empleados habitualmente, para evitar la sobresaturación informativa y los posibles recelos hacia el programa. ✓ Informar acerca de las posibilidades de financiación del proyecto. ✓ Contactar con las alianzas estratégicas (“partners”) que puedan facilitar el desarrollo del proyecto en algunas de sus fases.
OBJETIVOS A MEDIO PLAZO (MEDIATOS)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Difundir la información sobre el plan de cardioprotección entre los trabajadores del campus, invitando a su participación activa en todo momento. ✓ Crear espacios de debate, donde resolver dudas que se puedan plantear en cualquiera de las fases de desarrollo del proyecto. ✓ Evaluar la efectividad del plan de comunicación.
OBJETIVOS A LARGO PLAZO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Difundir la implantación de la cardioprotección del campus a nivel municipal. ✓ Incorporar el plan de cardioprotección a la estrategia de comunicación del Campus. ✓ Conseguir un cambio social en el que los primeros auxilios sean una prioridad formativa. ✓ Evaluar la efectividad del plan de comunicación.

Tabla 4.8. *Objetivos Estratégicos. Fuente elaboración propia*

4.4.2. Público objetivo

De acuerdo al paradigma del marketing social actual, en el que se diferencian diferentes tipos de públicos y tal como se explicó en el marco teórico de este trabajo, dirigiremos nuestro plan de comunicación a los siguientes públicos, primario, grupos de interés y alianzas estratégicas.

PÚBLICO PRIMARIO	Trabajadores del Campus (PDI, PAS) Alumnos de la Facultad de Educación
GRUPOS DE INTERÉS ("Stakeholders")	Responsables de gestión y dirección, responsables servicio prevención de riesgos laborales, representantes sindicales.
ALIANZAS ESTRATÉGICAS ("Partners")	Proyecto salvavidas (financiación económica), IES Ezequiel González (alumnos Técnico en Emergencias Sanitarias), personal del centro de recepción turistas de Ayuntamiento de Segovia, personal de Protección Civil Segovia, Policía Municipal de Segovia, representantes del Ayuntamiento.

Tabla 4.9. Público objetivo. Fuente elaboración propia.

4.4.3. Acciones comunicativas

Tomando como base la clasificación de objetivos en a corto, medio y largo plazo, los tipos de público a los que se dirigen, las vulnerabilidades y potencialidades, las acciones comunicativas a desarrollar se exponen a continuación.

ACCIONES	GRUPOS INTERÉS	PUBLICO PRIMARIO	ALIANZAS ESTRATEGICAS
INMEDIATAS	Elaboración de una guía con información necesaria para desarrollar programa cardioprotección (trámites administrativos, financiación).	Creación de un perfil en redes sociales (instagram, twitter) con posibilidad de interacción real.	Elaboración de una nota informativa, solicitando colaboración, invitando a visitar instalaciones del campus.
MEDIATAS	Invitación a las reuniones con el público objetivo. Invitación a la visita de los aliados estratégicos al Campus.	Lanzamiento de campaña en redes sociales creadas para el proyecto y en el <i>videowall</i> del campus. Contabilizar interacciones de redes sociales. Reparto de folletos informativos. Contabilizar los folletos entregados. Establecer y realizar una reunión en la que el público exprese su valoración del proyecto.	Realización de una visita al Campus. Invitación a las reuniones con el público objetivo. Contabilizar los agentes implicados y las acciones conjuntas desarrolladas.
LARGO PLAZO	Elaborar una guía definitiva con la información sobre la cardioprotección del campus. Inserción de la cardioprotección en la estrategia comunicativa de la UVa.	Participación en elaboración de una guía con las experiencias e ideas surgidas, que se tome como ejemplo en otros centros públicos que quieran implantar cardioprotección. Contabilizar personas implicadas y guías repartidas.	Trasladar la información sobre las acciones realizadas y los resultados obtenidos.

Tabla 4.10. Acciones comunicativas. Fuente elaboración propia.

4.4.4. Planificación

A continuación, se detallan las fases de planificación de las diferentes acciones, incluyendo el tiempo aproximado durante el que permanecerá activa cada una de ellas.

FASE	ACCIONES	TIEMPO
1ª	Inmediatas	1 mes
2ª	Mediatas	1 mes
3ª	Largo plazo	Más de 3 meses

Tabla 4.11. Fases de planificación. Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla se reflejan las diferentes acciones, en relación con el público al que van dirigidas y la temporalización de las mismas, distribuidas según las tres fases anteriormente mencionadas. Se recogen también los recursos necesarios (humanos y materiales) necesarios para el desarrollo de las acciones.

1ª FASE			
ACCIÓN	PÚBLICO	RECURSOS	TIEMPO
Guía informativa: implantación programa cardioprotección espacio público	Grupos interés: Responsables Campus, Servicio PRL, representantes sindicales	Profesional comunicación, coordinador, asesor técnico (sanitario), material gráfico impreso, equipo informático, conexión internet	30 horas
Perfil Instagram/ Twitter	Abierto (público)	Profesional comunicación, coordinador, asesor técnico (sanitario), equipo informático, conexión internet	10 horas
Nota informativa	Posibles colaboradores (Alianzas estratégicas)	Profesional comunicación, coordinador, equipo informático, conexión internet	2 horas
2ª FASE			
ACCIÓN	PÚBLICO	RECURSOS	TIEMPO
Jornada puertas abiertas	Trabajadores, grupos de interés y alianzas estratégicas	Profesional comunicación, coordinador, instalaciones del campus.	2 horas
Convocatoria y realización reunión.	Trabajadores, grupos de interés y alianzas estratégicas	Profesional comunicación, coordinador, material gráfico impreso, equipo informático, conexión internet	2 horas
Campaña publicitaria (Vídeo, folletos)	Abierto (público)	Profesional comunicación, coordinador, asesor técnico (sanitario), equipo informático, conexión internet, videowall, material gráfico.	60 horas
Evaluación de la campaña (contabilizar interacciones en redes sociales, folletos repartidos)	Interno ³¹	Profesional comunicación, coordinador, equipo informático, conexión internet	2 horas
3ª FASE			
ACCIÓN	PÚBLICO	RECURSOS	TIEMPO
Guía informativa: cardioprotección centros públicos	Abierto (público)	Profesional comunicación, coordinador, voluntarios (público primario, alianzas estratégicas), equipo informático, conexión internet	30 horas
Inserción del proyecto en la estrategia de la UVA.	Trabajadores y grupos de interés	Profesional comunicación, coordinador, equipo informático, conexión internet	4 horas
Evaluación final (participación en la elaboración guía y total guías repartidas).	Interno	Profesional comunicación, coordinador, equipo informático, conexión internet	10 horas

Tabla 4.12. Planificación acciones comunicativas. Fuente: elaboración propia.

³¹ En este caso las acciones señaladas se realizan a nivel interno ya que se trata de la evaluación de las estrategias llevadas a cabo en el plan de comunicación.

4.4.5. Recursos necesarios

Para el desarrollo de las acciones anteriormente descritas son necesarios diferentes tipos de recursos que quedan recogidos en la siguiente tabla.

TIPO DE RECURSOS	DESCRIPCIÓN
HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profesional de la comunicación: profesional con conocimientos de publicidad, diseño gráfico e informática. ✓ Coordinador: profesional del ámbito de la comunicación con fines sociales. ✓ Asesor técnico: profesional sanitario con conocimientos en emergencias sanitarias. ✓ Voluntarios: personas que hayan participado como público primario de las acciones inmediatas y mediatas, personas de los colectivos denominados “alianzas estratégicas” (protección civil, trabajadores ayuntamiento Segovia).
MATERIALES	Equipo informático: ordenador portátil, tableta gráfica, conexión internet, proyector y pantalla, aula, videowall, material gráfico: folletos, carteles.

Tabla 4.13. Recursos necesarios para el plan de comunicación. Fuente: elaboración propia.

4.4.6. Evaluación del plan estratégico

La evaluación de las acciones planteadas se llevará a cabo según se describe en la siguiente tabla, atendiendo al momento en el que se realizará, quién la realizará y que indicadores se emplearán en cada una de ellas.

FASE DE EVALUACIÓN	MOMENTO	PROFRESIONAL RESPONSABLE	INDICADORES
MEDIATA	2ª Fase de ejecución	Coordinador	Número de interacciones en redes sociales y el total de folletos repartidos.
FINAL	3ª Fase de ejecución	Coordinador	Nivel de participación del público primario en la elaboración de la “guía de cardioprotección de espacios públicos” y el total de guías repartidas en diferentes centros públicos interesados en el proyecto.

Tabla 4.14. Fases de evaluación del Plan de Comunicación. Fuente: Elaboración propia.

5. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CARDIOPROTECCIÓN EN EL CAMPUS “MARÍA ZAMBRANO”

5.1. Primeros pasos de la cardioprotección del Campus

En el mes de abril del presente año, justo un mes después de dar por cerrados los cuestionarios de nuestro estudio enviados a los trabajadores, la Unidad Administrativa del Campus comunica a los trabajadores del centro que se han iniciado los trámites para instalar un desfibrilador en dicho centro. Se solicita colaboración a PDI y PAS para participar en los cursos de formación necesarios para implementar el programa de cardioprotección.

Al conocer la noticia, de forma inmediata, comenzamos a recabar información acerca de cómo se inició la propuesta de instalar un DEA, en qué punto se encontraban los trámites y la influencia que nuestro estudio ha podido tener en la implementación de la cardioprotección en el Campus.

Tras contactar con el Vicerrector del Campus, Agustín García Matilla, y la Decana de la Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Comunicación, Marta Laguna García, conocemos que la propuesta surge de la propia Unidad Administrativa por lo que solicitamos una entrevista con el Jefe de dicha unidad, Francisco Leonardo de la Mata, que amablemente nos concedió su tiempo. El día 21 de mayo se realizó esta entrevista cuya transcripción figura en los anexos de este trabajo.

El curso de Soporte Vital Básico y manejo de DEA, por parte de personal no sanitario, se realiza los días 28 y 30 de mayo de 2019 para PAS y los días 10 de junio y 12 de junio para PDI. La formación es llevada a cabo por la empresa “Centro de Formación Soporte Vital CYL S.L.”, siguiendo el programa que figura en la siguiente imagen.

SOPORTE VITAL BÁSICO Y MANEJO DEL DESA POR PERSONAL NO SANITARIO

GRUPO FORMACIÓN: FL1909

DURACIÓN: 8 horas.

Nº PLAZAS: 20

DESTINATARIOS: Personal funcionario y laboral campus de Segovia

FECHAS DE REALIZACIÓN: los días 28 de mayo de 2019 y 30 de mayo de 2019

HORARIO: de 10 00 a 14:00 horas

LUGAR: Seminario 215 del campus María Zambrano.

PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES: Hasta el 27 de mayo de 2019.

PROFESORADO: Centro de Formación Soporte Vital CYL S.L.

PROGRAMA ORIENTATIVO:

1. SOPORTE VITAL BASICO:
 - A) Cadena de supervivencia.
 - B) Reconocimiento del ataque cardiaco. Paro cardiaco.
 - C) Importancia de la desfibrilación precoz.
 - D) Resucitación cardiopulmonar básica.
2. DESFIBRILADOR EXTERNO SEMIAUTOMÁTICO
 - A) Descripción del DESA.
 - B) Protocolos de utilización.
 - C) Mantenimiento y recogida de datos.
 - D) Seguridad del paciente y del operador.

Fig. 5.1. Programa SVB y uso DEA. Fuente. Centro de Formación y Soporte Vital CYL S.L.



Fig. 5.2. Practicas realizadas durante el curso. Imagen cedida por Alberto Morala

A partir de todas las informaciones recogidas podemos concluir que la iniciativa de instalar un DEA surge a partir del conocimiento que se tiene de que existen otros centros universitarios y Campus de la Universidad de Valladolid que ya disponen de este aparato. Esta iniciativa se ve reforzada al tener conocimiento de que los trámites administrativos no son complejos. La respuesta positiva de los trabajadores a participar en la formación previa para poder instalar el DEA, ha sido en buena parte condicionada por nuestro trabajo.

Sin duda, nuestro trabajo ha tenido una influencia muy positiva en la implantación del programa de cardioprotección del Campus María Zambrano de Segovia.

5.2. Ejecución de acciones comunicativas

De las acciones planificadas y explicadas en el plan de comunicación, se han llevado a cabo algunas de ellas, habiendo repercutido no solo en la implantación de cardioprotección en el Campus de Segovia si no que han servido como impulso para otros centros de la Uva. Las acciones realizadas han sido las siguientes.

- ✓ Elaboración de “Guía informativa sobre cardioprotección de espacios públicos en Castilla y León”, se procedió a entregar al Jefe de la Unidad Administrativa, al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, a la Decana de la Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Información, Representantes sindicales y Delegado de Prevención del Campus.
- ✓ Elaboración de Folleto informativo de divulgación para el público y entrega a Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y a la Decana de la Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Información.
- ✓ Creación de un perfil en redes sociales: Instagram (cardioprotecc) y Twitter (@cardioprotecc1).
- ✓ Creación y lanzamiento de una campaña en vídeo, en YouTube (se creó un canal para este evento) y en el *videomall* del Campus.

A continuación, se detalla el trabajo realizado en cada una de las acciones mencionadas anteriormente.

5.2.1. Guía informativa

La guía se presenta como un documento básico cuyo objetivo es informar a los responsables de los centros públicos que tengan interés en implantar un programa de cardioprotección. La información que contiene está orientada a simplificar los trámites administrativos de tal forma que este nunca sea un obstáculo en la instauración del programa.

Contiene información sobre los requisitos que debe cumplir el propio centro, en cuanto al desfibrilador (localización, características técnicas) y el personal que lo utilizará. También recoge los requisitos que debe cumplir la empresa que se encargará de la formación obligatoria que deberán realizar los trabajadores responsables del uso del desfibrilador (características de las aulas y materiales docentes, acreditación de los docentes, memoria). Se detalla la programación de las actividades formativas que constituirán los cursos que realizarán los trabajadores (temporalización, contenidos, número de ratio instructor/alumnos). Se proporciona también, información sobre los documentos a presentar por parte el centro que solicite el desfibrilador, la empresa formadora, notificación de uso del desfibrilador. La guía incluye una explicación sencilla de donde realizar la solicitud, cómo realizarlo y los plazos de resolución y notificación. Se adjuntan a la guía los modelos de solicitud que se deben presentar para solicitar el desfibrilador.

La guía completa se ha utilizado en otros centros de la Uva como en la Facultad de Económicas que han mostrado interés por instalar un desfibrilador. El reparto ha sido realizado desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. El documento completo de la guía se puede consultar en los anexos de este trabajo.

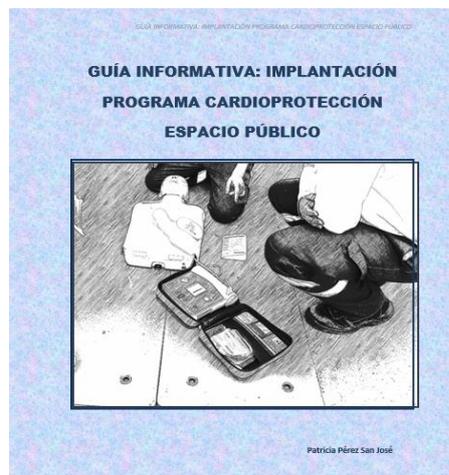


Fig. 5.2. Portada de la Guía informativa. Fuente: elaboración propia.

5. 2.2. Folleto divulgativo

El folleto se ha elaborado con el objetivo de proporcionar información clara y sencilla al público en general y en particular a los centros que vayan a iniciar los trámites de su cardioprotección. Se trata de que el público objetivo disponga de la información necesaria para decidir sobre su participación voluntaria en el programa. El documento dispone de varios apartados:

- ✓ Información sobre el programa de cardiprotección: definición y características de los cursos de formación.
- ✓ Información sobre los pasos a seguir en caso de parada cardíaca: imagen de la cadena de supervivencia de la ERC (2015) y actuación.

El folleto, de la misma forma que la guía informativa, ha sido empleado por el Servicio de Prevención de riesgos laborales en centros de la Uva en los que se ha mostrado interés en implementar un programa de cardioprotección.

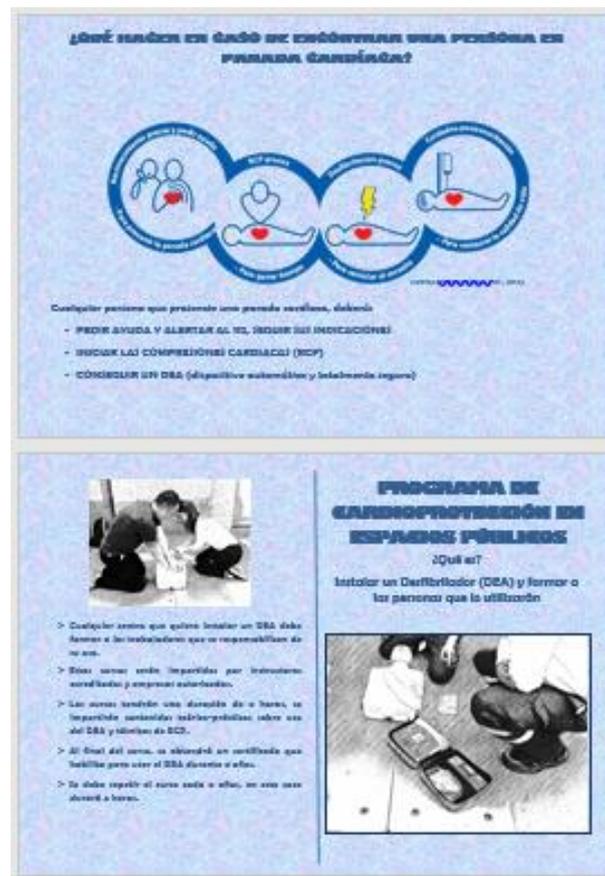


Fig. 5.3. Folleto informativo. Fuente: elaboración propia.

5.2.3. Campaña “#Aprendeasalvarvidas #AprendeRCP”

La idea surge del video de Caritas Diocesana “Enhorabuena. Por un trabajo decente”, en el que se conectan los resultados de una investigación social con una campaña de comunicación y que fue visionado durante las clases de Marketing Social en Empresas, Administraciones Públicas y Tercer Sector, con el profesor Enrique Gómez.



Fig. 5.4. Imagen video “Enhorabuena. Por un trabajo decente”

En primer lugar, se destacaron algunas ideas clave, fruto del estudio de los resultados de la investigación y que deberían estar presentes en el video:

- ✓ La actuación de todos es importante
- ✓ La actuación de las personas que presencian la parada es crucial, en los primeros momentos.
- ✓ La mayoría de las personas que participaron en la investigación, estarían dispuestas a aprender y a ayudar.
- ✓ Los pasos a seguir en caso de parada deben estar claros.

En el diseño y creación contamos con la colaboración de Eduardo J. Villalobos, licenciado en Publicidad y Máster en Comunicación con Fines Sociales. Se pensó en diseñar una pieza de animación sencilla, con información clara y concreta, que pudiera ser atractiva para el público.

En un primer momento se pensó en crear un comic con figuras humanas que representarían al público objetivo. La idea se desechó ya que la imagen de una figura humana en parada cardíaca, quizás podría crear cierto rechazo y se substituyó por las figuras de pequeños robots, simulando un video juego. De esta forma, al carecer las figuras de identificación de género, evitamos relacionar la parada cardíaca como algo unido al género masculino. Cada robot representaría las diferentes acciones que componen la cadena de supervivencia en caso de parada cardíaca.

En primer lugar, aparece la figura que representa a la víctima de una parada cardíaca. Se resalta el corazón que se “rompe” en el momento de la parada y que luego aparecerá al final del vídeo haciendo referencia a la generosidad que supone actuar como “socorrista” en estos casos.

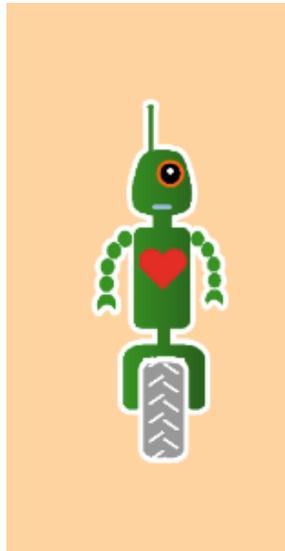


Fig. 5.5. Imagen del Robot “víctima”. Fuente elaboración propia.

También aparece la imagen de un robot que se encarga de alertar al 112 al presenciar la parada cardíaca. En esta figura, al mostrar una imagen más sencilla sin extremidades superiores, intentamos reflejar la importancia de actuar de alguna manera, simplemente alertando al 112. Siempre podemos hacer algo, aunque sea llamar por teléfono.

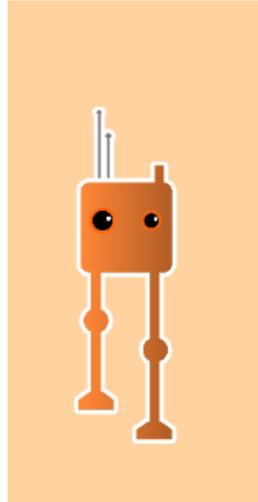


Fig. 5.6. Imagen del Robot “alertante”. Fuente elaboración propia.

La siguiente imagen corresponde al robot que efectua las compresiones torácicas a la víctima.

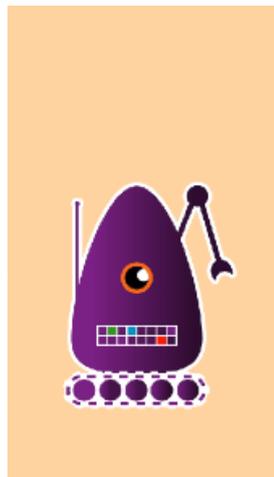


Fig. 5.7. Imagen del Robot “RCP”. Fuente elaboración propia.

Por último aparece el robot encargado de conseguir el desfibrilador, en la figura aparece la representación antes de conseguir el desfibrilador y después, en este último caso se ha incorporado al diseño del robot la señal universal del desfibrilador.

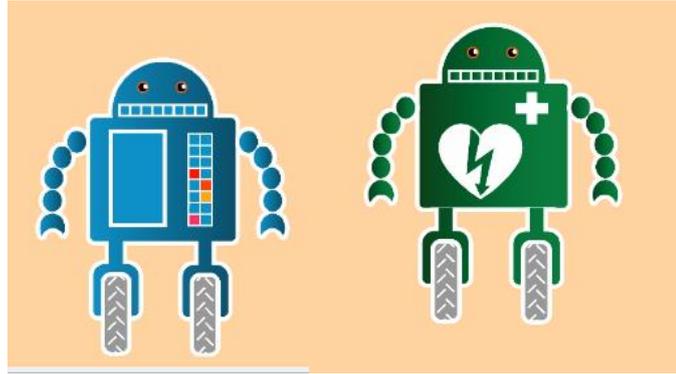


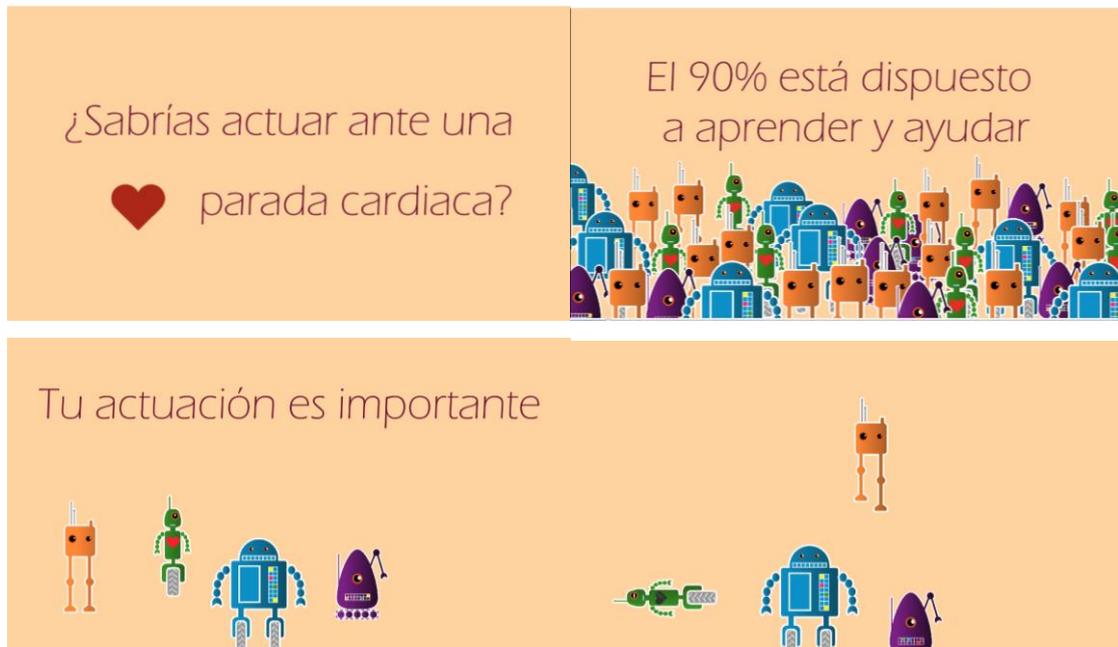
Fig. 5.8. Imagen del Robot “desfibrilador”. Fuente elaboración propia.

Se diseñó una pieza de animación de 1 minuto y 22 segundos, con gráficos vectoriales. Se usaron los programas *Illustrator* y *Flash CS6* en la realización del trabajo. Se insertaron algunos mensajes para transmitir las ideas clave, señaladas en el punto anterior:

“El 90 % está dispuesto a ayudar y a aprender” “Tu actuación es importante” “1. Avisar al 112”, “2. Realizar masaje cardiaco”, “3. Buscar un desfibrilador” “Recuerda que tu actuación en los primeros minutos es vital”.

Se buscaron melodías libres de copyright y libres de descarga, se escogió el tema “*Interplanetary Odyssey*”³². Se incluyeron los *hashtags* de la campaña en redes sociales: #aprendeasalvaridas #aprendeRCP.

A continuación, se exponen algunas escenas representadas en el vídeo.



³² Web con melodías libres de copyright <https://patrickdearteaga.com/es/index-es/>



Fig. 5.9. Resumen escenas video. Fuente elaboración propia.

Se crearon dos perfiles en las redes sociales Instagram y Twitter el día 28 de mayo, en los que se fueron publicando imágenes y mensajes los días previos a la publicación del vídeo, con el fin de darnos a conocer y conseguir seguidores.

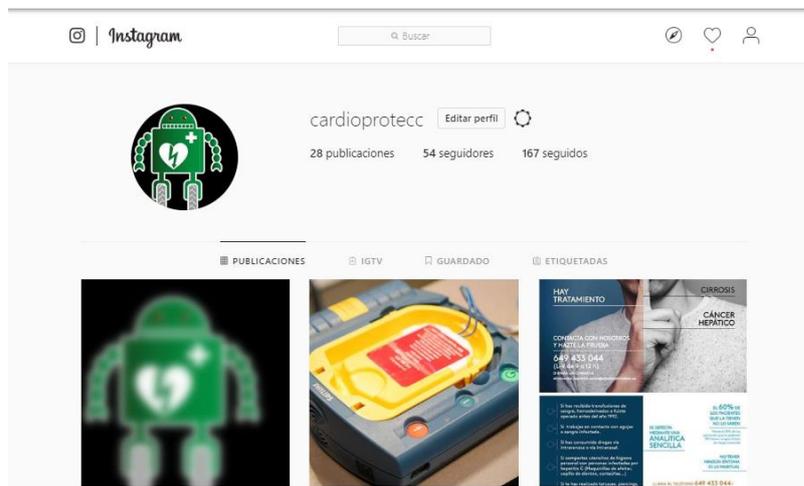


Fig. 5.10. Perfil Instagram. Fuente elaboración propia.

5.IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CARDIOPROTECCIÓN EN EL CAMPUS “MARÍA ZAMBRANO”



Fig. 5.11. Perfil Twitter. Fuente elaboración propia.

También se creó un canal en *Youtube* el 14 de junio de 2019 con el fin de difundir la campaña. La difusión a través de este canal del video comenzó el 25 de junio de 2019.

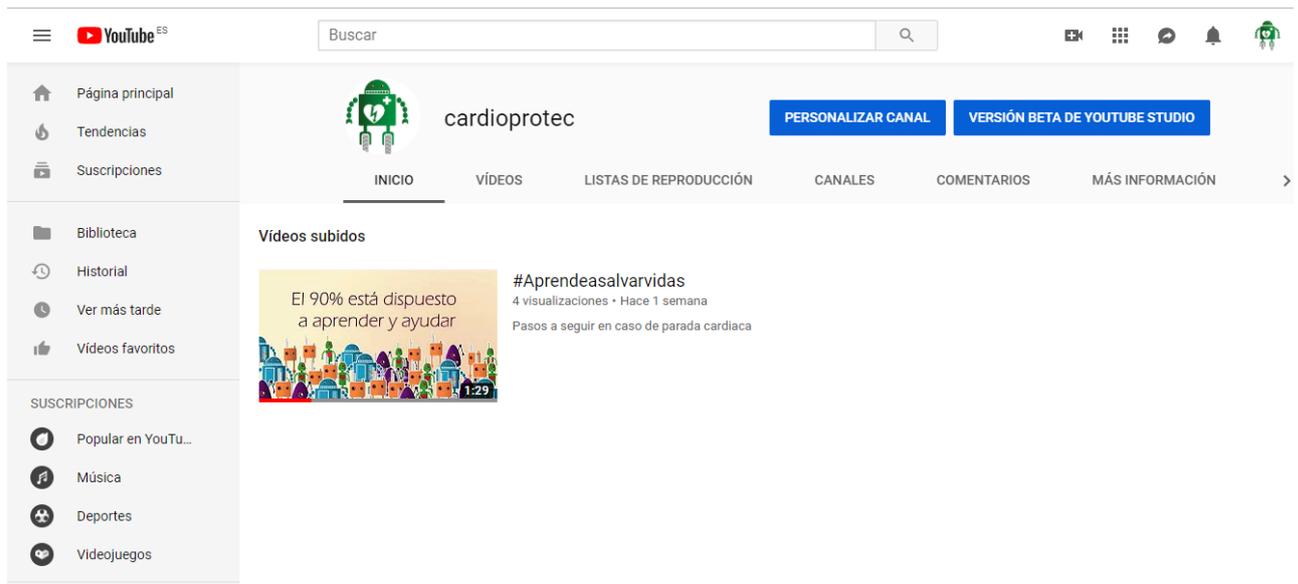


Fig. 5.11. Canal YouTube. Fuente elaboración propia.

En el *videowall* del Campus se empezó a proyectar el 21 de junio, cada día durante todo el horario en el que el centro permanece abierto. Se proyecta una vez cada hora.



Fig. 5.11. Proyección en el videowall de la campaña. Fuente elaboración propia.

A fecha de 2 de julio de 2019, los resultados en relación a las interacciones conseguidas con el video “Aprende a salvar vidas”, en redes sociales quedan recogidos en la siguiente tabla.

Red social	Seguidores	Interacciones conseguidas con video
Instagram	59	17 reproducciones, 7 likes
Twitter	26	74 impresiones (visto en Twitter), 23 visualizaciones
YouTube	0	4 visualizaciones

Tabla 5.1. Resultados interacciones en redes sociales. Elaboración propia

5.3. Conclusiones sobre implementación del programa en el Campus “María Zambrano”

La cardioprotección de espacios públicos es una tendencia en alza, a la que se ha unido finalmente, el Campus María Zambrano de Segovia. El DEA se ha instalado en este centro el día 25 de junio de 2019.

Es fundamental, seguir formando e informando a la comunidad universitaria de este Campus sobre este programa, para garantizar su continuidad en el tiempo y la incorporación de mayor número de voluntarios al programa de formación. También es importante reforzar los cauces de comunicación interna para mejorar la difusión de las estrategias comunicativas que se implanten en la comunidad universitaria, es uno de los obstáculos que hemos encontrado en el desarrollo de nuestro trabajo.

También nos hemos encontrado limitaciones a la hora de difundir la campaña en redes sociales, se trata de un trabajo complejo que requiere de más tiempo por lo que puede ser una línea de futuro a desarrollar.

Otros centros universitarios de la Uva se han mostrado también interesados en iniciar los trámites para cardioprotgerse. Es imprescindible que la Uva instauré una línea estratégica clara en este asunto para favorecer que se extienda a todos sus Campus de una forma homogénea. De la misma manera, puede contribuir a reforzar su imagen y su marca, mejorando su competitividad y su función social de cara a la ciudadanía.

Planes de comunicación como el que presenta este trabajo, pueden favorecer que los gobernantes establezcan como prioridad la difusión de los primeros auxilios en todos los ámbitos de la vida. Se debe establecer una legislación a nivel estatal sobre la implantación de desfibriladores y programas de soporte vital básico, en espacios públicos. Es necesario que forme parte de los curriculum educativos en todas las etapas formativas, se debe reforzar en el entorno laboral mediante una actualización de la ley de prevención de riesgos laborales y de esta forma entrará en nuestro ámbito personal como algo natural y “vital”.

Se trata de un cambio social importante y profundo al que deseamos haber contribuido con una pequeña semilla que algún día permita que los primeros auxilios sean parte fundamental de nuestras vidas.



Fig. 5.12. DEA del Campus María Zambrano de Segovia.. Fuente elaboración propia.

6. FUENTES CONSULTADAS

6.1. Fuentes bibliográficas

- Alaminos, A. et al (2006) *“Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión”*. Editorial Márfil. Universidad de Alicante. ISBN. 84-268- 127-8.
- Alan R. Andreasen (2002).” *Marketing social. Marketing en el Mercado del Cambio Social”*. Journal of Public Policy & Marketing. ISSN. 07439156.
- Alarcón Alarcón, R. (2012). *“Psicología positiva”*. UNIFE. Lima. ISBN. 978-612-45632-6-3.
- Alarcón, E. P, et al. (2005). *“Protocolo de intervención psicológica en crisis ante situaciones de emergencias y desastres”*. Patronato Provincial de Servicios de Córdoba.
- Alvarado López, M.C. (2012). *“La publicidad en el marco de la comunicación para el desarrollo hacia un nuevo modelo de publicidad para el cambio social”*. CIC. Cuadernos de información y Comunicación. N° 17. ISSN. 1135-7991
- Arias Gallegos, W. (2015). *“Conducta prosocial y psicología positiva”*. Avances en Psicología: Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades. Vol. 23, n° 1. 1812-9536.
- Auné, S., et al. (2014). *“La conducta prosocial: Estado actual de la investigación”*. Revista perspectivas en psicología. Vol. 11, n° 2. ISSN. 1853-8800.
- Bandura, A. (1987). *“Teoría del Aprendizaje Social”*. Madrid. Editorial ESPASA. ISBN. 9788423965069.
- Baruch, Y. et al (2004). *“Prosocial behavior and job performance: does the need for control and the need for achievement make a difference? “Social Behavior and Personality: An International Journal. Vol. 32, n° 4. ISSN. 399-411.*
- Beerli-Palacio, A, et al (2008).” *El marketing como herramienta para incrementar la eficacia de los planes de salud pública”*. Informe SESPAS 2008.
- Bok, D (1982). *“Beyond the ivory towel: social responsability of the modern university”*. Cambridge, Mass, Harvard University Press. ISBN 9780674068988.
- Campal García, F (2003) *“Las redes ciudadanas. De la información a la participación democrática”*. Educación y Biblioteca, n° 135. ISSN. 0214-7491.
- Cervera Taulet, A (2001). *“La gestión del marketing en las administraciones públicas locales”*. Dirección y organización, Revista de ingeniería y organización. ISSN 2171-6323.

- Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (2012) *“Recomendaciones sobre instalación, autorización y formación para el uso del desfibrilador externo automático, fuera del ámbito sanitario”*. Madrid.
- Costa, M. et al (2005) *“Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida”*. Ediciones Pirámide. Madrid. ISBN. 9788436810295
- Curós Abadal, A. (2001) *“Parada cardíaca extrahospitalaria, nuestra asignatura pendiente”*. Revista Española de Cardiología. Vol. 54, nº7. ISSN. 1579-2242
- De Aguilera Moyano, M, et al (2010) *“La comunicación universitaria. Modelos, tendencias y herramientas para una nueva relación con sus públicos”*. Revista Icono 14. Vol. 2. ISSN. 1697- 8293.
- De Frutos Torres, B, et al (2014) *“La consolidación de la identidad a través de la marca secundaria: el caso del Campus de Segovia de la Universidad de Valladolid”*. Revista Internacional de relaciones Públicas. Vol. 4, Nº 7. ISSN. 2174- 3681.
- De San Eugenio-Vela, J. (2011) *“La transformación de territorios en marcas: el reconocimiento y la diferenciación de identidades espaciales en tiempos postmodernos. Un estado de la cuestión”*. Universida Pompeu Fabra. (Tesis doctoral).
- Decreto 9/2008, 31 de enero sobre el uso de desfibriladores externos semiautomáticos por profesionales no sanitarios.
- Díaz, H. (2011). *“Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria”*. Revista de Comunicación y Salud. Vol. 1, nº 1. ISSN. 2173-1675.
- Directiva del Consejo Europeo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo.
- Douglas, M (1990) *“El mundo de los bienes. Hacia una antropología del consumo”*. Editorial Grijalbo. México. ISBN. 968-419-952-X.
- Dubos, R. (1966). *“Man adapting”*. Yale University Press. ISBN. 9780300000764.
- Ebstein, R.M. et al. (2004) *“Communicating evidence for participatory decision making”*. JAMA. Nº 291. ISSN. 2359-66.
- Fidalgo Vega, M. (1993) *“La conducta humana ante situaciones de emergencia: análisis del proceso de conducta individual”*. Nota técnica de prevención 390. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno de España.
- Fishbein, M. et al (1980) *“A theory of reasoned action: Some applications and implications”*. Nebraska Symposium on Motivation. Vol. 2.
- Flores, I. (2015). *“El marketing en el sector público: naturaleza, aplicaciones y desafíos”*. Revista contribuciones a las ciencias sociales. Nº 27. ISSN: 1988- 7833

- Fontrodona, J. (1999). *“Marketing social. Ética del marketing”*. Madrid: Unión Editorial. Madrid.
- Forero Santos J.A. (2009). *“El Marketing Social como estrategia para la promoción de la salud”*. Revista la Sociología en sus escenarios. N° 20. ISSN 0123-8973.
- Galindo, J. (2015) *“El concepto de riesgo en las Teorías de Ulrich Beck y Niklas Luhmann”*. Acta Sociológica. Vol. 67. ISSN. 0186-6028.
- García Garcés, H. et al (2014) *“Tecnologías de la Información y la Comunicación en salud y educación médica”*. Revista EDUMECENTRO. Vol. 6, n° 1. ISSN. 2077- 2874.
- García I, et al (2001). *“Marketing social corporativo, la respuesta a una demanda social”*. Revista de Estudios Empresariales. Vol. 101, n° 1. ISSN 1988-9046.
- Gavidia Catalán, V, et al (2012). *“La construcción del concepto de salud”*. Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales. N° 26. ISSN. 0214-4379.
- Gentile, A. et al. (2006). *“Media Exposure, Aggression and Prosocial Behavior During Early Childhood: A Longitudinal Study”*. Social Development. Vol.15, n° 4. ISSN. 1467-9507.
- González Alcantara, O. et al (2015). *“La responsabilidad social en las universidades españolas 2014/15”*. Universidad de Alcalá. Instituto Universitario de Análisis Económico y Social. ISBN: 978-84-608-6208-6.
- Gordon, R. et al, (2006). *“The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: what’s the evidence?”*. Vol. 120. Public Health. ISSN 003-3506.
- Green, L. W. et al (1980) *“Health education planning: A diagnostic Approach”*. Mayfield Publishing. ISBN. 84-95872-38-2.
- Gumucio- Dagron, A (2001). *“Haciendo olas: historias de comunicación participativa para el cambio social, New York”*. The Rockefeller Foundation. ISBN 0-89184-056-7.
- Gumucio- Dagron, A (2010). *“Cuando el doctor no sabe: comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación”*. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, Revista de Investigación y Análisis. Vol. 16, n° 31. ISSN: 1405-2210.
- Herrero S. et al. (2012) *“History of the Cardiopulmonary resuscitation. 2011” Journal of Pearls in Intensive Care Medicine*. Vol. 25. ISSN. 1533-4406
- Huikuri, HV. et al. (2001) *“Sudden death due to cardiac arrhythmias”*. The New England Journal of Medicine, Vol. 345, n° 20. ISSN. 1533-4406
- Instituto Nacional de Estadística 2016/ 2017.” *Notas de prensa: defunciones según causa de muerte”*. Madrid.

- Janis, I. L et al. (1977).” *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*”. New York, NY, US: Free Press.
- Kerin, R, et al (2004). “*Marketing*”. McGraw Hill. ISBN 13 9780073404721.
- Kotler, P y Roberto, E.L. (1993). “*Mercadotecnia social. Estrategias para cambiar el comportamiento del público*”. Editorial Diana. México. ISBN 968-13-2258-4.
- Lalonde, M (1974). “A new perspective on the health of Canadians”. Gobierno de Canada. ISBN. 0-662-50019-9.
- Larrán Jorge, M, et al (2008) “*Propuesta de Estructura de memoria universitaria de sostenibilidad*”. Foro de Consejos Sociales de las Universidades Públicas de Andalucía.
- Larrán-Jorge, M. (2014).” *Análisis del nivel de implantación de políticas de responsabilidad social en universidades españolas*”. Colección experiencias y resultados. Conferencia de Consejos Sociales de universidades públicas españolas. ISBN: 978-84-616-8082-5.
- Latané, B. & Darley, J. (1970). “*The unresponsive bystander: Why doesn't he help?*” New York. Appleton Century Crofts. ISBN. 0390540935.
- Latinovic, L, et al (2010). “*Manual de Mercadotecnia social en salud*”. Dirección General de Promoción de la salud. México.
- Lazo Caparros, D. (2017) “*Valoración de la importancia y requerimientos de los trabajadores sobre educación y aptitudes ante una Parada Cardiorrespiratoria*”. Revista Enfermería Docente. Vol. 2, nº 109. ISSN. 2386-8678
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Gobierno de España.
- Ley Orgánica 10/1995, 23 de noviembre del Código Penal. Título IX, artículo 195. Gobierno de España.
- Llopis, R. et al. (2004). “Bienestar familiar y relaciones de amistad: un estudio con adolescentes en el contexto escolar”. Estudios sobre educación. Universidad de Navarra. Vol. 6. ISSN: 1578-7001.
- López Messa, J.B. (2016) “*Está la población española sensibilizada y capacitada para actuar ante la parada cardíaca*”. Revista Medicina Intensiva. Vol. 40, nº 2. ISSN. 0210-5691.
- López Messa, JB. (2008) “*Iniciativas para incrementar y mejorar la RCP realizada por testigos*”. Revista electrónica de medicina intensiva. Vol. 8, nº1. ISSN. 1578-7710.
- Mariño Vicente, M. et al (2008) “*Una sociedad de pantallas: potencialidades y límites para la educomunicación*”. Revista Comunicar. Vol. 16, nº 31. ISSN. 1134- 3478.

- Martí Vilar, M. (2008). “*Las necesidades humanas desde la psicología moral*”. Papeles de relaciones ecosociales y cambio global. N° 102. ISSN. 1888- 0576.
- Martorell Pallás, C, et al. (2011). “Estudio confirmatorio del cuestionario de conducta prosocial (CCP) y su relación con variables de personalidad y socialización”. Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica. Vol. 32, n° 2. ISSN 1135-3848.
- McCarthy, E.J, et al (1984). “*Basic Marketing: a managerial approach. Homewood*” ISBN-13: 978-0256030198.
- Mestre, V., et al. (2007). “*Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial*”. Revista Lationamericana de Psicología. Vol. 39, n° 2. ISSN. 211-225.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2014). “*Estrategia Española de Responsabilidad Social en Empresas 2014/2020*”. Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2007) “*Informe sobre desfibrilación semiautomática en España*”. Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). “*Encuesta Nacional de Salud 2017*”. Gobierno de España.
- Moore, P. et al. (2006)” *Cómo transmitir la evidencia a los pacientes: El médico como comunicador de riesgo*”. Revista médica de Chile. ISSN. 0034-9887.
- Moscoso, M. S. (1996). “Hacia un análisis cognitivo del cambio conductual: El comportamiento social proactivo”. Revista de Psicología de la PUCP. Vol. 14, n° 1. ISSN: 2223-3733.
- Nalda Albiac, J. S. (2007) “*Kuatsu. El arte de resucitar*”. Revista de Artes Marciales. Vol.2, n° 2. ISSN 2174-0747
- OMS (1986). “*Ottawa Charter for Health Promotion*”. Canadian Public Health Association.
- OMS/ OPS (2011) “*Estrategia y plan de acción sobre e-salud*”. 51 Consejo Directivo. Washington, D.C.
- Ospina Muñoz, D. (2007). “*La medición de la resiliencia*”. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Vol. 25, n° 1. ISSN. 0120-530.
- Paéz, A. et al (2005) “*Paradigmas sobre gestión comunicacional en el ámbito universitario*”. Revista Razón y Palabra. N° 43. ISSN. 1605- 4806.
- Pearce, P. L., et al. (1980). “*Una taxonomía de ayuda: un análisis de escalamiento multidimensional*”. Revista psicología social. Vol. 43, n° 4. ISSN. 0213-4748.
- Perales Rodríguez de Viguiri, N. et al (2002)” *La desfibrilación temprana: Conclusiones y recomendaciones. I Foro de expertos en Desfibrilación Semiautomática*”. Madrid. Grupo de trabajo CERC.

- Quirós-Fernández, Fernando-José (2016). “*La universidad gerencial en Europa y los procedimientos de evaluación de la ‘calidad’ de la docencia y la investigación en España*”. Chasqui. Revista latinoamericana de comunicación. N° 133. ISSN. 0145-8973.
- Real Decreto 365/ 2009, 30 de marzo, sobre requisitos de seguridad y calidad de desfibriladores externos semiautomáticos fuera del ámbito sanitario. Gobierno de España.
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. Gobierno de España.
- Ríos Hernández, I. (2011). “*Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos*”. Revista Perspectivas de la Comunicación. Vol. 4, n°1. ISSN. 0718-4867.
- Rivera, A. N. (1980). “*Factores que determinan la atribución de altruismo*”. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 12, n° 1. ISSN: 0120-0534.
- Rodríguez, O (2006). “*Guías de apoyo a la calidad en la gestión pública local. Comunicación y Marketing público dirigido al ciudadano*”. Ministerio de Administraciones Públicas. Madrid.
- SACYL (2017) “*Memoria de la Gerencia de Urgencias y Emergencias*”. Junta de Castilla y León.
- Sánchez-Queija, I., et al. (2006). “*Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia*”. Revista de Psicología Social. Vol. 21, n° 3. ISSN. 259-271.
- Scholl, H.F. (2001). “*Aplicando la teoría de las partes interesadas al gobierno electrónico*”. Federación Internacional para el Procesamiento de la Información. Boston. ISBN. 978-0-306-47009-7.
- SIGMADOS (2010) “*Estudio de opinión para el Consejo Español de Reanimación Cardiopulmonar*”. Madrid.
- Simancas-González, E. et al (2017) “*Gestión de la comunicación en las universidades españolas*”. El profesional de la comunicación. Vol. 26, n° 4. ISSN. 1699-2407.
- Socorro Santana, F. (2011) “*Pasado, presente y futuro de los desfibriladores externos automáticos para su uso por no profesionales*”. Revista científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Vol. 24, n° 1. ISSN. 2386-5867
- Solano, D. (2008). “*Estrategias de Comunicación y Educación para el Desarrollo Sostenible*”. UNESCO. ISBN: 978-956-8302-84-9.
- Southwick, S.M., et al. (2011). “*Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan*”. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN. 978-0-521-89839-3.
- Twenge, J. M. et al. (2007). “*La exclusión social disminuye el comportamiento prosocial*”. Revista de Personalidad y Psicología Social. Vol. 92, n° 1. ISSN 2007-684.

- UNESCO (2005). “*Decenio de las Naciones Unidas de la Educación para el Desarrollo Sostenible, 2005-2014*”. París.
- Universidad de Valladolid (2018). “*Memoria curso 2017/18*”.
- University Leaders for a Sustainable Future (2005). “*Declaración de Talloires*”. Washington D. C.
- Urteaga, E (2012) “*La sociología de las organizaciones: perspectivas alternativas*”. RIO. Revista Internacional de Organizaciones. Nº 8. ISSN. 2013-570X.
- Vallaeys, F. et al (2009). “*Responsabilidad social universitaria. Manual de primeros pasos*”. Mc. Graw Hill. 2009. ISBN. 978-1-59782-082-0.
- Vigo Ramos, J. (2014) “*Muerte súbita cardíaca: la importancia de la desfibrilación temprana y la resucitación cardiopulmonar*”. Revista CorSalud. Vol 6, suplemento 1. Perú. ISSN. 2078-7170.
- Villafañe, J (2000) “*El estado de la publicidad y el corporate en España y Latinoamérica*”. Estudios de comunicación. Nº 1. ISSN. 1578- 4916.
- Weinstein, N.D. (1993) “*Testing four competing Theories of health-protective behavior*”. American Journal of Public Health. Nº 71. ISSN. 1253-1255.
- Weisfeldt Myron, L. et al. (2002) “*Resuscitation after cardiac arrest*”. American Medical Association. Vol 288, nº 23. ISSN. 3035-3038
- Whitney, S B. (1962) “*Reacción ante una amenaza incierta*”. Man and Society in Disaster, Baker, G. and Chapmen, D. (eds.) Chapman, NY. Basic Books.

6.2. Webs consultadas

- American Heart Association (AHA): <https://www.heart.org/en/>
- App Ariadna: <http://ariadna.secardiologia.es/>
- B- safe: <https://www.b-safe.es/>
- Caritas Diocesana: www.caritas.es/blog/iglesia-trabajo-decente/
- Consejo Español de RCP (CERCP): <https://www.cercp.org/el-cercp/consejo-espanol-de-rcp>
- CRUE: <http://www.crue.org/SitePages/Inicio.aspx>
- Constantes y vitales: <https://compromiso.atresmedia.com/constantas-vitales/>
- Google forms: <https://www.google.es/intl/es/forms/about/>
- Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Segovia: <http://www.comsegovia.com/>
- Música para video juegos y multimedia: <https://patrickdearteaga.com/es/index-es/>
- Red ciudadana de Formadores en Seguridad del paciente: <http://formacion.seguridaddelpaciente.es/Quienes.aspx>
- SACYL: <https://www.saludcastillayleon.es/>
- Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST): <https://www.semst.org/>
- Sociedad Española de Medicina Intensiva , Crítica y Unidades Coronarias (SEMYCIUC): <http://www.semicyuc.org/>
- The HIV/AIDS Network: <http://www.comminit.com/hiv-aids/content/onelove-campaign-south-africa-what-has-been-achieved-so-far>
- Universidad de Valladolid: <http://www.uva.es/export/sites/uva/>
- Vicerrectorado de Responsabilidad Social de la Universidad de Granada: vicerresponsabilidad.ugr.es

7. ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionarios

ANEXO 2. Transcripción entrevistas

ANEXO 3. Consentimiento tratamiento imágenes

ANEXO 4. Guía informativa sobre cardioprotección de espacios públicos

ANEXO 5. Folleto divulgativo

ANEXO 1. Cuestionarios

CUESTIONARIO A: TRABAJADORES CAMPUS.

1. Datos personales: (señale con x)

✓ **Edad:** menos de 30 de 30 a 40 de 40 a 50 de 50 a 60 más de 60

✓ **Sexo:** mujer hombre

✓ Nivel de estudios:

Primarios

Secundarios

Superiores

✓ Tiempo antigüedad en la Uva:

Menos de 1 año

De 1 a 5 años

5 a 10 años

Más de 10 años

✓ Tipo de contrato:

Funcionario

Contrato laboral indef.

Contrato laboral fijo

Temporal

✓ Puesto de trabajo:

PAS ADMINISTRACIÓN PDI

PAS CONSERJERÍA

PAS BIBLIOTECA

PAS MANTENIMIENTO

PAS LABORATORIO

PAS SERVICIOS INFORMÁTICOS

PAS DEPORTES

✓ INDIQUE EL NOMBRE DE SU CENTRO DE TRABAJO:

2. Cursos de formación: (señale con x)

✓ ¿Ha realizado en los dos últimos años algún curso de formación? SI NO

✓ ¿Alguno de ellos estaba relacionado con la prevención de riesgos laborales? SI NO

En caso afirmativo indique su principal motivación para realizar este tipo de

Obtener puntuación para bolsas de empleo

Mejorar en el puesto de trabajo

Adquirir conocimientos

3. Señale con una x:

✓ ¿Sabe que es una parada cardíaca? SI NO

✓ ¿Sabría actuar en caso de parada cardíaca? SI NO

✓ ¿Ha presenciado alguna vez una parada cardíaca? SI NO

En caso de responder afirmativamente la anterior cuestión, indique cual fue su actuación:

- Realicé el boca a boca
- Le coloqué en posición lateral de seguridad
- Pedí ayuda
- Me aparté para no molestar
- Otras.....

✓ Indique que probabilidad existe, según su opinión, en el Campus de que se produzca una parada cardiaca:

- Nada probable
- Probable
- Poco probable
- Muy Probable

✓ En una situación de emergencia, a su juicio, la responsabilidad de socorrer es de (ELEGIR SOLO UNA):

- Los responsables del centro en situaciones de emergencia
- Los servicios de emergencias
- Todo aquel que lo presencie

✓ Si tuviera que socorrer a una víctima, de una posible parada cardiaca que es lo que más le preocuparía(ELEGIR SOLO UNA) :

- La responsabilidad legal en caso de no actuar correctamente
- Causar daños a la víctima
- Ponerme en peligro
- Otras.....

✓ En situaciones de emergencia, su actuación como testigo, piensa que es:

- No es importante
- Es poco importante
- Es importante
- Es muy importante

✓ ¿Sabe qué es un desfibrilador?

SI	NO
----	----

En caso afirmativo, si estuviera a su alcance y supiera como hacerlo, lo usaría:

- Con toda seguridad
- Es probable
- Es poco probable
- Es muy poco probable

4. En qué medida participaría en un programa de formación de primeros auxilios y técnicas de reanimación cardiopulmonar:

<input type="checkbox"/>	Con toda seguridad
<input type="checkbox"/>	Es probable
<input type="checkbox"/>	Es poco probable
<input type="checkbox"/>	Es muy poco probable

✓ **En qué medida participaría en un programa de formación para saber actuar en situaciones de emergencia en el uso de desfibrilador:**

<input type="checkbox"/>	Con toda seguridad
<input type="checkbox"/>	Es probable
<input type="checkbox"/>	Es poco probable
<input type="checkbox"/>	Es muy poco probable

✓ **Qué le parece que se tenga en cuenta su opinión a la hora de establecer este tipo de programas de formación:**

<input type="checkbox"/>	Mi opinión no es importante
<input type="checkbox"/>	Mi opinión es poco importante
<input type="checkbox"/>	Mi opinión es importante
<input type="checkbox"/>	Mi opinión es muy importante

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

INFORMACIÓN VISIBLE AL FINALIZAR EL CUESTIONARIO

En nuestro país se produce aproximadamente una parada cardiorrespiratoria cada 20 minutos, la cifra de muertes por esta causa es 4 veces superior a la que producen los accidentes de tráfico.

En lugares donde hay una gran afluencia de público, la probabilidad de que suceda una de estas emergencias es elevada. Por ello, es imprescindible que las personas que presencien la parada intervengan precozmente, de esta forma aumentarán las probabilidades de supervivencia. Si se actúa en el primer minuto, las probabilidades de sobrevivir son del 90%. Cada minuto que pasa las probabilidades descienden un 10%. A los 10 minutos las probabilidades son mínimas. El tiempo medio que tardarían en acudir los Servicios de Emergencias es de 13 minutos.

Es imprescindible que las personas que presencien una parada cardiorrespiratoria:

1. Avise al 112 (Un profesional dará las instrucciones a seguir)
2. Inicie maniobras de RCP (Compresiones torácicas) de forma inmediata
3. Consiga un Desfibrilador y lo utilice
4. Continúe hasta la llegada de los Servicios de Emergencias

Para poder actuar, es necesario disponer de:

- Desfibrilador: dispositivo programado que permite administrar una descarga eléctrica a la víctima de la parada, UNICAMENTE si lo necesita. Es seguro y para aprender a usarlo se requieren unas 8 horas de formación.
- Información y formación adecuada para saber actuar correctamente, realizar maniobras de RCP y usar el desfibrilador.

Se trata de un problema de gran importancia del que una gran parte de la población aún no es consciente.

Después de leer esta información,

5. Valore si considera necesario disponer de desfibrilador en su centro de trabajo:

	Nada necesario
	Poco necesario
	Algo necesario
	Muy necesario

✓ **Valore si estaría dispuesto a participar en un programa de formación en RCP y uso de desfibrilador:**

	Con toda seguridad
	Es probable
	Es poco probable
	Es muy poco probable

CUESTIONARIO B: ESTUDIANTES.**1. Datos personales: señale con x**

✓ **Edad:** menos de 20 de 20 a 25 de 25 a 30 más de 30

✓ **Sexo:** mujer hombre

✓ **Cursando:**

Grado en Educación Infantil

Programa conjunto en Educación Infantil y Primaria

Grado en Educación Primaria.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

2. Cursos de formación: (señale con x)

✓ **¿Ha realizado en los dos últimos años algún curso de formación?**

SI	NO
----	----

✓ **¿Alguno de ellos estaba relacionado con los primeros auxilios?**

SI	NO
----	----

En caso afirmativo indique su principal motivación para realizar este tipo de cursos:

- Mejorar expediente académico
- Mejorar mi curriculum
- Adquirir conocimientos

3. Señale con una x:

✓ **¿Sabe que es una parada cardiaca?**

SI	NO
----	----

✓ **¿Sabría actuar en caso de parada cardiaca?**

SI	NO
----	----

✓ **¿Ha presenciado alguna vez una parada cardiaca?**

SI	NO
----	----

En caso de responder afirmativamente la anterior cuestión, indique cual fue su actuación:

- Realicé el boca a boca
- Le coloqué en posición lateral de seguridad
- Pedí ayuda
- Me aparté para no molestar

Otras.....

✓ **Indique que probabilidad existe, según su opinión, en el Campus de que se produzca una parada cardiaca:**

- Nada probable
- Probable
- Poco probable
- Muy Probable

✓ **En una situación de emergencia, a su juicio, la responsabilidad de socorrer es de (ELEGIR SOLO UNA):**

- Los responsables del centro en situaciones de emergencia
- Los servicios de emergencias
- Todo aquel que lo presencie

- ✓ Si tuviera que socorrer a una víctima, de una posible parada cardiaca que es lo que más le preocuparía (ELEGIR SOLO UNA) :

	La responsabilidad legal en caso de no actuar correctamente
	Causar daños a la víctima
	Ponerme en peligro
	Otras.....

- ✓ En situaciones de emergencia, su actuación como testigo, piensa que es:

	No es importante
	Es poco importante
	Es importante
	Es muy importante

- ✓ ¿Sabe qué es un desfibrilador?

SI	NO
----	----

En caso afirmativo, si estuviera a su alcance y supiera como hacerlo, lo usaría:

	Con toda seguridad
	Es probable
	Es poco probable
	Es muy poco probable

4. En qué medida participaría en un programa de formación de primeros auxilios y técnicas de reanimación cardiopulmonar:

	Con toda seguridad
	Es probable
	Es poco probable
	Es muy poco probable

- ✓ En qué medida participaría en un programa de formación para saber actuar en situaciones de emergencia en el uso de desfibrilador:

	Con toda seguridad
	Es probable
	Es poco probable
	Es muy poco probable

- ✓ **Qué le parece que se tenga en cuenta su opinión a la hora de establecer este tipo de programas de formación:**

<input type="checkbox"/>	Mi opinión no es importante
<input type="checkbox"/>	Mi opinión es poco importante
<input type="checkbox"/>	Mi opinión es importante
<input type="checkbox"/>	Mi opinión es muy importante

INFORMACIÓN VISIBLE AL FINALIZAR EL CUESTIONARIO

En nuestro país se produce aproximadamente una parada cardiorrespiratoria cada 20 minutos, la cifra de muertes por esta causa es 4 veces superior a la que producen los accidentes de tráfico.

En lugares donde hay una gran afluencia de público, la probabilidad de que suceda una de estas emergencias es elevada. Por ello, es imprescindible que las personas que presencien la parada intervengan precozmente, de esta forma aumentarán las probabilidades de supervivencia. Si se actúa en el primer minuto, las probabilidades de sobrevivir son del 90%. Cada minuto que pasa las probabilidades descienden un 10%. A los 10 minutos las probabilidades son mínimas. El tiempo medio que tardarían en acudir los Servicios de Emergencias es de 13 minutos.

Es imprescindible que las personas que presencien una parada cardiorrespiratoria:

5. Avise al 112 (Un profesional dará las instrucciones a seguir)
6. Inicie maniobras de RCP (Compresiones torácicas) de forma inmediata
7. Consiga un Desfibrilador y lo utilice
8. Continúe hasta la llegada de los Servicios de Emergencias

Para poder actuar, es necesario disponer de:

- Desfibrilador: dispositivo programado que permite administrar una descarga eléctrica a la víctima de la parada, UNICAMENTE si lo necesita. Es seguro y para aprender a usarlo se requieren unas 8 horas de formación.
- Información y formación adecuada para saber actuar correctamente, realizar maniobras de RCP y usar el desfibrilador.

Se trata de un problema de gran importancia del que una gran parte de la población aún no es consciente.

Después de leer esta información,

5. **Valore si considera necesario disponer de desfibrilador en el Campus:**

<input type="checkbox"/>	Nada necesario
<input type="checkbox"/>	Poco necesario
<input type="checkbox"/>	Algo necesario
<input type="checkbox"/>	Muy necesario

- ✓ **Valore si estaría dispuesto a participar en un programa de formación en RCP y uso de desfibrilador:**

<input type="checkbox"/>	Con toda seguridad
<input type="checkbox"/>	Es probable
<input type="checkbox"/>	Es poco probable
<input type="checkbox"/>	Es muy poco probable

ANEXO 2. Transcripción entrevistas

ENTREVISTA 1. Responsable implantación de Desfibrilador en un centro educativo de Segovia.

Elena Domínguez es profesora del Departamento de Sanidad del IES Ezequiel González de Segovia, cuando se instaló el Desfibrilador hace cuatro años en el instituto formaba parte de la Dirección del mismo como Jefa de Estudios y fue la encargada de poner en marcha la iniciativa del desfibrilador. La entrevista se realizó el 18 de febrero de 2019.

P: En el centro en el que trabajas disponéis de Desfibrilador, ¿Cuánto tiempo hace que lo tenéis instalado?

R: *Creo que este es el tercer año o el cuarto, si hace cuatro años que lo tenemos instalado.*

P: ¿Cómo y cuando surgió la iniciativa de instalarlo?

R: *Se dio el caso de que un profesor, el profesor de gimnasia, un día se empezó a encontrar mal y se tumbó, nos asustó mucho, él notaba un fuerte dolor en el pecho y llamamos al 112. Se le llevaron rápidamente porque lo que le estaba pasando es que tenía un infarto. Entonces a raíz de lo que le pasó a él, decidimos que, si en algún momento a cualquier otro profesor le pudiera pasar lo mismo o algo más grave, porque en este caso pudo llegar la ambulancia, podríamos actuar los profesores que estuviéramos aquí y supiéramos utilizar un desfibrilador. Pensamos en cuales podrían ser las mejores opciones para poder colocarlo y al final decidimos que era una buena opción.*

P: ¿Qué obstáculos os encontrasteis durante el proceso?

R: *El primer obstáculo fue lo que vale, el dinero, porque el aparato en sí cuesta unos 2000 euros que en realidad no sabíamos muy bien de donde sacarlo porque el dinero del centro se supone que no está para este tipo de cosas que es algo que yo nunca he llegado a entender. Al final decidimos hacerlo con una parte de un proyecto de formación profesional y otra parte la puso el centro. Además de lo que costaba el propio DEA, teníamos que hacer formación los profesores. Esa formación corrió por cuenta del centro a excepción del coste de los profesores del Departamento de Sanidad que lo hicimos a cargo del proyecto de Formación Profesional. En total, el Desfibrilador costó unos 2000 euros y la formación unos 1100 euros, así que en total 3100 euros. Esa fue la principal traba, el dinero.*

P: ¿Y a parte de éste, hubo algún otro obstáculo? ¿Tuvo buena aceptación?

R: *No, en ningún caso hubo ninguna protesta. Se propuso en un Claustro y a todos nos pareció una medida estupenda para el centro y no solo para el centro, ya que en frente tenemos otro instituto y hasta se lo propusimos a ellos, en el momento que se tiene un DEA se registra y luego hay una App donde se ve donde hay desfibriladores y ellos contaron que podían disponer con el de este centro, en caso de que ocurriera. A todo el mundo le pareció muy buena propuesta, nadie puso ninguna pega y al final decidimos que sí lo hacíamos.*

P: ¿En cuánto a los trámites administrativos, fue fácil?

R: *Sí, porque nos los facilitó toda la empresa con la que decidimos hacerlo. El curso de formación fue a través de la empresa, el registro del Desfibrilador también lo hizo la empresa, la instalación y el mantenimiento también. Por lo tanto, nosotros no tuvimos que hacer prácticamente nada.*

P: ¿Hubiera facilitado el proceso la realización de una campaña comunicativa en este sentido?

R: *Si, puede ser. Yo reconozco que cuando nosotros lo pusimos casi nadie tenía un desfibrilador en un centro educativo. A partir de ahí, se empezaron a instalar muchos más, de hecho, cuando le instalamos salimos en el periódico, porque fuimos de los primeros. Entonces quizás, si la gente conoce a través de publicidad o campañas de concienciación sobre lo que puedes hacer con un DEA, si la gente lo conoce a lo mejor se plantearían tenerlo.*

P: ¿Qué opinión tienes acerca de la necesidad de cardioproteger todos los espacios públicos?

R: *Pienso que es fundamental porque últimamente, yo te hablo de casos que conozco, en nuestro centro el primero como te dije antes fue el profesor de gimnasia, pero es que el año siguiente fue el profesor de inglés y también el profesor de historia tuvo otro infarto en el centro. O sea, en un centro pequeño hemos tenido tres infartos en poco tiempo y podría habernos hecho falta para salvar la vida de una persona. Entonces si a nosotros nos ha pasado, en otros lugares puede pasar igual. Y últimamente los infartos están dándose en gente cada vez más joven, por lo tanto, a mí me parece una medida estupenda que puede salvar muchas vidas y que está alcance de prácticamente todo el mundo.*

P: Muy bien, muchas gracias por tu colaboración.

ENTREVISTA 2. Enfermera del Trabajo del SPRL de la UVa

Beatriz Bombín es Enfermera del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la UVa, lleva trabajando en este centro desde el año 2012. Entre sus funciones se encuentran la de realizar reconocimientos médicos a trabajadores y participar en acciones formativas de SVB. La entrevista se realizó el 25 de febrero de 2019.

P: ¿Dentro de la formación demandada por los trabajadores de la Uva se encuentra algún curso de primeros auxilios?

R: *Si, se han impartido varios cursos a trabajadores de diferentes centros de la UVa, suelen ser cursos de dos horas sobre RCP básica y obstrucción de la vía aérea, conocimientos sobre las emergencias más habituales, conducta PAS y aprender a reconocer una parada. Nos centramos sobre todo en los primeros eslabones de la cadena de supervivencia, reconocer la parada, alertar a los servicios de emergencia e iniciar compresiones torácicas. Sobre desfibrilador también comentamos algunas cuestiones, pero al no estar implantados nos es más práctico hablarles de lo que si pueden hacer aunque no exista desfibrilador.*

P: ¿En la UVa existen Campus cardioprottegidos?

R: *Campus cardioprottegidos no existen, si existen algunos centros o servicios concretos que disponen de Desfibrilador. Por ahora, se dispone de Desfibrilador en los centros deportivos, de Fuente la Mora y Ruíz Hernández en Valladolid, en la Facultad de Medicina de Valladolid, en la Facultad de Comercio de Valladolid y en el Vicerrectorado del Campus de Soria.*

P: ¿De quién fue la iniciativa en estos casos?

R: *De ellos, el Servicio de Prevención de Riesgos no intervino directamente. Nos pidieron información sobre el mantenimiento del Desfibrilador y también les informamos sobre los trámites administrativos y registro del aparato. La formación a las personas que van a usar el Desfibrilador depende del Departamento de Formación de la UVA y se encarga de ello una empresa externa.*

P: ¿Cuáles fueron los principales obstáculos a la hora de implantar esta cardioprotección?

R: *El trámite administrativo, dar de alta el aparato, decidir quién firma como responsable el registro del Desfibrilador, a quién se designa para utilizarlo. Suelen ser los conserjes de los centros donde hay Desfibrilador ya que tiene que ser personal que esté durante toda la jornada en el centro. También puede ser una dificultad el lugar donde se coloca ya que tiene que ser el lugar donde más gente se encuentre. El tema económico no fue un obstáculo incluso la Facultad de Comercio lo financió a través de un proyecto que se llama “salvavidas”, mediante la venta de pulseras.*

P: ¿Consideras importantes las campañas de comunicación en este sentido?

R: *La información siempre es importante, creo que se debería informar no solo del Desfibrilador sino de todos los trámites administrativos que implica, el mantenimiento del aparato, las personas que se encargarán de usarlo en caso necesario, el lugar donde se colocará, la formación necesaria para su uso. Y no olvidar que el uso del desfibrilador va unido a las maniobras de RCP, es muy importante que todo el mundo sepa reconocer una parada, alertar a los servicios de emergencias y realizar correctamente las compresiones. Todo ello es determinante para que la persona pueda salir de la parada con una buena calidad de vida. Son procedimientos sencillos que guiados telefónicamente puede realizar cualquiera. Pero toda esa información hay que darla, un desfibrilador por sí solo no recupera a las personas en parada.*

Muchas gracias por tu ayuda.

ENTREVISTA 3. Anterior Vicerrector del Campus María Zambrano de Segovia.

Juan José Garcillán García es profesor titular de la UVA, pertenece al Departamento de Economía Aplicada y durante unos años ocupó el cargo de anterior Vicerrector del Campus de Segovia. La entrevista se realizó el 12 de marzo de 2019.

P: ¿Durante cuánto tiempo fue Vicerrector del Campus María Zambrano?

R: *Tutéame, lo primero. Cuatro años fue lo que duró el mandato de vicerrector y estuve como Decano previamente de la Facultad.*

P: ¿En algún momento durante ese tiempo se pensó en dotar al Campus de desfibrilador?

R: *Sí, a raíz de unas actividades, en mi etapa de Decano, por eso te lo mencionaba antes, creo recordar que estando en Trinidad, se hicieron algunas charlas para concienciar sobre la instalación de desfibriladores y luego a raíz de ser vicerrector, con las actividades que se hicieron aquí el primer año, tuve conversaciones con un responsable de estas cuestiones aquí en el Campus, y bueno, si estuve indagando un poco los pros y contras de la posibilidad de ponerlo.*

P: ¿Qué obstáculos encontró en este proceso?

R: Bueno, el tema de los desfibriladores se suele percibir como algo positivo, que lo es, sin duda, pero entraña una serie de responsabilidades y una serie de riesgos. Aparte, no hay que olvidar también que tiene un coste económico que supera el propio coste del desfibrilador. Un desfibrilador requiere, su instalación y requiere también de un mantenimiento, no sé si recuerdo que era anual, además para hacer un correcto uso de ese sistema es necesario disponer de personal formado y tiene que ser un personal que, de alguna manera, garantice el posible uso de ese equipamiento a cualquier hora del día. Los cursos de formación quizás sea la parte más cara de todo el proceso y requiere de personal voluntario, obligar a alguien a que tenga que formarse, en un tema tan delicado como este y con la responsabilidad que supone, no es una cuestión fácil. Contacté con mis colegas de Valladolid para ver si en la Universidad de Valladolid existían estos equipamientos en sus instalaciones y si había alguna idea de generalizarlo y bueno lo que me dijeron, creo recordar, es que en Valladolid no había, no sé si quiera en las instalaciones deportivas de tiene la Universidad en Valladolid. Me dijeron que no había una previsión por estas cuestiones, el coste económico, que no creo que sea lo más importante, pero influye, y otra cuestión es poder garantizar un uso correcto. Un desfibrilador usado de una manera incorrecta es peligroso porque tiene que ser alguien que esté muy bien formado y tampoco vi una demanda o una predisposición para poder hacerlo.

P: ¿Por qué no se llegó a instalar?

R: Por esos obstáculos que hemos comentado antes y yo lo dejé un poco en manos del estudio de Valladolid porque lógicamente son unos costes a cargo de los presupuestos del centro y los presupuestos son los que son y hay que ajustarse a diferentes aspectos y era un poco esperar a ver si la Universidad hacia una política general y nosotros poder hacerlo también acogiéndonos a ese marco general.

P: ¿Considera importante que el Campus esté cardioprotegido?

R: Yo creo que sí es importante, pero si la pregunta pasa por si es imprescindible, tengo mis dudas. Esto es como todo, si lo tienes, es muy posible y deseable es que no tengas que utilizarlo nunca y sería bueno tenerlo, pero tengo mis dudas. Estamos en un espacio que cuando ha habido cualquier incidencia en el Campus se ha avisado al 112 y el 112 se presenta aquí en muy poco tiempo, vienen profesionales que saben cómo tratar estas cuestiones. El tiempo que transcurre desde un posible infarto a ser atendido correctamente, cuanto menor tiempo sea mejor, pero probablemente en el lugar que estamos ubicados, si estuviéramos en otro lugar o en otras circunstancias sería diferente, tarda menos en llegar la asistencia urgente que encontrar a alguien, que hay que saber quién tiene esa capacidad y en que horarios, habría que hacer un cuadrante del personal auxiliar de servicios, si pensamos por ejemplo en los conserjes, que podría ser una hipótesis que son los que hacen la cobertura durante toda la jornada. Los conserjes también van rotando, tienen turnos de mañana y tarde. Podría darse el caso que teniendo toda la equipación, todo el material, no se pudiera utilizar por el problema de no tener a alguien que lo pudiera hacer. Insisto, ¿sería bueno?, sí, pero habría que solucionar otros problemas para poder llegar a hacerlo.

P: ¿Considera importante la realización de una campaña de comunicación en este sentido?

R: Sí, puede ser una manera de concienciar y puede ser una manera de entre todos llegar a una solución que en su momento a lo mejor no fuimos capaces de conseguir, pero creo que en esa campaña de comunicación es muy importante, no solo reclamar ese servicio si no hacer un análisis en profundidad de los pros y los contras, porque hay cierta tendencia, no digo que sea el

caso, por mi experiencia en la gestión, de que se demandan cosas y no siempre se analizan los flecos que puede tener esa petición. He tratado de explicarte un poco mi percepción, pero dicho eso, soy partidario de que se hagan todas las campañas de comunicación y de sensibilización y que se debatan los temas. Yo tengo mi percepción, intenté en su día valorar y si lo que yo vi o argumenté está equivocado pues perfecto, o sea, yo mañana puedo ser el primero que necesite un desfibrilador aquí en el campus. Si se llega mediante esa campaña de comunicación al debate, al dialogo, al análisis y de ahí se ve la conveniencia o necesidad, me parece perfecto.

Muchas gracias por tú ayuda.

ENTREVISTA 5. Técnico en Emergencias Sanitarias y formador en el ámbito de las emergencias sanitarias.

PRESENTACIÓN: Carlos Higuera es Técnico en emergencias sanitarias, lleva trabajando en el ámbito de las Emergencias unos 26 años, es un profesional con mucha experiencia que ha presenciado multitud de paradas.

P: ¿Los testigos de la emergencia suelen tener nociones en primeros auxilios?

R: *“En los últimos años si se ve gente que actúa más, en años anteriores nadie hace prácticamente nada. Cuando llegábamos estaban mirando o esperando nerviosos a que llegará el personal sanitario. En los últimos años si que nos encontramos gente que está practicando compresiones e incluso haciendo ventilación. Si se ha visto un cambio por la difusión que está dando, la gente asiste a más formación y si se está viendo que los testigos actúan más. Pero tampoco es mucho, no son todos los casos. Son más gente del ámbito sanitario o que por su trabajo ha recibido algún curso”.*

P: ¿Supondría un cambio importante la cardioprotección de espacios públicos en la actuación de los servicios de emergencias?

R: *“Científicamente está comprobado que es la solución a las paradas cardíacas extrahospitalarias, el tiempo de respuesta que hay para poder reanimar un corazón parado por los ritmos mortales que son los que paran a los corazones, las fibrilaciones ventriculares y las taquicardias ventriculares, el tiempo que hay es mínimo. Se estima que después de 10 minutos las posibilidades de revertir los ritmos desfibrilables son mínimas, el tener la desfibrilación de acceso público sería la opción a que descendiera la mortalidad tan grande que hay. Pero todo esto tiene que hacerse en base a programas y estudios que determinen como y donde mejor poner los desfibriladores. Ahora se está desviando un poco, se están estableciendo sin programas, está muy bien tener un desfibrilador, pero tenerlo en un sitio donde no se ha hecho un programa de desfibrilación de acceso público es un derroche. Desde hace tiempo la AHA, que es la que más empezó a establecer los programas de desfibrilación de acceso público, empezaron a establecer criterios para implantar un DEA en lugares públicos. Se hacen estudios donde se valora que pueda ocurrir la parada extrahospitalaria , por ejemplo que ya haya ocurrido en ese lugar en los dos últimos años. Es un criterio, no quiere decir que no se pueda implantar donde no haya ocurrido, es un ejemplo. Lo más rentable sería haciendo esos estudios y programas, si no seguramente serían dinero más invertido y ahora también hay mucha formación que es negocio económico y se desarrollan sin líneas de programas”.*

P: ¿Consideras importantes las campañas de comunicación en este sentido?

R: *“Se debería difundir más, porque la idea que tiene la gente de lo que es un desfibrilador es equivocada, yo me encuentro con gente cercana al ámbito sanitario que se piensan que un desfibrilador es un aparato que lo puede usar hasta un niño pequeño y tampoco es eso. Un desfibrilador es un aparato que sí está hecho para personal no sanitario, pero no se puede utilizar sin unas mínimas normas, tiene también unos riesgos y sí que es verdad que se está difundiendo esa mala idea de que un desfibrilador es un elemento mágico y que teniéndolo cerca de cualquier persona le va a salvar la vida a alguien que se le pare el corazón, y es una idea equivocada. Hay que, exactamente a la población, difundirla que es un desfibrilador, para que se pueda usar y que beneficios tiene, y que riesgos tiene, que se sepa desde un principio que un desfibrilador es un aparato que tiene ciertos riesgos y que no le puede usar cualquier persona si no tiene unas mínimas nociones. Entonces, si estaría muy bien que se hicieran programas de difusión, no solamente cursos para tener personas adiestradas en ello sino también para difundirlo. Y luego que cada comunidad decida si lo quiere implantar”.*

P: ¿Cuáles son los principales obstáculos que crees podrían existir en la instauración de la instauración de cardioprotección de espacios públicos?

R: *“Los obstáculos suelen ser económicos, me imagino. Un desfibrilador, aunque cada vez están bajando más de precio y cada vez son más asequibles, supone un coste económico del propio aparato y hay que saber que el propio aparato, y de ello hay que concienciar a la gente, necesita un equipo de personas que le vayan a poder usar y hay que dar una formación, que necesita una inversión económica y hay que mantenerla durante 2 años y reciclarse. Estos pueden ser los impedimentos, aunque cada vez es menor y luego también, el principal obstáculo es el desconocimiento que tiene la sociedad sobre el beneficio que puede tener este aparato. Eso se debería de promover a través de los programas de desfibrilación de acceso público, donde y como hay que implantarlos y a quién hay que difundirlo. Esto lo deberían hacer sociedades científicas y administraciones para que no hubiera intereses y todo se hiciera de una manera científica”.*

Pues eso es todo Carlos, muchas gracias por tu ayuda.

ENTREVISTA FRANCISCO DE LA MATA (Jefe de la Unidad Administra del Campus María Zambrano de Segovia). 21 de mayo de 2019.

P. ¿Se han iniciado ya los trámites para instalar un DEA en el Campus? ¿En qué punto se encuentran estos trámites y cómo surgió la iniciativa?

R. *“Nosotros hemos iniciado los trámites, yo hablé con el Servicio de Prevención porque en un primer momento inicial, hace años con el anterior equipo de gobierno yo le pregunté al Vicerrector si era posible. El Vicerrector preguntó a Gerencia y parece ser que había muy pocos aparatos en la Universidad y pensaban que los trámites iban a ser costosos y se fue apartando. Hace muy poco el Técnico de Deportes fue a un curso del DESA en Valladolid. Parece ser que en el Servicio de Deportes de Valladolid hubo un incidente con una niña, tenían el DESA y pudieron reanimarla y afortunadamente todo salió bien. A raíz de eso, la Universidad fomentó un curso de formación en DESA para impartirlo a todos los técnicos de deportes ya que están en espacios deportivos y allí hay más riesgo. Como nuestro técnico iba al curso, nos lo comentó y yo enseguida llamé al Servicio de Prevención, les comenté que estamos pendientes de recibir un DESA en el Campus desde hace*

mucho tiempo, siempre se nos había dicho que era costoso, que era un trámite engorroso, que en la Universidad no había. Les dije que necesitábamos uno en el Campus, porque casualmente me dijeron que en Soria ya lo tenían instalado, con lo cual, si en Soria lo tienen, nosotros también lo tenemos que tener. Hablé con la responsable del Servicio de Prevención y me dijo los trámites que tenemos que hacer, hay que solicitarlo, yo lo solicité por correo electrónico para que nos reservará el único DESA que tienen en reserva, lo tienen para nosotros y están pendientes de que envíen la vitrina donde hay que guardarlo y luego ubicarle cuando nos le traigan en un lugar visible para todos. Lo que me comentó es que hiciéramos una pequeña encuesta a los trabajadores, profesores y PAS, quienes están interesados en hacer un curso. Hay que hacer ese curso de formación y después enviar los trámites a la Junta de Castilla y León y mandamos los nombres de las personas que lo pueden utilizar y cada dos años hay que reciclar. Y en eso estamos, ya he hecho la encuesta a la gente, ya tengo los que están interesados y lo he enviado a formación, tanto a PAS como a PDI de Valladolid. Para la formación del PAS ya tenemos asignados días, que todavía no están fijados completamente porque el Servicio de Prevención tenía que ponerse de acuerdo con la empresa que lo va a hacer, a ver si venían bien esas fechas. En cuanto sepamos cuando les viene bien, en principio 29 y 30 de mayo y se hace el curso. A partir de ahí completamos los trámites, traemos el aparato y listo.”

P. ¿Qué respuesta se ha obtenido de parte de los trabajadores del Campus?

R. *“En principio, nos dijeron que el curso debía ser para un grupo reducido de unas ocho o diez personas, y en principio lo hemos cubierto, tanto en PDI como en PAS. Yo sí que insistí a mis compañeros los conserjes que son los que abarcan toda la franja horaria en que está abierto el Campus, y estaban interesados evidentemente. A parte de ellos estamos la gente de Administración. De profesores siempre hay gente que está más sensibilizada con el tema, hay gente que incluso tiene formación previa con lo cual esa gente tenía que volver a hacer el curso para reciclarse así que ya se aprovecha y hace el curso.”*

P. ¿Crees que ha tenido alguna influencia en ellos el estudio que hemos realizado sobre este tema en el que ellos han participado directamente?

R. *“Seguro, porque todo mientras oyes más las cosas más sensibilizado te sientes. No solo con esto, también con educación medioambiental, reciclaje, etc. Cuanto más al día este la gente, con charlas, siempre te sensibiliza más.”*

P. Y como ha sido todo tan simultaneo, además.

R. *“Claro, todo ha ido muy seguido, en este sentido, claro que ha podido influir.”*

P. ¿Qué te parece la idea de comunicar la cardioprotección del Campus a toda la comunidad universitaria, como forma de darlo a conocer y mejorar la imagen de este?

R. *“Me parece perfecto, fenomenal y lo lógico que cuando hagamos la formación y esté instalado el aparato tenemos que dar difusión de lo que hay en el Campus y que toda la comunidad universitaria se entere.”*

P. Muy bien pues muchas gracias.

ANEXO 3. Consentimiento tratamiento imágenes

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO DE IMÁGENES

De acuerdo al derecho a la propia imagen que está reconocido en el artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, solicitamos su autorización para la realización de fotografías.

D/D^a _____ con
DNI _____

CONSIENTO

NO CONSIENTO

El empleo de mi imagen con las siguientes finalidades:

Medios de difusión de la UVa

Proyectos de investigación, revistas o publicaciones

En _____, a ____ de _____ de 20 ____.

Fdo. _____

ANEXO 4. Guía informativa sobre cardioprotección de espacios públicos

GUÍA INFORMATIVA: IMPLANTACIÓN PROGRAMA CARDIOPROTECCIÓN ESPACIO PÚBLICO



Patricia Pérez San José

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN	2
2. REQUISITOS PARA IMPLANTAR CARDIOPROTECCIÓN EN UN CENTRO PÚBLICO	4
3. DOCUMENTACIÓN NECESARIA	6
2.1. Empresa que instalará el DEA	6
2.2. Empresa de formación	7
2.3. Actividades formativas	8
4. NOTIFICACIÓN DE USO DEL DEA	10
5. PLAZO DE RESOLUCIÓN	11
6. LEGISLACIÓN	12
7. ANEXOS	13

0. PRESENTACIÓN

La siguiente guía es un documento básico que informa sobre los pasos a seguir por aquellos centros públicos que estuvieran interesados en implantar un programa de cardioprotección en sus instalaciones. Está dirigida a los responsables de estos centros, con el fin de simplificar los trámites necesarios para llevar a cabo este tipo de programa.

La Comunidad Autónoma de Castilla y León no cuenta con una normativa que obligue a disponer de desfibrilador (DEA) en espacios públicos. Sí establece una serie de pautas o requisitos para aquellos centros públicos que quieran dotarse de desfibrilador³³. Además establece una normativa que establece los requisitos que deben cumplir estos dispositivos³⁴.

La cardioprotección o creación de espacios cardioprottegidos es una tendencia en alza, impulsada por los principales organismos nacionales e internacionales, como AHA, ERC o CERP³⁵. Todos ellos recomiendan en sus últimas actualizaciones, una rápida intervención por parte de testigos, que deben estar convenientemente formados, en caso de que se produzca una parada cardiorrespiratoria fuera del entorno hospitalario.

Un DEA es un dispositivo portátil que analiza el ritmo cardiaco y en caso necesario posibilita una descarga eléctrica que permite la recuperación del ritmo cardiaco. Este equipo automático dispone de indicativos visuales y un altavoz que ayuda a la persona que lo utiliza, señalando los pasos que debe seguir.

Las posibilidades de recuperar a una persona tras sufrir una parada dependen de la rapidez con que se inicien las maniobras de reanimación, efectuando compresiones de calidad y su complementación con una desfibrilación precoz. Es imprescindible la solicitud de ayuda temprana para disminuir el tiempo de llegada de los Servicios de Emergencia.

³³ Decreto 9/2008, 31 de enero, regula el uso de desfibriladores externos semiautomáticos por profesionales no sanitarios.

³⁴ Real Decreto 365/ 2009, 30 de marzo, establece requisitos de seguridad y calidad de desfibriladores externos semiautomáticos fuera del ámbito sanitario.

³⁵ AHA: American Heart Association. ERC: European Research Council. CERP: Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar.

1. REQUISITOS PARA IMPLANTAR CARDIOPROTECCIÓN EN UN CENTRO PÚBLICO

Todas aquellas empresas o entidades que lo deseen, así como las empresas encargadas de impartir la formación obligatoria al respecto, pueden solicitar la instalación de un DEA a través de cualquier registro de la Junta de Castilla y León, presencialmente o de forma telemática. La posibilidad de hacer esta petición está abierta permanentemente, no existe ningún plazo para hacerlo.

Según esta normativa, la empresa o entidad que desee disponer de DEA debe cumplir una serie de requisitos en relación a tres aspectos básicos:

- ✓ DEA.
- ✓ Empresa que impartirá la formación a los trabajadores.
- ✓ Actividades formativas que se desarrollarán.

REQUISITOS DEA: LOCALIZACIÓN Y PERSONAL QUE LO USARÁ

- ✓ El lugar donde se coloque el DEA debe ser visible y correctamente señalado.
- ✓ El DEA debe estar correctamente identificado (marca, modelo, número de serie) y debe estar registrado y autorizado su uso. Se debe identificar el sistema de notificación posterior a su uso.
- ✓ Debe disponer de personal no sanitario convenientemente formado.
- ✓ El titular de la empresa o entidad será responsable de su mantenimiento y conservación.
- ✓ Debe disponer de un sistema de notificación posterior a su uso.

REQUISITOS EMPRESA DE FORMACIÓN

- ✓ Debe disponer de un local apropiado: aula para teoría y aula para prácticas (2m² por alumno).
- ✓ Los docentes encargados de la formación deberán estar acreditados como instructores de SVB y SVA, con experiencia de al menos 3 años o un mínimo de 30 horas en cursos de SVB o SVA.
- ✓ Debe disponer de material didáctico: manuales elaborados según las recomendaciones de la ERC y AHA, material audiovisual y material de prácticas (maniquí simulador RCP, DEA de entrenamiento).

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deberá solicitar la renovación de la autorización cada 5 años
<p align="center">REQUISITOS ACTIVIDADES FORMATIVAS</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa básico: 1 instructor por cada 8 alumnos, mínimo 8 horas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ 3 horas dedicadas a SVB (cadena supervivencia, reconocimiento PCR, importancia desfibrilación temprana, RCP básica). Temporalización: 30 minutos teoría, 2 horas y 30 minutos práctica. ✓ 3 horas y 30 minutos dedicadas a uso DEA (descripción, uso, seguridad y mantenimiento). Temporalización: 30 minutos teoría, 3 horas práctica. ✓ 1 hora y 30 minutos dedicada a evaluación. Temporalización: 30 minutos teoría, 1 hora práctica. ✓ Programa de reciclaje: se realizará cada 2 años. 1 instructor por cada 8 alumnos, con una duración de 4 horas. <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 hora recordatorio teórico. ✓ 2 horas recordatorio práctico. ✓ 1 hora evaluación.

Tabla 1. Requisitos cardioprotección espacio público. Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de www.tramitacastillayleon.jcyl.es.

2. DOCUMENTACIÓN NECESARIA

2.1. Empresa que instalará el DEA

La empresa que solicite la instalación del DEA deberá presentar la documentación que a continuación se detalla.

- ✓ Solicitud: modelo “Declaración responsable para instalación DEA” descargable en la web www.tramitacastillayleon.jcyl.es y que se encuentra en el ANEXO de esta guía. 1 solicitud por cada tres DEAs.
- ✓ Certificados de formación de las personas encargadas de usar el DEA
- ✓ Plan de conservación y mantenimiento DEA.

CUMPLIMENTACIÓN MODELO DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA INSTALACIÓN DEA

- ✓ **Datos del titular/ representante legal: nombre, apellidos, NIF. Documento acreditativo (DNI).**
- ✓ **Datos empresa: razón social/nombre, NIF, domicilio, actividad.**
- ✓ **Datos DEA: número de DEAs, por cada uno y con un máximo de tres, se cumplimentará un apartado (Instalación 1, 2, 3).**
 - ✓ **Marca, modelo, número de serie, nombre fabricante y distribuidor, número del organismo que otorga el marcado CE.**
 - ✓ **Localización: determinar si es un centro (aportar plano) o un vehículo. Determinar ubicación (domicilio) o descripción vehículo.**
- ✓ **Personas que usarán el DEA: se identificarán mediante:**
 - ✓ **DNI, nombre y apellidos.**

Tabla 2. Cumplimentación Modelo declaración responsable. Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de www.tramitacastillayleon.jcyl.es.

2.2. Empresa de formación

Las empresas que vayan a impartir la formación obligatoria para instalas un DEA en cualquier empresa, deberá presentar la siguiente documentación, que deberá ser original o copia compulsada.

- ✓ Solicitud: modelo “Solicitud de autorización empresa formadora” descargable en la web www.tramitacastillayleon.jcyl.es y que se encuentra en el ANEXO de esta guía.
- ✓ Planos y características de los espacios físicos donde se realizará la formación.
- ✓ Titulación y acreditación de los instructores de SVB/SVA (AHA o ERC).
- ✓ Relación de instructores acreditados.
- ✓ Modelo de certificación para los alumnos: datos personales, DNI, profesión, centro trabajo, entidad formadora, título del curso, número de horas teórico prácticas, fecha de expedición y caducidad, firma del responsable, referencia a la autorización administrativa de esta actividad formativa.
- ✓ Documento identificativo del solicitante y de la empresa formadora (NIF/ documento acreditativo titularidad).
- ✓ Programación docente (especificar Anexo II del Decreto 9/2008).
- ✓ Descripción material didáctico (bibliográfico, audiovisual, práctico)

CUMPLIMENTACIÓN MODELO AUTORIZACIÓN EMPRESA FORMADORA

- ✓ **Datos del solicitante: nombre, apellidos, NIF. Documento acreditativo (DNI), dirección.**
- ✓ **Datos empresa formadora: razón social/nombre, NIF, domicilio, actividad, titularidad.**

Tabla 3. Cumplimentación Modelo autorización empresa formadora. Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de www.tramitacastillayleon.jcyl.es.

La renovación cada 5 años de esta autorización se realizará cumplimentando el modelo “Renovación de autorización” descargable en la web www.tramitacastillayleon.jcyl.es y que se encuentra en el ANEXO de esta guía. Se acompañará de los documentos que acrediten a los nuevos instructores, si los hubiera, en el caso de cambio de responsable titular de la empresa y se adjuntará un informe que recoja todos los cambios en la empresa

2.3. Actividades formativas.

Se deberá presentar una memoria, con una antelación mínima de dos meses respecto al inicio de las actividades formativas. El organismo ante el que se presentará es la Dirección General de Salud Pública. Esta memoria inicial deberá contener los siguientes apartados.

MEMORIA INICIAL ACTIVIDADES FORMATIVAS	
✓	Referencia a la Resolución de autorización de la entidad o empresa formadora.
✓	Objetivos docentes.
✓	Programación: de acuerdo a lo establecido en el Anexo I del Decreto 9/ 2008, de 31 enero. Incluirá la temporalización, fechas de inicio y finalización, horas teóricas y prácticas.
✓	Titulación de los instructores.
✓	Metodología de evaluación.
✓	Lugar de realización.

Tabla 4. Memoria inicial de actividades formativas. Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de www.tramitacastillayleon.jcyl.es.

A partir de los 15 días siguientes a la finalización de las actividades formativas, se deberá presentar, ante el mismo organismo que en el caso anterior, otra memoria, con los siguientes apartados.

MEMORIA FINAL ACTIVIDADES FORMATIVAS	
✓	Título de la actividad.
✓	Responsable.
✓	Objetivos docentes.
✓	Lugar de realización.
✓	Material didáctico empleado.
✓	Listado instructores.
✓	Método de evaluación.
✓	Indicadores de seguimiento: plazas ofertadas, número de alumnos, numero de aptos y no aptos, no presentados.
✓	Incidencias: cambios de instructor, aula, fechas.

Tabla 5. . Memoria final de actividades formativas. Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de www.tramitacastillayleon.jcyl.es.

3. NOTIFICACIÓN DE USO DEL DEA

En el caso de que se tenga que emplear el DEA se deberá comunicar por los mismos medios que se presentaron las anteriores solicitudes. Se cumplimentará modelo “Comunicación uso de DEA” descargable en la web www.tramitacastillayleon.jcyl.es y que se encuentra en el ANEXO de esta guía, con los siguientes datos.

COMUNICACIÓN USO DEA	
✓	Datos de la empresa.
✓	Fecha y hora de utilización.
✓	Número serie DEA.
✓	Datos de la víctima y de la intervención
✓	Datos de la persona autorizada a usar el DEA

Tabla 6. Comunicación uso DEA. Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de www.tramitacastillayleon.jcyl.es.

4. PLAZO DE RESOLUCIÓN Y NOTIFICACIÓN

La autorización de las empresas de formación se resuelve en un plazo de dos meses y la instalación del DEA se podrá realizar desde el mismo día en el que se presente la Declaración responsable para su instalación. Las notificaciones que se realicen en relación a todo el proceso se realizan por correo postal o mediante notificación electrónica.

5. LEGISLACIÓN

En relación al cumplimiento de todos los trámites anteriormente mencionados, se aplicará la siguiente normativa:

- DECRETO 2/2018, de 1 de febrero, por el que se modifican diversos Decretos en materia de ordenación sanitaria para la reducción de cargas administrativas. *(BOCYL 06-02-2018)*
- DECRETO 9/2008, de 31 de enero, por el que se regula el uso de los desfibriladores externos semiautomáticos por personal no sanitario.
- REAL DECRETO 365/2009, de 20 de marzo, por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de Seguridad y Calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera de ámbito sanitario.
- DECRETO 5/2011, de 3 de febrero, por el que se modifican diversas disposiciones de carácter general en materia sanitaria, para su adaptación a la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las Actividades de Servicios y su ejercicio y al Decreto-Ley 3/2009, de 23 de diciembre, de Medidas de Impulso de las Actividades de Servicios en Castilla y León *(BOCYL 09-02-2011)*
- RESOLUCIÓN de 14 de febrero de 2012, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se delega en los Delegados Territoriales de la Junta de Castilla y León, en las distintas provincias, el ejercicio de determinadas competencias en materia de autorizaciones sanitarias *(BOCYL 24-02-2012)*

6. ANEXOS

- 6.1. MODELO DE SOLUCITUD DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA INSTALACIÓN DE DEA.**
- 6.2. MODELO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LA EMPRESA FORMADORA.**
- 6.3. MODELO DE SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE LA EMPRESA FORMADORA.**
- 6.4. MODELO DE COMUNICACIÓN DE USO DE DEA.**

ANEXO 5. Folleto divulgativo

¿QUÉ HACER EN CASO DE ENCONTRAR UNA PERSONA EN PARADA CARDÍACA?



CADENA SUPERVIVENCIA (ERC, 2015)

Cualquier persona que presencie una parada cardíaca, deberá:

- **PEDIR AYUDA Y ALERTAR AL 112, SEGUIR SUS INDICACIONES**
- **INICIAR LAS COMPRESIONES CARDIACAS (RCP)**
- **CONSEGUIR UN DEA (dispositivo automático y totalmente seguro)**



- **Cualquier centro que quiera instalar un DEA debe formar a los trabajadores que se responsabilicen de su uso.**
- **Estos cursos serán impartidos por instructores acreditados y empresas autorizadas.**
- **Los cursos tendrán una duración de 8 horas, se impartirán contenidos teórico-prácticos sobre uso del DEA y técnicas de RCP.**
- **Al final del curso, se obtendrá un certificado que habilita para usar el DEA durante 2 años.**
- **Se debe repetir el curso cada 2 años, en este caso durará 4 horas.**

PROGRAMA DE CARDIOPROTECCIÓN EN ESPACIOS PÚBLICOS

¿Qué es?

Instalar un Desfibrilador (DEA) y formar a las personas que lo utilizarán

