



GOBIERNO DE EL SALVADOR
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL



Lecciones Aprendidas de los Terremotos del 2001 en El Salvador

SECTOR SALUD

San Salvador, El Salvador
4 – 6 Julio de 2001



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

TABLA DE CONTENIDO

I.	PRESENTACION.....	1
II.	NOTA DEL EDITOR	1
III.	DISCURSOS DE INAUGURACIÓN.....	4
IV	PALABRAS DE INAUGURACIÓN.....	8
4.1	MANEJO GERENCIAL DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA.....	10
4.2	ASPECTOS GEOFÍSICOS E IMPACTO DE LOS TERREMOTOS DE INICIOS DEL 2001 EN EL SALVADOR	15
4.3	IMPACTO ECONOMICO, SOCIAL Y AMBIENTAL DE LOS TERREMOTOS EN EL SALVADOR	21
V.	LECCIONES APRENDIDAS DE LOS TERREMOTOS DEL 2001.....	27
5.1	ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA.....	27
5.2	PREPARACION Y RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALU	32
5.3	RESPUESTA INSTITUCIONAL Y COORDINACION INTERINSTITUCIONAL	37
5.4	SANEAMIENTO AMBIENTAL I (AGUA, EXCRETAS, ESCOMBROS Y BASURAS).....	42
5.5	SANEAMIENTO AMBIENTAL II (ALIMENTOS, ZOONOSIS, VECTORES Y VIVIENDA)	49
5.6	RESPUESTA SANITARIA INTERNACIONAL	53
5.7	COMUNICACIÓN E INFORMACION SANITARIA EN LA EMERGENCIA	58
5.8	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	63
5.9	HOSPITALES DE CAMPAÑA.....	68
5.10	ALBERGUES	71
5.11	SALUD MENTAL Y ATENCION PSICOSOCIAL	76
5.12	SISTEMA DE SUMINISTROS (SUMA)	81
VI.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES.....	85
VII.	ANEXOS.....	89
7.1	PROGRAMA	89
7.2	LISTA GENERAL DE PARTICIPANTES	93
7.3	GUIAS METODOLOGICAS	95

I. PRESENTACION

Por Dr. Horacio Toro Ocampo, Representante de OPS/OMS en El Salvador

II. NOTA DEL EDITOR

Por Dr. Jorge Jenkins, Asesor en Salud y Ambiente, OPS/OMS El Salvador

Coordinador del Taller y Editor

La historia de los desastres naturales enseña que con frecuencia las poblaciones olvidan las enseñanzas derivadas de las tragedias. A lo largo del istmo centroamericano se han sucedido importantes terremotos, inundaciones, sequías, tsunamis, deslizamientos, aluviones y otros fenómenos derivados de la tectónica regional, que, sin embargo, no encuentran registros de memoria traducidos en conductas apropiadas para minimizar las consecuencias de estos eventos, que como los terremotos, se suceden con inusitada frecuencia. Pareciera como si la respuesta histórica se orientara más bien a una resignación ante daños que podrían ser evitados.

Esta reflexión es la que ha inspirado el ejercicio de conducir un taller –en realidad, doce talleres dentro del sector salud-, que explorara en forma objetiva y crítica la actuación sanitaria durante la fase de emergencia que se derivó de los sismos del 13 de enero y 13 de febrero del presente año. Y decidimos realizarlo a poco menos de cinco meses del último de los eventos (4-6 de julio de 2001) porque la memoria de los damnificados y de los protagonistas de la respuesta estaba todavía fresca, y los registros de lo

actuado a la mano para poder extraer conclusiones de cara al futuro.

Conviene recordar que El Salvador había sufrido un gran terremoto en octubre de 1986. En su oportunidad se condujeron ejercicios similares al que realizamos ahora, pero nadie sabe dar referencias suficientes sobre cómo las enseñanzas de esa tragedia se aplicaron a la sucesión sísmica de enero y febrero de este año, o cuanto menos a los aspectos de la prevención, preparación, mitigación y reducción de la vulnerabilidad de los servicios de salud y de los servicios de agua y saneamiento. Es posible que de haber incorporado en forma más sistemática las experiencias pasadas al proceso de preparación ante nuevos eventos sísmicos se hubieran podido ahorrar vidas perdidas, dolor, sufrimiento y daños económicos.

Es indudable que en el periodo que media entre el terremoto de 1986 y los actuales, el sector salud realizó progresos notables en materia de prevención y preparación. Uno de ellos fue el establecimiento de una Unidad de Desastres dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), a través

de la cual se establecieron planes de emergencia sectoriales y locales, mejores mecanismos de coordinación interinstitucional, especialmente con el Comité de Emergencia Nacional (COEN), capacitaciones en atención médica de emergencia y el proceso de triage, simulacros de evacuación hospitalaria, y otras actividades más; todas éstas se probaron de mucha utilidad durante la respuesta a la emergencia, si bien las conclusiones de este Taller sugieren realizar algunas modificaciones para hacerlas más eficaces y eficientes al momento de ponerlas en práctica.

A pesar que toda preparación puede ser superada por la magnitud e intensidad de los fenómenos sísmicos, incluso en los países con mejores recursos y mejor preparación, debe insistirse en que estos aspectos, en todos sus ámbitos, constituyen la única vía para mitigar los efectos de los fenómenos de la naturaleza sobre las poblaciones humanas.

La Metodología del Taller

El Taller de Lecciones Aprendidas fue organizado alrededor de doce ejes temáticos, a saber:

- Atención médica de emergencia.
- Preparación y respuesta de los servicios de salud.
- Respuesta institucional y coordinación interinstitucional.
- Saneamiento ambiental I (agua, excretas, basuras y escombros).
- Saneamiento ambiental II (alimentos, zoonosis, vectores y vivienda saludable).
- Respuesta sanitaria internacional.

- Comunicación e información sanitaria en la emergencia.
- Vigilancia epidemiológica.
- Hospitales de campaña.
- Albergues.
- Salud mental y atención psicosocial.
- Sistema de suministros (SUMA).

Para cada uno de estos temas se preparó, con la participación de las contrapartes nacionales, una guía temática orientada a ordenar la discusión de los grupos de trabajo y hacer sus discusiones más productivas. Todas las guías tuvieron el mismo formato, con la intención de facilitar la labor de los moderadores y relatores, y de la edición de la Memoria que ahora se presenta. Cada guía contiene una introducción general al tema, los objetivos perseguidos, los subtemas a ser tratados (en virtud de que cada eje temático tiene infinidad de subtemas que podrían haberse sometido a examen), una serie de preguntas claves a ser respondidas por el grupo de discusión, y una matriz final que sintetiza para cada subtema las fortalezas y debilidades encontradas, y las lecciones aprendidas. Al final de esta publicación, como Anexo C, se presentan las guías temáticas.

Previamente al taller se seleccionaron los moderadores y relatores de cada eje temático. En esta selección se siguieron los criterios de conocimiento del tema, involucramiento durante la etapa de emergencia, y amplitud de organizaciones representadas. De esta forma, se tuvieron moderadores y relatores del COEN, MSPAS, PNUD, OPS, UNICEF, PMA, UCA, UNFPA.

El grupo de moderadores y relatores se reunió previamente al taller para examinar los aspectos metodológicos y examinar críticamente las guías propuestas, para mejorarlas.

Siendo el Taller de tres días los doce temas se desarrollaron en forma de tres sesiones simultáneas, tres el primer día, seis el segundo y tres el último (véase al programa en el Anexo A). Cada sesión tuvo una duración entre tres y cuatro horas, aunque algunos grupos excedieron ese tiempo. A fin de evitar desorden en la formación de los grupos durante la realización del Taller, los participantes fueron previamente asignados a cada eje temático donde debían participar conforme a su formación y experiencia. Aunque se dieron algunos cambios e incorporaciones de nuevas personas en los grupos, en general el orden se mantuvo y los participantes se organizaron conforme los listados. La inscripción del primer día registró un total de 229 participantes, el segundo día 175 y el tercero 180.

Sin ninguna duda, los resultados que ahora se presentan no pertenecen a ninguna organización en particular, y sí son propiedad de todos los participantes. Gracias a su compromiso autocrítico fue posible –y sólo de esta forma- arribar a las conclusiones y lecciones aprendidas que ahora se presentan a la sociedad salvadoreña, con el único

ánimo de que se incorporen al proceso institucional de preparación ante nuevos eventos de esta naturaleza y podamos así, reducir la magnitud de los daños humanos y materiales.

Una última consideración. El ejercicio de extraer enseñanzas de la actuación durante los sismos no termina con este evento. En realidad, las lecciones aprendidas deben obtenerse a través de un proceso sectorial que cada instancia debe continuar en forma permanente, incorporando otros momentos como son los de rehabilitación y reconstrucción. Y, además, no se trata de un mero procedimiento académico orientado sólo a engrosar bibliotecas, sino un proceso dinámico y permanente, propositivo y conjunto, del cual debe apropiarse la sociedad entera.

En este contexto el Taller de Lecciones Aprendidas es solamente un inicio.

Y esta Memoria una referencia necesaria en este proceso.....

El Salvador, 13 de Julio de 2001.

III. DISCURSOS DE INAUGURACIÓN

PALABRAS DE BIENVENIDA

Dr. Horacio Toro Ocampo,
Representante de OPS/OMS en El Salvador

Sean las primeras palabras portadoras del saludo cordial y afectuoso de las autoridades de la Organización Panamericana de la Salud, en especial de nuestro Director Dr. George Alleyne, del equipo regional del Programa Especial de Desastres y de la oficina de OPS, aquí en El Salvador.

Hoy iniciamos una de las jornadas más importantes en el campo de desastres naturales para el país y para la región, porque pretendemos como sociedad civil, como instituciones nacionales de gobierno y no gubernamentales y como de las agencias de cooperación bilateral y multilateral, hacer un recuento en retrospectiva de nuestra respuesta en la emergencia causado por los terremotos.

Esta es una evaluación que hacemos en conjunto, no con el ánimo de ser críticos para destruir personas o instituciones, al contrario, con base en las experiencias vividas, construir; para ello, debemos estar conscientes que hemos tenido muchas acciones exitosas, así como también hemos tenido, con seguridad, algunas debilidades que no nos han permitido ser más eficientes y oportunos.

Por eso es que como OPS, en coordinación con la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (EIRD) y las autoridades nacionales,

hemos creído copatrocinar este evento y traer la experiencia vivida por todos ustedes, de tal manera que en un momento de reflexión podamos contribuir a la construcción de mejores instituciones, mejores procesos de prevención, mitigación y respuesta, de tal manera que la próxima vez el país y su institucionalidad esté mejor preparada.

En este momento quiero hacer un reconocimiento a la gran labor y esfuerzo que hicieron las autoridades nacionales del Gobierno Central y su Gabinete; las autoridades municipales; los técnicos nacionales de las diferentes instituciones; el personal de las organizaciones no gubernamentales; el personal docente y alumnos de diferentes universidades del país; las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional Civil, así como la participación incansable de la comunidad en los momentos de crisis vivido por todos nosotros.

He sido testigo directo de la eficiente coordinación y trabajo de los organismos del Sistema de Naciones Unidas, de cooperación bilateral, Cruz Roja, Cruz Verde y otros cuerpos de voluntarios, quienes en un solo esfuerzo y con la única meta de servir al pueblo salvadoreño, trabajamos juntos para minimizar los daños y servir al país de la mejor manera.

Mi homenaje sincero a la institucionalidad nacional y a la cooperación internacional.

Sin embargo, estamos aquí no sólo para recordar lo bueno que hemos sido y lo exitoso que hemos parecido ser; sino, para que de una manera franca, sin prejuicios y sin miedo a la crítica, podamos identificar las debilidades, porque sí las hubo, y con base en ellas, podamos edificar mejores estructuras organizativas y procesos para prevenir los daños, ser más eficientes en los momentos de crisis y sobre todo, estar mejor preparados para interactuar como una sola institucionalidad en la respuesta.

El Salvador ha tenido una experiencia casi única en la región y el mundo, al haber sufrido dos terremotos en un mes, si no fueron tres, con el del 17 de Febrero.

Por eso estamos en la responsabilidad de ser críticos con nosotros mismos, porque debemos estar conscientes, Dios no lo quiera, que al estar en una región de alto riesgo, podemos tener otros desastres

naturales y por lo tanto debemos estar mejor preparados.

Esperamos que al término de estos días de reflexión, hallamos contribuido al desarrollo de una nueva cultura de prevención y preparación ante este tipo de acontecimientos, incorporando los conceptos de reducción de vulnerabilidades y acciones de mitigación.

Por lo tanto, exhortamos a un trabajo colaborativo y con una amplia participación por todos y cada uno de ustedes.

Muchas Gracias.

MENSAJE DEL DIRECTOR DE LA SECRETARIA DE NACIONES UNIDAS PARA LA ESTRATEGIA INTERNACIONAL DE REDUCCIÓN DE DESASTRES

Elina Palm

Representante de EIRD

Reciban un cordial saludo de parte de la Secretaría de Naciones Unidas para la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres (EIRD), coauspiciadora de este Taller de Lecciones Aprendidas de los Terremotos del 2001 en El Salvador. Deseamos agradecer la participación de todos Ustedes en esta actividad que ha sido organizada en colaboración con la OPS y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, con el valioso apoyo de otras agencias e instituciones que tienen interés en este tema.¹

El impacto de los desastres naturales está creciendo. Para cualquier observador es obvio que durante la década anterior se produjo un notable incremento en la incidencia de los desastres naturales, los cuales han causado dificultades y sufrimientos humanos indescriptibles en muchos países. En El Salvador, los devastadores terremotos que ocurrieron en el país a principios de este año, nos han hecho recordar, de una manera cruel, la necesidad urgente de tomar medidas preventivas, de considerable magnitud, relativas a los desastres naturales.

A pesar de que continuamos refiriéndonos a estos desastres como “naturales”, los mismos son en gran medida causados por la actividad humana. El aumento de la población, junto con los movimientos y desplazamientos de población en áreas propensas al peligro; el crecimiento descontrolado de los asentamientos humanos; la creciente emisión de dióxido de carbono y de otros gases con efecto invernadero; la deforestación y la desertificación; la erosión de los terrenos agrícolas debido a las prácticas inapropiadas de irrigación; y la destrucción de las zonas pecuarias por el pastoreo excesivo, son todos factores accionados por las actividades humanas y que están jugando un papel relevante en el incremento de la vulnerabilidad de las poblaciones involucradas frente a los desastres naturales.

Los riesgos naturales, por sí mismos, no conducen inevitablemente a los desastres. Por ejemplo, los terremotos por sí mismos no son la causa del alto número de muertes y damnificados, sino más bien las casas construidas inadecuadamente por la gente, con materiales inapropiados y en lugares inadecuados. Los desastres son el resultado del impacto adverso de tales riesgos en sistemas ecológicos, económicos y sociales vulnerables. En otras palabras, los desastres se pueden prevenir o limitar mediante acciones humanas conscientes, diseñadas para

¹ N. del E. El Taller de Lecciones Aprendidas de los Terremotos del 2001 en El Salvador, realizado en San Salvador, El Salvador, del 4 al 6 de julio del 2001, fue organizado conjuntamente con la EIRD y el MSPAS. Esta memoria solamente recoge las conclusiones de los grupos de trabajo relativos al Sector Salud en los que OPS actuó como Secretaría Técnica.

reducir la vulnerabilidad. El reconocimiento de este hecho fue lo que impulsó el importante cambio conceptual -del tradicional énfasis en la respuesta ante el desastre, a la reducción del mismo-, reflejado en la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres (EIRD), la cual se basa en la promoción de una "cultura de prevención" global.

El mandato de la EIRD es trabajar con una amplia gama de grupos representativos de todos sectores, para promover la reducción de los desastres.

Al respecto, la Secretaría de la EIRD procura introducir una perspectiva multidisciplinaria y sectorial al complementar la labor de varias organizaciones y agencias en sus áreas de competencia. Es por este motivo que estamos ofreciendo este espacio para otros sectores que junto con el de salud permite obtener un panorama más integral de la situación de El Salvador después de los terremotos. Efectivamente, una de las principales tareas de la Secretaría es asegurar el desarrollo de una sinergia apropiada entre las estrategias para la reducción de los desastres y las establecidas en los campos ambiental, socioeconómico y humanitario por otras organizaciones nacionales, regionales e internacionales.

Quisiera aprovechar este momento para agradecer el apoyo y esfuerzo de diferentes agencias e instituciones quienes colaboraron en la organización de las mesas en este taller sobre los temas de

Educación y Asentamientos Humanos, tales como el Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano, UNICEF, PNUD y OEA. La importancia de estos temas es obvia.

La educación es esencial para inculcar la cultura de prevención y desarrollar en los niños, desde la más temprana edad, las capacidades técnicas, gerenciales y de liderazgo necesarias para formarlos como tomadores de decisiones del futuro en este tema. Por eso es importante que el tema de prevención de desastres tome un papel importante tanto dentro de la curricula escolar, como en la construcción de las escuelas. El tema de asentamientos humanos también merece un análisis más profundo ya que son ellos los que más se afectan durante los terremotos y otros desastres naturales.

Les deseo una discusión y deliberaciones muy provechosas en este taller.

Muchas gracias.

Mensaje del Sr. Sálvano Briceño, Director, Secretaría de Naciones Unidas para la EIRD, durante la apertura del Taller de Lecciones Aprendidas de los Terremotos de El Salvador de 2001.

PALABRAS DE INAUGURACIÓN

Dr. José Francisco López Beltrán

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

El 13 de Enero del año 2001 será una fecha imborrable para todos los salvadoreños y para la historia de nuestro país, eran alrededor de las once y treinta de la mañana cuando un tremendo terremoto azotó a nuestro país. Este terremoto ocasionó grandes pérdidas de vidas humanas a la par de pérdidas económicas, y exactamente un mes después, el día trece de febrero alrededor de las ocho y treinta de la mañana, nuevamente fuimos sacudidos por un segundo terremoto que vino a destruir lo que no había terminado de destruir el primero.

Ante tal situación, el Sistema Nacional de Emergencia respondió rápidamente, trabajando en equipo para minimizar la cantidad de víctimas, dándose prioridad a la atención oportuna de la población afectada; la coordinación establecida entre las distintas instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, Fuerzas Armadas, empresas privadas, y organismos de cooperación fue de una ayuda importante para el desarrollo de estos procesos de atención a la población afectada.

Permítanme reconocer al Dr. Horacio Toro y a su equipo de OPS, que inmediatamente después de la catástrofe, subieron a un helicóptero para estar presentes en los lugares donde más se necesitaba, y tener así una evaluación de la magnitud de los daños provocados por el sismo a nivel nacional.

Las acciones de preparativos para las emergencias fueron esenciales para la pronta activación de los planes, para la operación y evaluación de daños, atención de la población en albergues existentes, iniciar acciones de rehabilitación y administración de los recursos donados por la comunidad nacional e internacional, facilitando el control, distribución y entrega de insumos durante la emergencia en todo el país.

Esta dolorosa experiencia permitió que todos los salvadoreños, ante la situación de incertidumbre y pánico, en pocos minutos estuvieron presentes para realizar los máximos esfuerzos de ayuda a los más afectados; hay que destacar que nadie quedó excluido en esta catástrofe.

En lo que respecta al Sector Salud es necesario mencionar que del total de 617 establecimientos de salud, 157 fueron afectados de manera directa por los sismos. A pesar de tal situación, se continuó dando atención médica aún sin contar con las perfectas condiciones para ofrecer dichos servicios. En otros lugares se instalaron de inmediato hospitales de campaña y se hizo un despliegue de los equipos de salud en los albergues, donde se refugiaron los afectados por el terremoto.

En estos albergues, se establecieron puestos de salud para atender a la población y hacer visitas

domiciliarias a cada tienda para detectar signos y síntomas sobre cualquier enfermedad en las personas, y de esta manera evitar la proliferación de cualquier posible epidemia. Al mismo tiempo, se aprovecharon estas visitas para llevar mensajes educativos sobre medidas higiénicas y de prevención de todo tipo de enfermedades.

Debido al apoyo decidido de los miembros e instituciones del Sector Salud, podemos decir que no contamos con ningún caso de Cólera, ni hubo rebrote de dengue, y se controlaron las enfermedades tan comunes en este tipo de catástrofes.

En los sitios donde se tuvo obstrucción de carreteras por deslizamientos de tierra y piedras, se estableció un puente aéreo para trasladar a las personas lesionadas de mayor gravedad hasta el Hospital Militar, que está localizado en la capital. En esta institución se estableció un puente terrestre para distribuir a los lesionados a los hospitales periféricos del área metropolitana de San Salvador. Cada sector de nuestro país hizo lo que le correspondía hacer.

Debido a los sucesos anteriores, es de importancia en este Taller revisar las experiencias y lecciones aprendidas en la operación de los planes de trabajo realizados conjuntamente por diferentes instituciones,

señalar las fortalezas y debilidades de este trabajo, y concluir con el planteamiento de recomendaciones encaminadas a desarrollar acciones conjuntas de carácter permanente, más efectivas, que permitan disminuir la vulnerabilidad ante otros desastres.

Quiero hacer una mención especial al Dr. Jorge Jenkins, Asesor de Salud Ambiental de OPS en El Salvador, por su papel fundamental en la producción de un trabajo excepcional que estará en manos de ustedes; me refiero al documento "Terremoto Físico y Social en El Salvador", que ha sido publicado por la OPS de El Salvador.

Esta mañana, en representación del Señor Presidente la República, Licenciado Francisco Flores, declaro oficialmente inaugurado este "Taller de Lecciones Aprendidas de los Terremotos del 2001 en El Salvador".

Gracias por su atención, y que Dios los bendiga a todos.

IV. CONFERENCIAS INTRODUCTORIAS

4.1 MANEJO GERENCIAL DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA

Dr. Horacio Toro Ocampo

Representante de OPS/OMS en El Salvador

Esta conferencia trata cómo la OPS en El Salvador hizo el manejo gerencial de la cooperación técnica, con el objetivo de proporcionar una respuesta sobre la base de las necesidades que surgieron en el país durante y después de los terremotos de enero y febrero del presente año.

La primera respuesta inmediata de la oficina de OPS en El Salvador fue la de establecer un contacto directo con todo su personal a través de diversos medios de comunicación y visitas casa por casa a funcionarios. Luego se estableció una comunicación con la Dirección, Subdirección y el Programa Especial de Desastres (PED) de OPS en Washington D.C. La primera lección que aprendimos de esta respuesta es que debemos tener un sistema de comunicación más moderno que el correo electrónico, fax y teléfono; nos referimos a un teléfono satelital, que fue lo único que pudimos utilizar después de 12 horas del primer sismo para entrar en contacto con nuestra sede central, gracias al aporte del PNUD y UNICEF como parte de la comunicación con todo el Sistema de Naciones Unidas en El Salvador.

Posterior a la comunicación, en OPS se definieron y se organizaron las acciones inmediatas a realizar. Esto permitió en la oficina una división de trabajo

como parte de una respuesta de acuerdo a las necesidades en ese momento; al mismo tiempo se estableció contacto con las autoridades nacionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Asociación Nacional de Acueductos y Alcantarillados, Cancillería, Comité de Emergencia Nacional y Comité Nacional de Solidaridad.

El manejo de la cooperación en caso de desastres es compleja, ya que se pone en funcionamiento una cadena de cooperación desde la sede de OPS en Washington, donde participan el Director, la Subdirectora y el Programa Especial de Desastres (PED); este último moviliza su equipo subregional PED localizado en Costa Rica en vista de inmediatez y prontitud. Al nivel de país el equipo de OPS está constituido por el Representante, los coordinadores de las áreas administrativas y técnicas. Lo más trascendental en este nivel es el trabajo de cooperación directa que se hace con las diferentes contrapartes nacionales e internacionales.

La cooperación de OPS se organizó inmediatamente en 6 líneas de trabajo esenciales, y en cada una de ellas se realizaron diversas actividades:



Servicios de salud

- Análisis de vulnerabilidad estructural de hospitales y unidades de salud.
- Análisis de vulnerabilidad funcional de la respuesta institucional.
- Apoyo a la habilitación del 60% de las 2000 camas que quedaron inhabilitadas.
- Diagnóstico de riesgos inmediatos e identificación de daños mayores en elevadores, cuartos fríos, oxígeno, equipos eléctricos, quirófanos, partos, etc.
- Manejo de emergencias traumatológicas y ortopédicas.
- Movilización de medicamentos y equipos.
- Atención médica en albergues y refugios.

Vigilancia epidemiológica

- Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica del: Dengue, Cólera, Leptospira, Shigelosis, Salmonelosis,

Enfermedades Diarreicas y Respiratorias Agudas.

- Acciones de Información, Educación y Comunicación en población de municipios afectados y albergues.
- Asegurar el funcionamiento de los laboratorios de salud para el control de enfermedades.
- Control de campo en albergues y refugios.
- Capacitación y contrato de 400 promotores para ejercer visitas educativas casa por casa.
- Elaboración de guías operativas para orientar las actividades epidemiológicas en el Sector Salud.

Seguridad alimentaria nutricional

- Vigilancia y control alimentario-nutricional en albergues.
- Vigilancia de enfermedades transmitidas por alimentos.
- Creación del Comité de Alimentación y Nutrición.
- Organización de grupos de cocina comunitaria.

- Monitoreo de problemas nutricionales.
- Educación alimentario-nutricional.
- Control del manejo de alimentos y vigilancia de alimentos preparados fuera de los albergues.

Salud mental

- Establecimiento del Equipo Técnico de Salud Mental (ETESAM).
- Elaboración del Plan de Acción en Salud Mental.
- Capacitación de equipos de salud mental (800 técnicos)
- Manejo de 17 equipos de campo constituidos por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.
- Asistencia a personal institucional de rescate, atención médica, escuelas y albergues.
- Asistencia en salud mental a población de albergues y comunidades.

Agua y saneamiento

- Evaluación de vulnerabilidad de sistemas de agua en el ámbito comunitario y en albergues.
- Instalación de burbujas, pipas y tanques de almacenamiento de agua.
- Perforación de pozos manuales e instalación de plantas purificadoras de agua portátiles.
- Producción y distribución de PURIAGUA en comunidades y albergues.
- Letrinización y manejo de aguas residuales en albergues.
- Disponibilidad de equipo de manejo de desechos sólidos en albergues y municipios.
- Construcción y entrega de viviendas saludables (VIVISAL) a familias con viviendas destruidas.

Sala de situación

- Organización de salas de situación para la generación de información: sismología, vulnerabilidad institucional, vulnerabilidad de sistemas de abastecimiento de agua y situación epidemiológica.

- Identificación de mapas institucionales de riesgo.
- Registro y control de acciones de cooperación.
- Coordinación y retroalimentación con otras agencias del Sistema de Naciones Unidas y Bilaterales.

Otras líneas de acción que se realizaron en la cooperación de OPS conjuntamente con contrapartes nacionales e internacionales y que marcharon de manera exitosa fueron:

SUMA

- Manejo de Suministros: en Aeropuerto de Comalapa, Feria Internacional y en 3 almacenes.
- Información a donantes y embajadas.
- Información a instituciones nacionales: Cancillería, MSPAS y Ministerio de Hacienda.
- Información al Sistema de Naciones Unidas.
- Capacitación a instituciones nacionales: Fuerzas Armadas, Cruz Roja y COEN.

Vivienda saludable

Es un prototipo de vivienda saludable de OPS para el sector rural, denominado "VIVISAL", cuyas características son:

- Bajo costo y posibilidad de autoconstrucción en el ámbito rural.
- Mejores condiciones de saneamiento básico en la vivienda rural (módulo sanitario).
- Incorpora servicios básicos de agua, letrina, baño, lavadero, lavamanos y cocina tipo LORENA o CHEFINA.
- Promueve la educación sanitaria de los moradores.
- Se ubica en un entorno seguro y saludable, y su construcción es de bajo riesgo sísmico.
- Permite el control de vectores y permite tener una comunidad saludable.
- Se acompaña de procesos de vigilancia alimentario-nutricional.
- Significa la concreción de un nuevo concepto para el cambio de la vivienda rural, con mayor dignidad para sus moradores.

Con respecto a la cooperación financiera, el total de la inversión fue de US\$1.500.123, gracias al apoyo

del Programa Especial de Desastres (PED) de la oficina central y de países donantes, tales como: Italia, Gran Bretaña, Noruega, Canadá y Suecia.

De igual manera se movilizaron 41 asesores técnicos de OPS durante las dos primeras semanas del desastre. Estos recursos se distribuyeron de acuerdo a las siguientes áreas de cooperación:

RECURSOS MOVILIZADOS	CANTIDAD
Gerencia de Desastres	6
Salud Ambiental	6
Vulnerabilidad Institucional	6
SUMA	4
Información (Sala de Situación)	2
Comunicación	3
Medicamentos	5
Salud Mental	2
Alimentos	3
Epidemiología	3
TOTAL	41

4.2 ASPECTOS GEOFÍSICOS E IMPACTO DE LOS TERREMOTOS DE INICIOS DEL 2001 EN EL SALVADOR

Ing. Manuel Roberto Díaz Flores

Centro Investigaciones Geotécnicas de El Salvador

El Centro de Investigaciones Geotécnicas (CIG) de El Salvador es una dependencia del Ministerio de Obras Públicas (MOP), actualmente esta Secretaría de Estado ha priorizado la reorganización del CIG para la creación de una nueva instancia moderna que tenga a cargo la vigilancia de todos los fenómenos relacionados con la tierra y que continúe brindando el apoyo técnico al MOP.

- Realizar pruebas de laboratorio para verificar las condiciones y calidad de materiales de construcción, suelos y pavimentos.
- Proporcionar apoyo técnico al Comité de Emergencia Nacional en lo concerniente a sismología, vulcanología, deslizamientos de tierra y evaluación de daños en estructuras.

Las principales actividades que desarrolla el CIG son:

- Proporcionar soporte técnico a los proyectos que el MOP desarrolla en el ámbito nacional, principalmente en el área de verificación de calidad de las obras de carreteras, puentes y otras.
- Monitorear la actividad sísmica y ejercer vigilancia volcánica.

Fuente de sismicidad en Centroamérica

Al hablar de fuentes de sismicidad en El Salvador, es necesario referirse a las fuentes de la región centroamericana, entre éstas se pueden mencionar a las siguientes:

- 1 *Zona o Cadena de Subducción:* la cual se encuentra aproximadamente entre 100 y 55 kilómetros fuera de nuestra costa. Ej. Terremoto del 13 de enero de 2001.



- 2 *Cadena Volcánica*: en ésta el magma cuando va ascendiendo a la superficie es capaz de producir cierta cantidad de sismos perceptibles en las áreas vecinas a este fenómeno. Ej. Terremoto de 1917 por la erupción del Volcán de San Salvador.

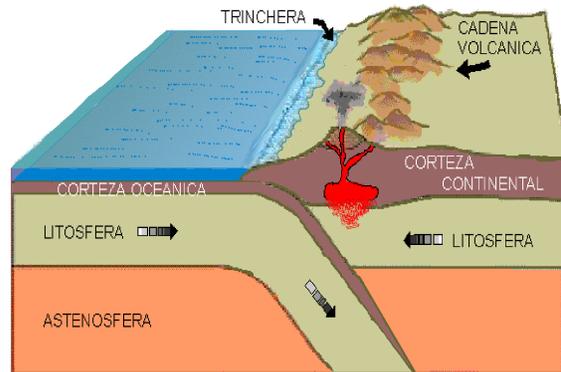
- 3 *Fallas locales*: que están extendidas a lo largo y ancho de El Salvador, y son producto de la fricción en la zona de subducción y de la cadena volcánica. Estas fallas que ocasionalmente se mueven entre sí, son capaces de producir sismos localizados. Ej. Terremoto de 1965 en San Salvador y terremoto del 13 de febrero del 2001.

- 4 *Falla de Motagua*: que se da por la colisión de la placa de Norteamérica y la placa del Caribe. Ej. Terremoto de 1976 en Guatemala.

Cadena de Subducción

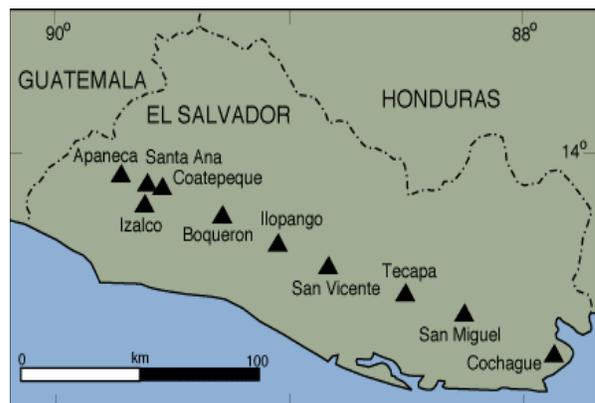
Con respecto a la Zona de Subducción y el fenómeno que se origina en ésta, consiste en el choque de la Placa de Cocos y la Placa de Caribe. Es tan intenso este encuentro, que la Placa de Cocos se introduce debajo de la Placa del Caribe y se incorpora a las profundidades de la tierra junto con su material de composición, denominada Corteza Oceánica, la cual tiene aproximadamente 10 kilómetros de grosor y está compuesta de materia muy densa de origen volcánico, este fenómeno de penetración alimenta a la corteza terrestre y el magma asciende a la superficie generando una cadena volcánica; por otro lado, la Corteza Continental tiene de espesor aproximadamente 40 kilómetros y está compuesta

por material menos denso, de composición granítica. El frotamiento entre ambas placas hace que se generen esfuerzos de gran magnitud y que cuando estos vencen la resistencia de la roca, ésta se rompe abruptamente generando sismos.



Cadena Volcánica

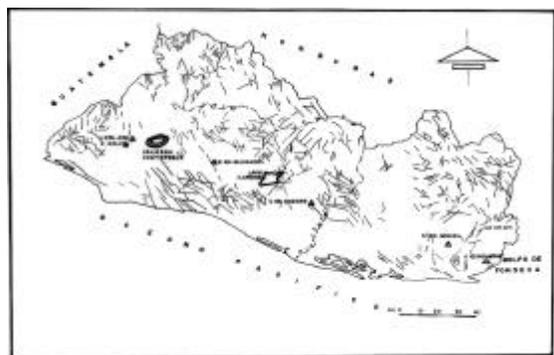
La Cadena Volcánica se considera como la segunda fuente de sismicidad en el país, partiendo desde la zona occidental a la oriental podemos encontrar la Cadena Volcánica joven que está constituida por 10 volcanes, entre ellos: Apaneca, Santa Ana, Coatepeque (Lago), Izalco (volcán más joven del país), San Salvador (Boquerón), Ilopango (Lago), San Vicente, Tecapa, San Miguel y Conchagua. Esta cadena volcánica divide a El Salvador en forma horizontal en dos secciones (Norte y Sur).



De igual manera existe una Cadena Volcánica vieja que está ubicada en la parte norte del país; entre sus volcanes se mencionan a Guazapa en el norte de San Salvador, Sihuatepec en la región paracentral y al norte de la Presa 15 de Septiembre, y en la región oriental está Cacaotique. El grado de extinción de estos últimos volcanes es tan grande que la erosión ha destruido sus cráteres.

Fallas locales

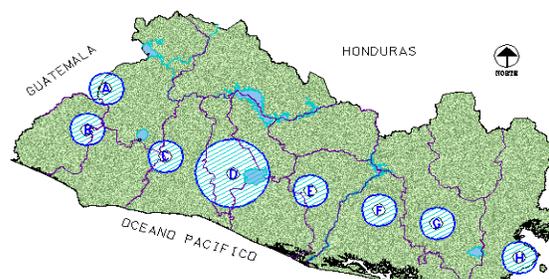
Con respecto a las fallas locales del país, los estudios que se han realizado a finales de los años 70 indican que la mayor cantidad de fallas activas están con orientación Norte, Noroeste, Sur y Sureste. De igual manera existen otros tipos de fallas con otras orientaciones, unas que atraviesan perpendicularmente al país y otras de Norte a Sur.



Una peculiar característica de los sismos generados por fallas locales es que son pocos profundos, por lo general andan en profundidades aproximadas de 10 kilómetros, no así los sismos de la Zona de Subducción que andan en profundidades de 50, 80 y 100 kilómetros aproximadamente.

Las zonas comúnmente afectadas por sismos locales o enjambres sísmicos de occidente a oriente del país

están ubicadas en Candelaria de la Frontera, Atiquizaya/Chalchuapa, Sacacoyo, Área Metropolitana de San Salvador, San Vicente, Berlín, Volcán de San Miguel, Volcán de Conchagua y la zona de las islas de Meanguera.



Comportamiento de la actividad sísmica en El Salvador

La alta sismicidad a que está sometido el país se evidencia a través de los siguientes registros históricos:

- 19 de junio de 1917: Erupción del volcán de San Salvador en forma de flujo de lava a través del flanco noroeste. Esta erupción fue precedida por un fuerte terremoto (magnitud 6.5 en la escala de Richter).
- 6 y 7 de mayo de 1951: Tres sismos afectaron Jucuapa y Chinameca. Las magnitudes oscilaron entre 5.8 y 6.2 en la escala de Richter. Las profundidades focales fueron estimadas en 10 Km. Murieron más de 400 personas.

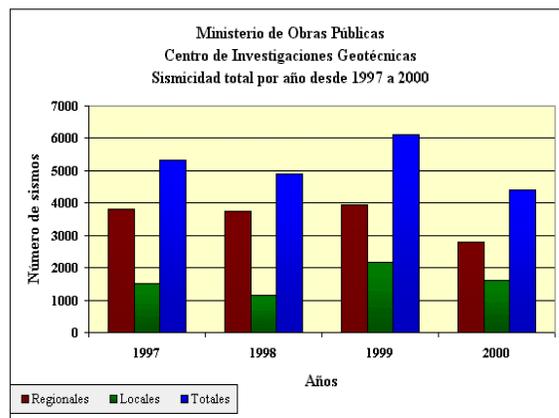
- 3 de Mayo de 1965: La ciudad de San Salvador fue afectada por un terremoto de magnitud 6.0 en la escala de Richter. El epicentro fue localizado en la ciudad de San Salvador. La profundidad fue de 10 Km y la intensidad fue de VII MM en San Salvador. El terremoto dejó 125 muertos, 400 heridos y 400 casas destruidas.

- 10 de octubre de 1986: Un terremoto destruyó San Salvador, dejando 1500 muertos, 10,000 heridos y 200,000 damnificados. La magnitud fue de 5.4 en la escala de Richter. El epicentro fue localizado en Salvador. La profundidad fue de 8 Km. La Intensidad en San Salvador fue VIII-IX MM.

- Marzo y Abril de 1999: La ciudad de San Vicente fue afectada por 940 sismos de moderada magnitud y foco superficial.

- Recientemente los terremotos de: 13 de enero de 2001, 13 de febrero de 2001 y 17 de febrero de 2001.

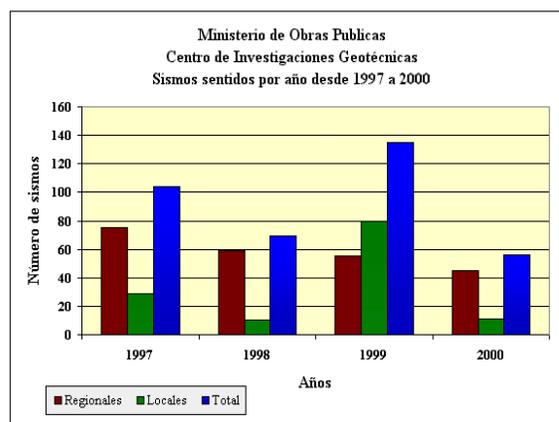
El aporte a la sismicidad total (más del 50%) lo proporcionan los sismos regionales que provienen del Océano Pacífico o de la zona de subducción, y en menor proporción los sismos locales que se generan dentro del territorio.



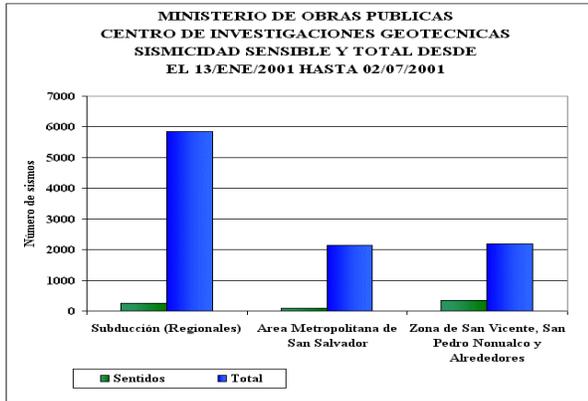
El siguiente gráfico muestra la sismicidad sentida por año desde 1997 hasta el 2000. Se evidencia que para 1997 la cantidad total de sismos es de 100, en 1998 es aproximadamente 70, 130 para 1999 y 55 para el 2000. En promedio los sismos sentidos para este período es de 90 sismos anuales, aproximadamente 8 sismos sentidos por mes; es decir 2 sismos por semana. El aporte a la sismicidad sentida, al igual que a la sismicidad total lo proporcionan los sismos regionales que provienen de la zona de subducción.

Sismicidad en el 2001

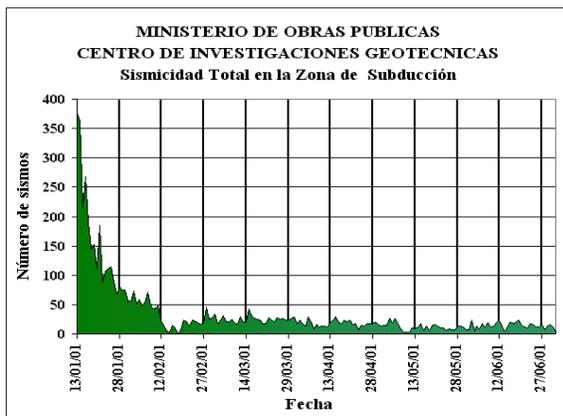
El gráfico muestra la sismicidad total por año (sensible más la registrada por instrumentos) desde 1997 hasta el 2000. Se evidencia que para 1997 la cantidad total de sismos sobrepasó los 5000, en 1999 tiene un aproximado de 6000 y en el 2000 se encuentra por debajo de 5000. En promedio, la sismicidad total en este período es de 5000 sismos.



El presente gráfico muestra el comportamiento de la sismicidad sensible y total durante el período del 13 de enero de 2000 hasta el 2 de julio de 2000 en las zonas de subducción, Área Metropolitana de San Salvador y San Vicente, donde se han tenido un total de 10,219 sismos, de los cuales 701 han sido sensibles.

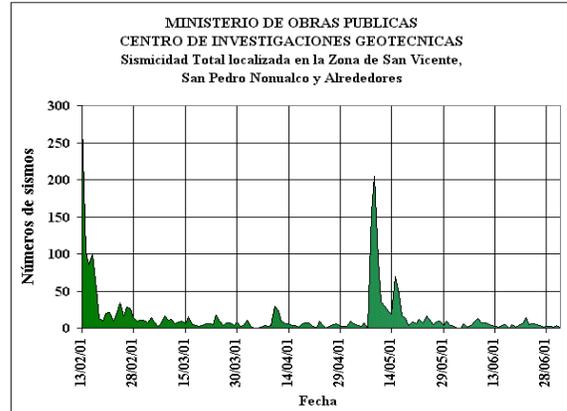


En la zona de subducción durante los primeros días después del 13 de enero se tuvieron alrededor de 350 sismos diarios. La sismicidad disminuyó en dicha zona cuando ocurrió el sismo del 13 de febrero y comenzó la actividad en San Vicente y regiones aledañas.

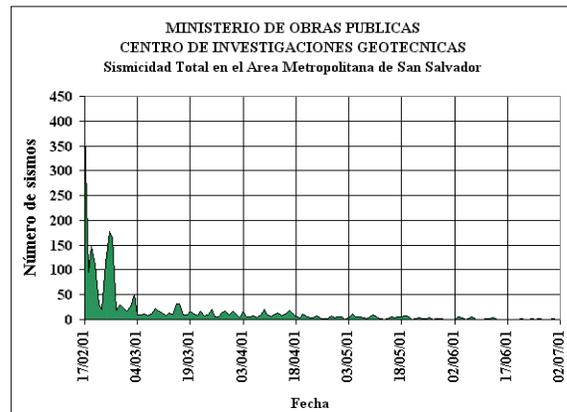


En esta zona se produjeron aproximadamente 250 sismos diarios después del 13 de febrero, que

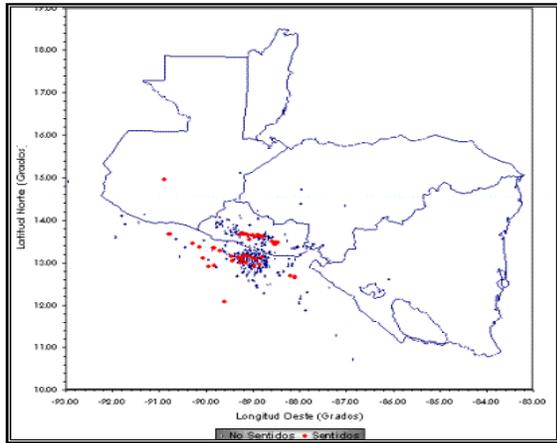
paulatinamente fueron disminuyendo. En mayo se tiene un nuevo incremento de la sismicidad, con 200 sismos por día.



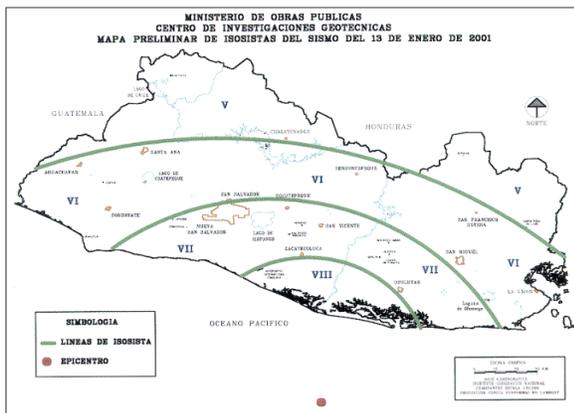
Con respecto a la sismicidad en el Área Metropolitana de San Salvador tenemos la gráfica siguiente que indica que ésta inicia con el sismo del sábado 17 de febrero de 2001 y en sus primeros días se tienen 150 sismos diarios, que con el transcurso del tiempo han ido disminuyendo.



La siguiente gráfica es representativa de la sismicidad de El Salvador, donde se evidencian las fuentes de sismicidad de la Zona de Subducción, Cadena Volcánica, Zona Metropolitana de San Salvador, San Vicente y alrededores.

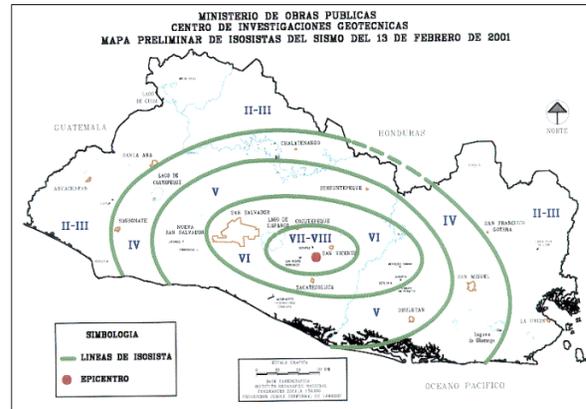


De acuerdo a los mapas de isosistas, podemos evaluar el nivel de daños de un sismo conforme éste se propaga a partir del epicentro. En el terremoto del 13 de enero de 2001 la intensidad fue mayor (VIII Mercalli modificada) en la zona de Costa del Sol y Jiquilisco, mientras que en San Salvador y Santa Tecla fue de VII, y en el norte de El Salvador fue de V.



El terremoto del 13 de febrero tuvo un comportamiento de propagación radial a partir del epicentro ubicado entre el Departamento de la Paz y San Vicente. En estos lugares la intensidad del sismo

fue de VII y VIII, mientras que en San Salvador fue de VI.



Queremos concluir que los terremotos del 2001 han cambiado totalmente el panorama geográfico de nuestro país y lo han hecho más vulnerable. La cadena montañosa y volcánica que atraviesa El Salvador tiene fracturas y deslizamientos, ejemplos de ellos podemos mencionar a Juayúa, Cordillera del Bálsamo, Curva de La Leona, Zona del Río Jiboa, Carretera a Comalapa.

A partir de estas lecciones que la naturaleza nos ha dado, podemos recomendar lo siguiente:

1. Promover el conocimiento de los sismos y los volcanes, así como sus efectos.
2. Identificar riesgos y vulnerabilidades geográficas.
3. Mejorar las técnicas de diseño y construcción sismo-resistentes.
4. Estimular prácticas de planeamiento para disminuir el riesgo.

4.3 IMPACTO ECONOMICO, SOCIAL Y AMBIENTAL DE LOS TERREMOTOS EN EL SALVADOR

Dr. Roberto Jovel

Evaluación de CEPAL

La siguiente conferencia trata sobre la evaluación hecha por CEPAL posterior a los terremotos del 2001 en El Salvador. La metodología que tiene esta institución tiene las siguientes características:

- Permite valorar, en términos monetarios, el impacto de un desastre sobre la sociedad, la economía y el medio ambiente.
- Ha sido desarrollada a lo largo de los últimos 30 años, analizándose con ella los principales desastres naturales y antrópicos ocurridos en América Latina y el Caribe.
- Los países afectados utilizan su resultado para solicitar cooperación para la reconstrucción, y la comunidad internacional lo usa para definir y orientar su ayuda.
- Permite evaluar de forma sistemática todos y cada uno de los sectores afectados, con el fin de obtener resultados comparables entre sí.
- También permite identificar aquellas zonas geográficas que resultaron más afectadas y que requieren de acción prioritaria para la reconstrucción.

- Permite identificar y cuantificar los daños directos (sobre los acervos u obra física) y los daños indirectos (sobre los flujos económicos y macroeconómicos).

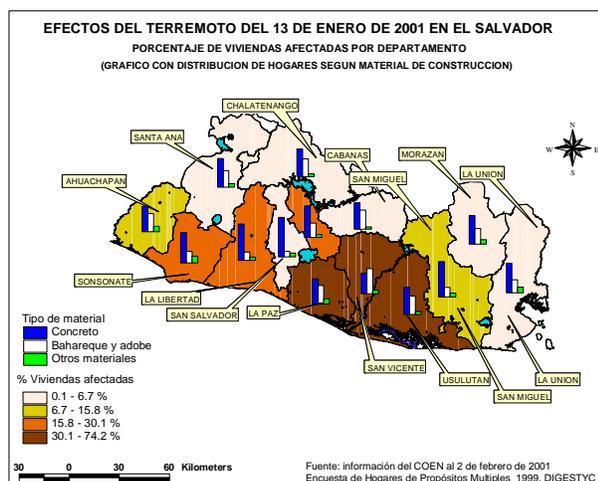
Sectores sociales afectados por los sismos del 2001

La población que fue afectada por los sismos ascendió a un total 1,412,938, lo que representa el 22% de la población del país, teniéndose 967 muertos y desaparecidos, 8122 heridos y 87,500 personas alojadas en albergues temporales.

Con respecto a las viviendas hubo 334,866 viviendas afectadas en grado diverso (185,338 viviendas dañadas y 149,528 unidades destruidas), cerca del 24% del total. El daño se suma al déficit pre-desastre que se tenía de 555,600 viviendas (un 90% de lo cual era del tipo cualitativo).

El mapa siguiente muestra que las casas mayormente afectadas eran las que estaban construidas de concreto, y en menor proporción fueron las de bahareque, adobe y las hechas con otro tipo de materiales. Esto quiere decir que existe una combinación de diversos factores que influyen en el daño a la vivienda, entre éstos están el diseño de

construcción, la calidad de los materiales, la naturaleza de suelo y la ubicación de la vivienda.



De igual manera se evidencia que los departamentos con mayores daños en las viviendas están ubicadas en los Departamentos de La Paz, San Vicente y Usulután; con daños intermedios están Sonsonate, La Libertad y Cuscatlán, y los que tuvieron daños menores fueron Ahuachapán y San Miguel.

El Sector Salud fue afectado por los sismos de enero y febrero de 2001, teniéndose 26 hospitales destruidos o dañados (el 86% de la capacidad nacional) y 131 unidades de salud afectadas (42% del total del país). Lo que se destacó en este Sector fue que a pesar de su grado de afectación se proporcionó una respuesta inmediata en salud y se desarrollaron diversas actividades preventivas que evitaron la ocurrencia de epidemias o nuevas enfermedades en las comunidades y albergues.

Otro sector afectado fue el de Educación y Cultura donde se tuvo daños importantes en infraestructura, mobiliario y capital histórico. Entre éstos se pueden

mencionar que hubo 397 planteles educativos afectados (7% del total nacional), 7 centros deportivos dañados, centros culturales destruidos, y más de 120 iglesias destruidas o dañadas.

De la misma manera en que se afectaron los sectores sociales de Población, Vivienda y Asentamientos Humanos, Salud, Educación y Cultura, también se afectaron los sectores productivos (Agricultura, Ganadería, Pesca, Industria, Comercio y Servicios), donde hubo daños considerables con repercusiones en la economía nacional.

Los daños de infraestructura fueron en la red de electricidad urbana, interurbana y rural. De igual manera, se tuvo daños en las fuentes y red de abastecimiento de agua potable, donde hubo que restablecer el servicio inmediatamente a través cisternas y cámaras portátiles de agua, con un alto costo indirecto para las empresas de agua (ANDA, alcaldías y privados).



Los daños en el transporte y comunicaciones fueron considerables, debido a la interrupción de la Carretera Panamericana en Los Chorros y en la curva

La Leona, que afectó el tráfico y comercio nacional e internacional, con el consecuente incremento de costos debido a los recorridos alternos que resultaron prolongados en distancia y tiempo para el Sector Transporte.

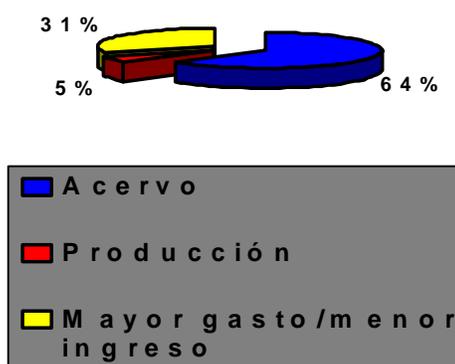
Los daños al medio ambiente incrementaron la vulnerabilidad y los riesgos en las cadenas montañosas de El Salvador. Podemos mencionar diversos deslizamientos y derrumbes que se produjeron con los terremotos, entre éstos los que rellenaron el cauce del Río Jiboa y los que ocurrieron en la Cordillera del Bálsamo; de igual manera existen fracturas de suelos y grietas profundas en zonas de asentamientos humanos de los Departamento de San Vicente y La Paz que continúan avanzando y ponen en riesgo a los habitantes que viven en sus orillas.



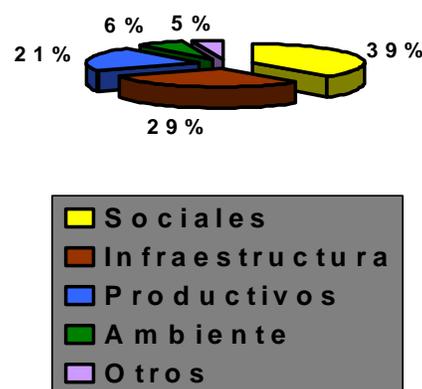
Estimación económica de los daños causados por los terremotos del 2001

Al hacer un recuento económico de los daños y pérdidas ocasionadas por los dos terremotos encontramos que éstos ascienden a US\$ 1,604 millones. Los perjuicios económicos se distribuyen de la siguiente manera: 2/3 partes (64%) de daños a los

acervos, daños menores en producción (5%) y daños económicos importantes (31%) debido al incremento de los gastos (para atender la emergencia y realizar acciones de rehabilitación inmediata) y la consecuente disminución de ingresos en diferentes sectores productivos del país como el Agrícola, Comercial, Industrial y de Servicios.



Al hacer la distribución de los daños encontramos que del monto total de US\$ 1,604 millones, dos terceras partes del daño se produjeron sobre bienes de propiedad privada. La distribución del daño total por grandes sectores, fue de la siguiente manera: Sectores Sociales 39%, Infraestructura 29%, Productivos 21%, Ambiente 6%, y otros Sectores 5%.



En la siguiente tabla podemos apreciar los daños (directos, indirectos y total) por cada Sector o Subsector en millones de dólares (US\$). Con respecto a los daños directos sobresale el Sector Social con el Subsector Vivienda con daños directos de US\$ 250 millones sobre un total de US\$ 939 millones, lo cual es debido al gran número de viviendas afectadas por los terremotos.

Sector y subsector	Daño directo	Daño indirecto	Daño total
Sociales	496	120	617
Educación y cultura	190	20	211
Salud	56	16	72
Vivienda	250	84	334
Infraestructura	97	375	472
Electricidad	3	13	16
Agua y saneamiento	19	4	23
Transporte	75	358	433
Productivos	244	96	339
Agricultura y pesca	39	55	93
Industria, comercio, servicios	205	41	246
Medio ambiente	102	1	103
Otros daños	-	73	73
Totales	939	665	1,604

Los otros daños de consideración son los que ocurrieron en la infraestructura y maquinaria del Sector Productivo, específicamente el Subsector de Industria, Comercio y Servicios con daños directos de US\$ 205 millones; luego se encuentra el Sector Medio Ambiente, con US\$ 102 millones y Transporte con US\$ 75 millones.

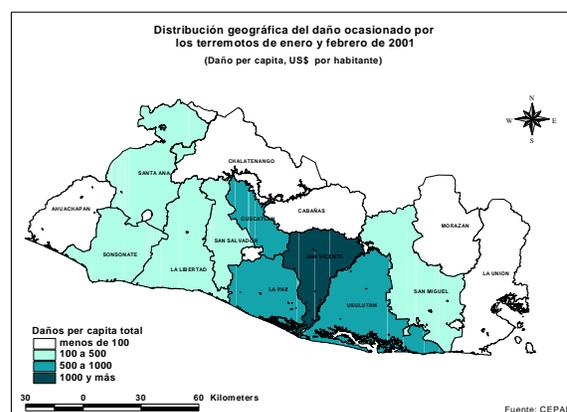
Al considerar los daños indirectos encontramos que el Sector Transporte fue el mayormente afectado (US\$ 358 millones), debido a los desvíos en la carreteras por obstáculos de tierra y deterioro de las mismas. Esto ocasionó una extensión de los gastos en combustibles, lubricantes, llantas y un mayor

deterioro del vehículo automotor, el cual tiene un costo.

Magnitud económica de los daños del terremoto

La magnitud económica de las pérdidas y daños ocasionados por los terremotos del 2001 y que ascienden a US\$ 1,604 millones para la economía salvadoreña, significa la producción de bienes y servicios durante un mes, o sea, el monto total del daño equivale a 12% del PIB. Es el equivalente también a las 4 décimas partes (40%) de las exportaciones del país. Las pérdidas de acervo (obras físicas) equivalen a 42% de la tasa anual de formación bruta de capital fijo, o es el equivalente a cuatro veces el PIB del Sector de la Construcción.

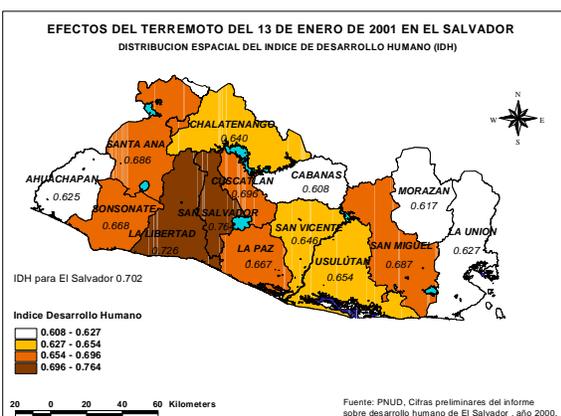
Si bien la magnitud al nivel nacional es elevada, no revela la verdadera dimensión de la tragedia. Al respecto, téngase en cuenta que el desastre afectó a los sectores y servicios sociales, a los pequeños y medianos productores, y a estratos poblacionales de bajos ingresos. Esto lo podemos apreciar en el mapa siguiente que evidencia los daños per/cápita.



El daño mayor fue en el Departamento de San Vicente, que ascendió a US\$ 1,533 por habitante, mientras que en Cuscatlán, La Paz y Usulután fueron entre los US\$ 500 a US\$ 1,000; los otros Departamentos sufrieron daños menores.

Con el mapa reciente del Índice de Desarrollo Humano que señala “cuán menos pobre y cuán menos ricos somos”, encontramos que los Departamentos de Ahuachapán, Cabañas, Morazán y la Unión son los de menor desarrollo relativo y al compararlos con el mapa de daños encontramos que los terremotos no afectaron afortunadamente a dichos Departamentos, sino que afectaron a los departamentos con más desarrollo relativo.

Dicho de otra manera, es que los terremotos vinieron a cambiar los mapas sobre pobreza, ya que los departamentos que estaban con desarrollo relativo intermedio al momento han cambiado de color, y probablemente se ubican en los de menor desarrollo relativo.



Efectos macroeconómicos de los terremotos del 2001

Los efectos negativos sobre las finanzas públicas es que el déficit fiscal ascendería a 4.8-5.0%, la relación déficit cuenta corriente versus PIB se situaría y subiría en 3.5%; y la relación entre el servicio de la deuda pública y el PIB se situaría en torno al 33%.

Los efectos importantes sobre el empleo son los siguientes: 46,156 empleos se han perdido, las estimaciones de lo anterior es que 32,540 en las pequeña y mediana empresa, 8,900 en la industria del café y 4,716 en otras actividades agropecuarias.

Resumen de las características de los terremotos

- Relativamente alto monto de daño, dos tercios de lo cual corresponden al sector privado.
- Dislocamiento y destrucción del transporte por carretera, con aumento significativo en costos de transporte.
- Destrucción y daño de gran número de viviendas, agravando los déficits pre-existentes.
- Destrucción y daño a las micro, pequeña y mediana empresa, dejando casi incólume a la gran empresa.
- Daño significativo al medio ambiente, destruyéndose y desestabilizándose tierras

en ladera, con potencial para mayor afectación ante las lluvias venideras.

- Concentración del daño en los departamentos centrales del país, afectando a grupos poblacionales vulnerables y modificando el mapa de pobreza.

V. LECCIONES APRENDIDAS DE LOS TERREMOTOS DEL 2001

5.1 ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA

Los participantes analizaron las acciones y procedimientos realizados en la atención prehospitalaria y hospitalaria de lesionados durante la fase de emergencia como consecuencia de los terremotos ocurridos a inicios del 2001.

Triage prehospitalario y hospitalario

Fortalezas

- Las instituciones de socorro no gubernamentales y gubernamentales (Sanidad Militar, Cuerpo de Bomberos y otros) que tuvieron acceso primario a los sitios de impacto de los terremotos realizaron triage prehospitalario.
- En días hábiles las Unidades de Salud tomaron la responsabilidad del manejo de pacientes en los sitios de impacto.

Debilidades

- Se constató que hay limitados recursos humanos capacitados en triage prehospitalario.
- No hubo puestos de comandos oportunos y funcionales, en algunas comunidades con mayor impacto sísmico aparecieron

tardíamente; en otras se prohibió su operación y en otras vinieron a ser determinados por personal extranjero.

- No hay respuesta efectiva en días no laborales (sábado y domingo) por parte de las instituciones del Sector Salud, específicamente en las del primer nivel de atención.

Recursos humanos entrenados

Fortalezas

- Las instituciones de socorro y Sanidad Militar cuentan con personal entrenado en atención prehospitalaria.
- Se comprobó que hubo desplazamiento oportuno de personal capacitado a las áreas de impacto.
- Se están haciendo cambios curriculares, desde el nivel básico escolar hasta la enseñanza de postgrado, para la inclusión de temas de manejo de desastres y tener de esta manera una mayor capacidad de respuesta nacional ante situaciones de emergencia.

Debilidades

- No existe acreditación y entrenamiento formal a técnicos en atención prehospitalaria de emergencia.
- No hay suficiente personal capacitado en emergencia hospitalaria para desastres de gran magnitud (atención de víctimas en masa). Esto se puso en evidencia cuando se tuvo en los hospitales una demanda excesiva de servicios por la gran cantidad de lesionados.

Equipamiento y suministros médico quirúrgicos.

Fortalezas

- Los hospitales en situación de una demanda limitada de atención a víctimas, cuentan con recursos suficientes.

Debilidades

- En los hospitales se agotaron los recursos e insumos médicos programados para la atención regular durante el año, debido al consumo mayor de los mismos durante la emergencia.

Planes, protocolos y medidas de sostén

Fortalezas

- La institución militar cuenta con protocolos de atención prehospitalaria.
- Se constató que existen planes de emergencia hospitalaria.

Debilidades

- No hay protocolos para la implementación de la atención prehospitalaria en instituciones de socorro no gubernamentales.
- No hay trabajo coordinado entre las instituciones de socorro en las zonas de impacto para la atención prehospitalaria y la aplicación de medidas de sostén.

Comunicación y transporte de víctimas

Fortalezas

- La sociedad civil pone a disposición vehículos para transporte de los lesionados hacia los hospitales.

Debilidades

- Las instituciones de socorro no se comunican con los hospitales de referencia cuando operan la cadena de socorro trasladan lesionados.

- No hay suficientes ambulancias equipadas para transporte seguro y eficaz de lesionados a hospitales.
- El sistema de comunicación es obsoleto y tradicional.

Lecciones aprendidas

- El montaje de los puestos de comandos en las áreas de impacto debe ser temprano y con recurso nacional coordinado para que las acciones sean efectivas.
- Es menestar realizar un esfuerzo nacional permanente para capacitar a un mayor número de recursos humanos del Sector Salud y de las instituciones de socorro en triage prehospitalario.
- El puesto de comando debe montar una repuesta de acuerdo al tipo de emergencias que se tenga y debe responder a planes preestablecidos. En este sentido, es necesario la existencia de una coordinación previa efectiva, de un conocimiento de la situación y de la vulnerabilidad de cada una de las comunidades de El Salvador, sabiendo el tipo de emergencia médica que se espera de acuerdo a la naturaleza del desastre natural.
- Se deben establecer programas de formación de recursos para la atención

prehospitalaria y hospitalaria en situaciones de emergencia.

- Es necesario trabajar en la organización comunitaria para tener una respuesta civil coordinada en situaciones de emergencia.
- Los planes de estudio y la formación de los recursos en salud deben responder al riesgo por desastres en el país.
- Se deben identificar las necesidades de recursos según la magnitud del desastre, con el propósito de asegurar su financiamiento y la disponibilidad oportuna.
- Deben existir planes de emergencia hospitalaria validados, actualizados y conocidos por el personal hospitalario para que su operación sea efectiva.
- Es indispensable estandarizar los protocolos de atención prehospitalaria y hospitalaria.
- Debe existir un plan periódico de simulacros para atención masiva de víctimas en el nivel hospitalario.
- Hay que establecer nexos de comunicación permanentes entre las instituciones de socorro y las emergencias de los hospitales.

- Conviene invertir en la adquisición de vehículos de transporte seguro para el traslado de lesionados graves. implementación de los planes de emergencia prehospitalaria y hospitalaria.
- Debe haber un técnico responsable de la coordinación interinstitucional para la

PARTICIPANTES DEL AREA TEMÁTICA ATENCIÓN MEDICA DE EMERGENCIAS

Día miércoles 4 de julio de 2001, Hora: 1:00 p.m. - 4:30 p.m.

1. Humberto Urbina, OPS/El Salvador MODERADOR
2. Sergio Parada, HNBBloom/RELATOR
3. José Mejía Menjivar, Hospital Chalatenango
4. Rogelio Mártir, Director Hospital San Miguel
5. Napoleón Vigil, Director Hospital San Vicente
6. Bernardo de la O, Director del Hospital de Usulután
7. Ricardo Lara, Jefe Desarrollo Institucional MSPAS
8. Carmen Cruz Arana, Unidad de Salud Comasagua
9. Roberto Orlando Cruz, Comandos de Salvamento
10. Luis Colato, Técnico en Emergencias Médicas
11. José Marroquín Parras, Jefe Capacitación CES
12. Baltazar Flores, Instructor de Academia CBES
13. Angel Manzano, Ministerio de Salud GUATEMALA
14. José Bonilla Avilés, Comando de Sanidad Militar
15. David Natan Mercadillo Rivera
16. José Vásquez, Batallón de Sanidad Militar
17. Marina Montano, Enfermería Hospital Maternidad
18. José Benítez, Urgencias del Hospital Bloom
19. Orestes Estrada, H. Nacional Zacamil
20. Morena De Tévez, Programa Epidemiología ISSS
21. José Bárcenas, Caja Costarricense de S.S.
22. Ernesto Velásquez, Médicos Sin Fronteras ELS
23. Carlos Ascencio Girón, Unidad Enlace PNC
24. Maritza Galdámez, Subjefe Servicios Médicos PNC
25. Patricia de Hernández, UTMIM MSPAS
26. Alba Roxana Mendoza, Deptal. Ahuachapán
27. Melva de Martínez, Unidad de Salud Apaneca
28. Margarita de Fuentes, Hospital N. San Rafael
29. Luis Ortiz, Subjefe División Bienestar Policial PNC
30. Moisés Villareal, MSPAS PANAMA
31. Raúl Agustín González V., CSS PANAMA
32. Julio Castro, Hospital Nacional Cojutepeque
33. Tito Gámez, Emergencia H. Nacional Santa Teresa
34. René Mena, Hospital Nacional Santa Teresa

5.2 PREPARACION Y RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALU

La elaboración y ejecución de planes de emergencia, capacitación del personal de salud y organización para la atención de víctimas, reflejan el grado de preparación del personal de salud a nivel institucional e interinstitucional para el manejo de las emergencias y desastres facilitando una respuesta rápida, oportuna y coordinada.

En esta temática los participantes valoraron el grado de preparación del personal de los establecimientos de salud para enfrentar los desastres y evaluar la respuesta dada durante los terremotos del enero y febrero de 2001.

Planes de emergencia

Fortalezas

- La mayoría de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención contaban con planes de atención en caso de emergencias.
- Existían experiencias en simulaciones y simulacros de emergencias; éstos se habían orientado a la atención de víctimas en masa y a la evacuación de los hospitales, aunque sin evaluar el tipo de daño que podría ocurrir en cada instalación de salud (vulnerabilidad).

- Se había capacitado a los profesionales de salud de manera regular para proporcionar una respuesta de emergencia.

Debilidades

- La totalidad de los planes de emergencias de los establecimientos de salud no consideraban la forma en que el desastre impactaría en la infraestructura de los hospitales y en su personal.
- Los planes de emergencia fueron elaborados sobre la base de la disponibilidad del personal durante días cotidianos y con la concurrencia de todo el personal. Sin embargo, debido a que el primer sismo ocurrió un fin de semana solamente participó el personal de turno. Este fue un aspecto que dificultó la implementación del Plan.
- En la preparación y difusión de los planes de emergencia no se consideró al personal de servicio de apoyo administrativo (mantenimiento, seguridad, etc.) de los hospitales.
- La movilidad de los profesionales de salud en los establecimientos motivó que los nuevos profesionales desconocieran los planes para la atención de emergencia.

- No existían señalizaciones de salidas de emergencias en los establecimientos de salud, además, existían vías obstruidas y cerradas por razones de seguridad del hospital.
- Durante los sismos se realizaron evacuaciones no indispensables de pacientes (neonatos, pacientes en quirófanos y de otros servicios) poniendo en riesgo la salud de los mismos.

Atención de salud

Fortalezas

- Se realizó el triage hospitalario de lesionados que fueron trasladados desde los sitios de impacto de los terremotos.
- Se contó con insumos básicos para operar en la emergencia durante el desastre.
- Se contó con el apoyo espontáneo de diferentes instituciones del Sector Salud (MSPAS, ISSS, Militar) para la atención de emergencia de los lesionados.

Debilidades

- No existía una organización para la referencia y retorno de pacientes durante situaciones de desastres mayores; además, los problemas en las comunicaciones entre

los establecimientos de la red impidieron una correcta derivación de pacientes entre los servicios de la red.

- Existió buena coordinación con el nivel central del MSPAS; sin embargo, con el resto de la red de servicios de salud la comunicación fue deficitaria.
- El nivel primario de atención refirió a lesionados y enfermos, que podían ser atendidos en ese mismo nivel, a niveles superiores.
- Se notó que los establecimientos de salud tenían deficientes insumos para tratar las patologías traumáticas que se generaron con la intensidad de los sismos.
- Faltó la multifuncionalidad de los profesionales de la salud, ya que los traumas sólo podrían ser atendidos por algunos tipos de profesionales. La reasignación de funciones de los profesionales del hospital en muchos casos fue contraproducente.
- Los promotores de atención primaria no conocían los planes de emergencia. Además, el nivel primario no conoció como hacer triage y hacer las derivaciones correctamente.

Vulnerabilidad física

Fortalezas

- Se realizaron diagnósticos rápidos de daños en infraestructuras, sin embargo, no se generaron oportunamente las recomendaciones para que los directores de hospitales tomaran las decisiones sobre la habilitación parcial o total de las instalaciones.

Debilidades

- No existían diagnósticos de vulnerabilidad en ninguno de los edificios del Sector Salud.

Lecciones aprendidas

- Los establecimientos de salud deben contar con planes de emergencia, que sean elaborados sobre la base de la vulnerabilidad física existente.
- Los planes de atención de desastres deberán considerar la variación en la cantidad y disponibilidad de recursos humanos calificados durante los diferentes turnos, considerando las condiciones más desfavorables.
- Las instalaciones de salud deberán integrar acciones de prevención y mitigación de desastres como parte de los planes de

atención de desastres, a fin que dichos planes no sean solamente asistencialistas, sino más bien de gestión del riesgo.

- Debido a la movilidad y rotación de los profesionales de salud en las diferentes instalaciones de salud, se deberán realizar capacitaciones y difusión de los planes de prevención y atención de desastres con mayor periodicidad.
- Las evacuaciones deberán llevarse a cabo considerando el riesgo real que existe en cada institución para sus ocupantes y para la salud mental de los mismos.
- Para el establecimiento de un sistema de referencia y retorno de lesionados durante desastres mayores, se deben considerar aquellos establecimientos seguros para la referencia de los pacientes.
- Además de organizar previamente la atención a desastres en cada una de las instalaciones de salud, se debe establecer el nivel de organización y coordinación de la red de servicios previa a la ocurrencia del desastre.
- Es necesario formalizar la cooperación entre las instituciones del Sector Salud previo a la ocurrencia de desastres, para que al momento de la respuesta se realice un adecuado sistema de derivación de

pacientes entre las instituciones involucradas.

- Se notó que, en el mediano plazo después de los terremotos, disminuyó la demanda de atención médica ordinaria.
- Los procesos de refuerzo estructural deben tener su base en los daños que aparecieron durante estos sismos, con el objetivo de aumentar el nivel de seguridad frente a eventos similares.
- Las estructuras de adobe u otros materiales que han demostrado ser vulnerables ante los sismos, deberían reconsiderarse para el objetivo de albergar establecimientos de salud.
- Es necesario incorporar consideraciones especiales para los hospitales en las normativas y reglamentos de construcción.

PARTICIPANTES DEL AREA TEMÁTICA PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Día jueves 5 de julio de 2001, Hora: 9:15 a.m. - 12:15 p.m.

1. José Ruales, OPS/El Salvador, MODERADOR
2. Claudio Osorio, OPS/Costa Rica, RELATOR
3. José Carlos Hasbún, UCA
4. Luis Rodolfo Nosiglia D., UES
5. Alba Alfaro, UCA
6. Tito Gámez, HNSanta Teresa
7. René Edgardo Mena, HN, Sta. Teresa
8. Ran C. A. González V. ESS/PANAMA
9. Moisés Villarreal, Ministerio de Salud PANAMA
10. José Mejía, Hospital Nacional Chalatenango
11. Rogelio Mártir, Hospital Nacional San Miguel
12. Margarita de Fuente, Hospital Nacional San Rafael
13. Bernardo de la O Melgar, Hosp. Nacional Usulután
14. Carmen Elena de Rivera, UIS/MSPAS
15. José Francisco Vargas H. UIS/MSPAS
16. Napoleón Vigil, HNSG San Vicente
17. Concepción Marina Angel V. Sinodo Luterano Salv.
18. Angel Manzano, Guatemala, MSPAS
19. Miguel Cruz, Costa Rica, UCR Colaborador OPS
20. Ruth Evelyn Llanos Velasco, ANDA
21. Blanca Lidia Menjivar, MARN
22. Eduardo Romero Chévez, MSPAS
23. Concepción de Prudencio, U/S. Quezaltepeque
24. Carmen Alicia Cruz, MSPAS
25. José Abdalah C., U. De S. Carlos Díaz del Pinal
26. Enrique A. González R. , U.S. Tecoluca
27. Noe A. Santos Méndez, MSPAS, Cojutepeque
28. Luis Cruz Moreno, MSPAS, Deptal. San Vicente
29. Carlos Escobar Moscoso, Universidad Don Bosco
30. Gina Elizabeth Cañas Santos, H. N. Maternidad
31. Marina Montano, Hosp. Nac. De Maternidad

5.3 RESPUESTA INSTITUCIONAL Y COORDINACION INTERINSTITUCIONAL

Posterior a un desastre se movilizan todos los recursos del país afectado y con frecuencia se les pone bajo la dirección de un órgano de coordinación sanitaria. Esta fungirá como una instancia asesora, normadora e integradora, procurando que las instituciones sanitarias nacionales e internacionales determinen, de acuerdo a sus competencias, las operaciones de auxilio y ayuda humanitaria que les corresponde. La imagen objetivo de la coordinación interinstitucional debe ser la planificación eficiente y coordinada de las respuestas sanitarias, a través del establecimiento de mecanismos para hacer mejor uso de los recursos existentes y evitar duplicidades.

En esta temática los participantes valoraron la respuesta del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) y los mecanismos de coordinación interinstitucional con el Sector Salud y el Comité de Emergencia Nacional (COEN) en el manejo de la emergencia provocada por los terremotos.

Organización y funcionamiento de la instancia de coordinación sanitaria

Fortalezas

- Movilización masiva del voluntariado y ampliación de horarios para dar atención inmediata en los niveles locales de salud.
- Los establecimientos de salud -con mayor experiencia y liderazgo- respondieron oportuna y rápidamente a la emergencia.

- De forma general, a las 48 horas ya funcionaban los mecanismos de coordinación institucional y a las 72 horas ésta coordinación era efectiva.
- A raíz de los terremotos se establecieron y se coordinaron de manera descentralizada centros de acopio para el manejo de suministros e insumos médicos y no médicos.

Debilidades

- Falta de organización en los niveles centrales para la movilización del personal durante la emergencia.
- Deficiencia en la organización interna y entre niveles organizativos del MSPAS para proporcionar una respuesta sanitaria inmediata. Esta organización mejoró después de las 72 horas.
- Toma de decisiones con poco conocimiento técnico sobre las acciones a realizar en caso de desastres.
- Deficientes mecanismos efectivos de convocatoria sanitaria interinstitucional en la emergencia.

- La Unidad Técnica de Desastres del MSPAS no ha contado con todos los recursos para la respuesta efectiva en casos de emergencia.
- Algunas instituciones delegaron la respuesta de emergencia en personas no preparadas o no capacitadas.

Mecanismos de información y comunicación

Fortalezas

- Coordinación institucional efectiva para la recolección, procesamiento y difusión de la información en el ámbito nacional.

Debilidades

- Falta de información y comunicación ágil y oportuna entre los establecimientos locales de salud y otras instituciones de salud.
- Poco conocimiento sobre la organización central de emergencia nacional (COEN/ CONASOL/ instituciones).
- La Unidad Técnica de Desastres no recibía información directa de cada establecimiento de salud debido a la falta de recursos humanos y mecanismos de recolección de información.
- La respuesta a la emergencia de los establecimientos de salud estuvo

condicionada a la capacidad de la telecomunicación con los establecimientos de salud y a la existencia de lugares alternos para el funcionamiento de centros de operaciones.

- Existencia de otras entidades que informaban unilateralmente la respuesta de emergencia y que no consideraban al COEN como la vía oficial receptora y de divulgación de información en casos de emergencia.

Unidireccionalidad de las intervenciones sanitarias

Fortalezas

- Diferentes organizaciones y voluntariado disponible para realizar acciones en salud en las áreas de impacto de los terremotos.
- Coordinación y distribución de recursos humanos técnicos por parte del COEN.

Debilidades

- Hubo deficiencias en la direccionalidad de las intervenciones del Sector Salud.
- Falta de coordinación y cooperación en el Sector Salud para realizar las intervenciones sanitarias dando como resultado duplicidad de esfuerzos en las áreas de impacto.

- Falta de control efectivo de la capacidad técnica y profesional del voluntariado en los niveles locales.
- Faltó experiencia y conocimiento en los recursos locales sobre manejo de emergencia y administración sanitaria en casos de desastres.

Capacitación de los recursos institucionales

Fortalezas

- Personal de salud con algún nivel de capacitación en respuesta institucional y coordinación interinstitucional.

Debilidades

- Personal capacitado sin poder de decisión para coordinar institucionalmente una respuesta en caso de desastre.
- Personal de salud deficiente en conocimiento para dar una respuesta integral y coordinada en las zonas de impacto por desastres.
- La convocatoria a capacitaciones promovidas por el MSPAS no reciben la atención esperada de las instituciones y organismos.

Lecciones aprendidas

- Con la emergencia el MSPAS se ha fortalecido en su papel Rector para conducir y coordinar efectivamente el Sector Salud.
- Es importante las convocatoria de las instituciones del Sector Salud para elaborar un Plan Nacional de Salud ante situaciones de desastres.
- Es importante fortalecer Comité de Emergencia Nacional (COEN) para la conducción, planificación, operación y evaluación del Plan Nacional de Salud ante casos de desastres.
- Es necesario mejorar los mecanismos de coordinación e información entre las instituciones desde el nivel central al nivel local.
- La administración sanitaria de emergencia debe ser incorporada en la formación del personal de salud en las Universidades y Escuelas Técnicas.
- Es necesario fortalecer la capacitación y divulgación de lineamientos del MSPAS para una respuesta de emergencia.
- Es conveniente legislar los mecanismos de convocatoria institucional ante situaciones de emergencia.

- Es oportuno unificar la atención sanitaria en situaciones de desastres con las instituciones del Sector Salud.
- Los Planes de Emergencia deben ser socializados con el personal operativo de emergencia de las organizaciones e instituciones del Sector Salud.
- Hay que desarrollar programas de capacitación sobre manejo y atención en salud ante situaciones de desastres.
- Es conveniente definir a la Unidad Técnica de Desastres del MSPAS como una estructura estratégica del Ministerio, con poder de decisión, adecuado presupuesto, personal suficiente e idóneo, con mecanismos propios de comunicación al interior del MSPAS y hacia el Sector Salud.
- Hay que publicitar el quehacer de la Unidad Técnica de Desastres del MSPAS y del liderazgo que ejerce en la operación del Plan Nacional de Salud ante desastres.
- Es importante establecer mecanismos e instrumentos legales para la asunción de responsabilidades en la operación de Planes de Emergencia Nacionales y locales.

PARTICIPANTES DEL AREA TEMÁTICA RESPUESTA INSTITUCIONAL Y COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Día jueves 5 de julio de 2001, Hora: 9:00 a.m. - 12:15 p.m.

1. Humberto Urbina, OPS/El Salvador, MODERADOR
2. Jean Luc Poncelet, OPS/ Washington, MODERADOR
3. Vicente Gavidia, UNICEF, RELATOR
4. Hilda Cecilia Méndez, FM-UES, RELATORA
5. María Cortez, Colaborador, GAISM-MSPAS
6. Pablo Torrealba, CEPREDENAC
7. Rosa Hernández, Cooperación Externa del MSPAS
8. Oscar Moisa, Jefe de Sección B, CEPA Aeropuerto
9. Elvaces Quintanilla, Cruz Roja Salvadoreña
10. Guillermo Melara, Control de Agua / ANDA
11. Rafael Portillo, Gerencia Salud Ambiental
12. Juan Murillo, MSPAS, Deptal. San Miguel
13. Carolina Galdámez, Sum. Servicios Médicos/PNC
14. Luis Ortiz Calito, PNC, División de Bienestar Policial
15. Migdamia Loreta Cruz Estrada, ISDEMU
16. José Javier Vásquez P., Batallón de Sanidad Militar
17. Luis A. Colato,
18. Roberto Cruz, Comandos de Salvamento
19. Ada Chávez, Enfermera Comunitaria/ AMSS-D5
20. Virginia Céspedes, Min. Salud-Costa Rica
21. Erick Aragón, Coordinador de Capacitación COEN
22. Sonia Hasbún, SNF
23. Gloria de Calles, Unidad Técnica de Desastres del MSPAS
24. D. Van Alphen. OPS/CARIBE
25. Msc. Ardi Voets, OPS/COSTA RICA
26. Miguel A. Vega, Cruz Roja Salvadoreña
27. Tito Rodríguez, MSPAS
28. Carlos René Araujo Campos, MSPAS
29. Verónica Villalta, Plan Internacional
30. Francisco Marroquín, Cuerpo de Bomberos
31. Mario Vicente Serpas, MSPAS
32. Verónica Díaz López, ACISAM
33. Herbert Leonel Díaz, MSPAS
34. Roberto Enrique Avelar, PCI
35. Regis Joseph Chapman, Cruz Roja Americana
36. Orestes Estrada Parada, H. N. Zacamil
37. José del Tránsito Benítez, HNN Benjamín Bloom
38. Lula Rodríguez, SNF
39. José Ramón Cruz, Secretaría de Salud Honduras
40. Rigoberto Cruz Monge, COMURES
41. Milagro Ventura de Mármol, MSPAS
42. Milagro de Majico, MSPAS
43. José Sosa Cardoza, Fuerza Aérea Salvadoreña
44. Carlos Ascencio Girón, Policía Nacional Civil
45. Teresa Guevara, OPS
46. Mauricio Ferrer, COEN
47. Orlando Tejada, OFPA/LAC

5.4 SANEAMIENTO AMBIENTAL I (AGUA, EXCRETAS, ESCOMBROS Y BASURAS)

Posterior a un desastre es de importancia fundamental el desarrollo de medidas de salud ambiental. En este sentido, se debe conceder a la población de las áreas de impacto los servicios básicos esenciales para evitar un mayor riesgo y daño a la salud, procurando proteger y asegurar su bienestar. Dentro de las prioridades de salud ambiental posterior a un desastre se puede mencionar el abastecimiento sanitario de agua, la eliminación adecuada de excretas y desechos líquidos, así como la recolección y disposición final de los escombros y las basuras generadas por la población.

En esta temática los participantes valoraron las medidas que se realizaron durante la emergencia para restablecer el servicio básico de agua y las condiciones de saneamiento para asegurar una protección sanitaria de la población en áreas de impacto de los terremotos del 2001.

Abastecimiento de agua

Fortalezas

- Capacidad y rápida respuesta de entes nacionales e internacionales para proporcionar tanques, burbujas y pipas de agua a los sitios de impacto.
- Existencia de un Plan de Emergencia en ANDA.

- Apoyo decisivo que recibió ANDA de otros entes nacionales e internacionales.
- Eficaz participación ciudadana en la elaboración de diagnósticos de daños en fuentes y redes de agua.
- Coordinación entre ANDA, COMURES y otras organizaciones sobre distribución del agua.
- Plantas potabilizadoras donados por Suecia, Noruega y UNICEF con buenos resultados.
- Respuesta local efectiva en comunidades que anticipadamente estaban organizados y capacitados por algunos programas sobre temas como participación comunitaria, manejo de tarifas, operación y mantenimiento local, y otros.

Debilidades

- La mayoría de los sistemas de agua funcionan con energía eléctrica.
- Tardó más de una semana determinar los daños rurales y las responsabilidades institucionales.
- Escasez crónica del agua previa a los terremotos, especialmente en el ámbito rural.

Los daños ocasionados por los sismos agravaron esta situación pre-existente.

- Departamentales de Salud con deficiencias en proporcionar una respuesta inmediata ante desastres (deben reducir tramites y facilitar compras locales).
- Falta un sistema de acreditación técnica para todas las organizaciones que desarrollan acciones de abastecimiento de agua y saneamiento, de manera especial en el ámbito rural.
- Las plantas potabilizadoras portátiles o de emergencia presentan algunos inconvenientes que son necesarios de evaluar en forma más cuidadosa. En todo caso, no representan una solución definitiva.
- Faltó mayor atención en limpiar y controlar el abastecimiento de agua a partir de pozos artesanales.
- Al inicio no hubo suficientes plantas en operación para tratar agua de consumo humano.

Calidad de agua

Fortalezas

- El país cuenta con una cultura de desinfección de agua a partir del PURIAGUA

que distribuye en forma gratuita el MSPAS. Durante las emergencias se constató demanda de PURIAGUA por parte de muchas comunidades.

- ANDA manifiesta haber tenido control de calidad en sus entregas de agua.
- En su zona, el Comité de Emergencia de San Vicente impuso control y cloración obligatoria sobre la calidad de agua en pipas.

Debilidades

- No se dio suficiente control de la calidad en las fuentes utilizadas para abastecer de agua.
- No se tuvo suficiente control de la calidad del agua distribuida en pipas y cisternas.

Disposición de excretas y mensajes sanitarios

Fortalezas

- El país cuenta con tecnologías apropiadas en materia de letrinas para enfrentar las emergencias.
- Hay bastante conciencia en las comunidades sobre la importancia de letrización.

- En los albergues, la reacción rápida con letrinas químicas alquiladas, y luego con las letrinas comunales, resultó ser efectiva.

Debilidades

- Dificultad para movilizar suficientes letrinas hacia los albergues.
- Faltó un inventario oportuno de los daños a las letrinas, especialmente en el ámbito rural; esta evaluación resultó ser tardía.
- Faltó mayor promoción y comunicación social para diseminar mensajes sanitarios básicos en especial sobre cómo disponer sanitariamente las excretas donde no hay letrinas.

Evaluación de daños y rehabilitación de los servicios

Fortalezas

- Muchas organizaciones lograron movilizarse rápidamente para inventariar los daños, utilizando medios de comunicación alternativos como el radio transmisor. Estas acciones resultaron efectivas y tuvieron mayor impacto en el área rural.
- En el área rural ANDA integró equipos multidisciplinarios (electromecánicos, promotores, ingenieros, etc.) para la

evaluación de daños y la rehabilitación de los servicios.

- Se dieron algunas iniciativas en la recolección de información sobre daños de manera coordinada, principalmente por medio de la Red de Agua y Saneamiento.
- Ante la situación de desabastecimiento las comunidades fueron las primeras en responder, con los medios con que contaban, para reponer sus servicios.

Debilidades

- Debilidad en consolidar los datos levantados sobre daños y su uso posterior. Los miembros de la Red de Agua y Saneamiento deberían haber coordinado mejor sus informaciones.

Manejo de basuras, desechos sólidos y escombros

Fortalezas

- La remoción de escombros mejora en cierta medida la cultura del control de las basuras.
- La remoción adecuada de escombros previno problemas de drenaje y obstrucción de alcantarillas en muchas áreas pobladas.

Debilidades

- Fuerte aumento de basuras en los albergues y comunidades, en gran parte por las raciones de comida y agua distribuidas.
- Falta conciencia de las comunidades e instituciones sobre los beneficios del manejo sanitario de los residuos sólidos.
- El manejo de escombros (remoción y disposición final) fue problemático y pocas ONG's y agencias externas apoyaron estas acciones. Se constató que en muchos casos los escombros se botaron en taludes de quebradas y cursos de agua. El nivel municipal tampoco estaba técnicamente preparado para manejar este gran problema en forma adecuada.

Coordinación intra e intersectorial

Fortalezas

- Hubo coordinación intrasectorial para el levantamiento de daños en la infraestructura sanitaria de agua y letrinas.
- Se tuvo buenos resultados de coordinación y articulación al nivel de campo entre los técnicos y las autoridades locales.

Debilidades

- Las deficiencias de organización del Subsector Agua se vieron reflejados en las debilidades de coordinación durante la emergencia.
- No se cuenta con un inventario consensuado sobre fuentes de producción de agua para las emergencias.
- Faltó incorporar la letrización y algunos aspectos sanitarios en los sitios donde se instalaron albergues y asentamientos. Frecuentemente no se consideraron todos los aspectos sanitarios, ni aspectos como la profundidad de la capa freática y otros.

Planes de Emergencia

Fortalezas

- Existieron muchos planes de emergencia en diferentes instituciones.

Debilidades

- Faltó coordinación y complementariedad entre los planes de las instituciones.

Manejo de cadáveres

Fortalezas

- En algunas zonas el Ministerio de Salud pudo supervisar y dar indicaciones sobre el manejo y entierro de cadáveres.

Debilidades

- En general, no hubo manejo adecuado de cadáveres.
- Se notó que Medicina Legal tenía procesos lentos para reconocer y disponer de los cadáveres.

Lecciones aprendidas

- Es necesario la elaboración de un Plan de Emergencia del Subsector Agua con participación de todos los actores involucrados para una rápida respuesta rural.
- Es conveniente tener en existencia tanques, burbujas, pipas, etc., en el ámbito local o departamental para dar una respuesta inmediata en casos de desastres.
- Se debe fortalecer la capacidad productiva de la fabricas de artefactos sanitarios para una mayor respuesta en los desastres nacionales.

- Hay que mejorar la comunicación y coordinación de las entidades que distribuyen agua en pipas y tanques.
- Hay que realizar una mayor esfuerzo en la capacitación de alcaldes para el manejo de insumos y donaciones relacionados con el agua y el saneamiento de las comunidades.
- Es conveniente fortalecer el rol de la Red de Agua y Saneamiento de El Salvador.
- Hay que promover en las comunidades e instituciones el mantenimiento adecuado de los servicios de agua y saneamiento, las medidas de higiene y la mitigación de impactos en los pozos, con el objetivo de que sean capaces de responder a emergencias.
- Es conveniente analizar costos relativos de suministrar agua por pipas contra costos de habilitar los sistemas con daños no severos.
- Es necesario en la emergencia definir un sistema con los sitios de cloración de fuentes y cisternas, al igual que puntos críticos de control de calidad del agua.
- Hay que incrementar la producción y la cobertura de PURIAGUA a nivel nacional; insistiendo en que el cloro es el desinfectante universal por excelencia, se pueden probar otros desinfectantes

- donados, estableciendo normas de uso y definiendo quiénes deberían de aplicarlos.
- Documentar el impacto de las plantas potabilizadoras donadas.
 - Es conveniente utilizar un solo formato estandarizado para levantar daños de manera comparable (para toda clase de desastre).
 - Hay que completar el Sistema Nacional de Información de Agua y Saneamiento de la Red de Agua y Saneamiento, para monitoreo de cobertura.
 - Se debe fortalecer la capacidad nacional y local en diagnóstico de daños estructurales y gestión del riesgo.
 - Hay que promover una política y una cultura de control de desechos sólidos con ONG's y agencias de cooperación nacionales e internacionales.
 - Identificar lugares para disponer los escombros ante situaciones de emergencia nacional como los terremotos.
 - Los organismos financieros de viviendas deben cubrir el abastecimiento de agua y el saneamiento con soluciones básicas (pozos, bombas manuales, letrinas, etc.).
- Realizar estudios de impacto de nuevos asentamientos, incluyendo el impacto sanitario.
 - Es oportuno elaborar un decálogo de acciones de agua y saneamiento básico a ponerse en práctica en situaciones de emergencias y desastres.
 - Procurar que la Red de Agua y Saneamiento relacione su sistema de información con mapas de riesgo e incidencias de diarrea.
 - Las fosas comunes de cadáveres no son apropiadas culturalmente.
 - Normalizar el manejo de cadáveres en situaciones de desastre y promover responsabilidades de los órganos públicos.
 - Se debe promover una política nacional de agua y saneamiento, que defina el marco regulatorio y las competencias jurídico-administrativas a fin de que el accionar en los desastres sea más estructurado y coherente.
 - Las organizaciones que abastecen de agua y letrinas a las comunidades deberían de tener una certificación que acredite su competencia técnica en estos campos.

PARTICIPANTES DEL AREA TEMÁTICA SANEAMIENTO AMBIENTAL I (AGUA,EXCRETAS, ESCOMBROS Y BASURAS))

Día jueves 5 de julio de 2001, Hora: 1:15 p.m. - 4:30 p.m.

1. Patricia de Segurado, OPS/El Salvador, MODERADORA
2. Sr. Tony Bran, UNICEF, RELATOR
3. Roberto E. Avelar, PCI
4. Carlos Araujo, Departamental de Salud La Libertad
5. María Argueta, Unidad de Salud de Quezaltepeque
6. Carmen Alicia Cruz, Unidad de Salud Comasagua
7. Julio Alvarado, MSPAS, Gerencia de Salud Ambiental
8. Ruth Evelyn Llanos Velasco, ANDA
9. Eduardo Romero Chévez, MSPAS
10. Melva de Martínez, Deptal de Salud Ahuachapán
11. Raúl Rodríguez, Gerencia de Sistemas Rurales, ANDA
12. Rigoberto Cruz Monge, COMURES
13. José Escamilla, ANDA, Gerencia de Sistemas Rurales
14. Guillermo Rodríguez M. ANDA
15. Concepción Angel SINODO Luterano Salvadoreña
16. José Israel Flores U., ANDA Operaciones de Redes
17. Milagro de Majico, MSPAS
18. Milagro de Mármol, MSPAS
19. Fernando A. Llanes, ANDA, Depto. Planificación Rural
20. Pedro Más Bermejo, INHEM/CUBA
21. René Portillo Sandoval, Colegio Médico
22. Regis Joseph Chapman, Cruz Roja Americana
23. Virginia Céspedes, Ministerio de Salud Costa Rica
24. José López, MSF
25. Rafael Ernesto Portillo, MSPAS
26. Luis Alonso Cruz Moreno, MSPAS, Deptal. San Vicente
27. Juan Pablo Flores, MSPAS, Deptal. San Miguel
28. Silvia Yanira G. de Pérez, AMSS D.S.
29. José Ramón Cruz, Secretaria de Salud, HONDURAS
30. Jorge J. Jenkins, OPS/OMS EL SALVADOR
31. Ada Yamileth Chévez, AMSS-Distrito 5
32. Carolina M. Morán, Movimiento Mujeres, M.A.M.

5.5 SANEAMIENTO AMBIENTAL II (ALIMENTOS, ZONOSIS, VECTORES Y VIVIENDA)

En esta temática los participantes valoraron lo actuado en materia de suministro de alimentos, control de zoonosis y vectores, y las acciones encaminadas a rehabilitar las viviendas en forma temporal y permanente.

Abastecimiento y Control de alimentos

Fortalezas

- Se evidenció una gran solidaridad internacional y nacional para el abastecimiento, control y distribución de alimentos.
- Durante la emergencia se tuvo un control de calidad aceptable de los alimentos crudos y cocidos en albergues, no así a nivel de comunidades.

Debilidades

- Deficiente coordinación y protagonismo entre instituciones y organismos para el abastecimiento, control y distribución de alimentos en comunidades y albergues.
- Insuficiente cantidad de alimentos para cubrir la demanda a escala nacional. En algunos casos hubo distribución excesiva de alimentos en albergues y comunidades afectadas.

- Ausencia de censos fidedignos para focalizar la distribución de alimentos en las comunidades más necesitadas. Esto ocasionó que la mayor parte de los mismos se distribuyera en las áreas urbanas de los municipios.

- En los primeros días del desastre se evidenció deficiente organización local para la preparación, manejo y distribución de alimentos.

- La distribución de alimentos no se acompañó de mensajes educativos sobre hábitos higiénicos en la preparación de los mismos, manejo de basuras y desechos sólidos en general.

- No existían condiciones (agua, estufas, baterías de cocina y utensilios) para la preparación de alimentos a nivel local en los primeros días del desastre.

- No hubo disponibilidad de alimentos para menores de 5 años de las comunidades afectadas y albergues.

- No hubo disposición de alimentos instantáneos.

- Muchos alimentos no estaban adaptados a los patrones alimentarios; en algunos lugares hubo monotonía en la dieta.
- En algunos casos se constató la existencia de alimentos descompuestos o vencidos en comunidades y albergues.
- Existencia de casas cerradas o abandonadas como fuente primaria de vectores.
- Acumulación de basuras y escombros en comunidades que permitían la proliferación de vectores y roedores.

Control de zoonosis y vectores

Fortalezas

- Se dieron campañas preventivas (abatización, fumigación, distribución de bolsas para basuras y educación en albergues) para el control de zoonosis y vectores en albergues y comunidades.
- Existió coordinación interinstitucional y apoyo técnico de especialistas para el desarrollo de acciones sanitarias de control de zoonosis y vectores.
- Se contó con la participación de la sociedad civil y la municipalidad en el control de las zoonosis y vectores en albergues.
- Se utilizaron los medios de comunicación masivos para el control de zoonosis y vectores.

Debilidades

- Deficiente cantidad de insumos para el control efectivo de zoonosis y vectores.

Rehabilitación de viviendas

Fortalezas

- Priorización de la construcción de viviendas temporales para la población afectada ubicada en albergues y en comunidades inaccesibles.
- Participación de instituciones y organismos en el desarrollo de propuestas de modelo de viviendas integrales, antisísmicas y de bajo costo, como el modelo VIVISAL-OPS.

Debilidades

- Las viviendas que fueron afectadas por los sismos fueron las de adobe, bahareque y las de sistema mixto mal construidas o con deficiente calidad de sus materiales.
- El ritmo de la construcción de viviendas temporales o permanentes con relación a la demanda ha resultado insuficiente.

- La rehabilitación de viviendas ha sido limitada y lenta. En ocasiones las nuevas viviendas carecen de los servicios básicos de agua y saneamiento.

Lecciones aprendidas

- Necesidad de reservas nacionales de alimentos ante situaciones de emergencias por desastres.
- Potenciar la participación ciudadana en el manejo higiénico y el control sanitario de alimentos ante situaciones de desastres.
- Impulsar programas comunitarios de capacitación sobre manipulación de

alimentos, higiene personal, control de vectores y zoonosis ante los desastres.

- Aplicar el enfoque de riesgo y la reducción de la vulnerabilidad en los nuevos estudios de asentamientos humanos y en el desarrollo de las propuestas de ordenamiento territorial.
- Promover diseños adecuados de viviendas en comunidades rurales con las siguientes características: sismo resistente, unifamiliar, techos livianos, distribución adecuada de áreas físicas y con disponibilidad de servicios básicos de letrinas, agua, lavabos, ducha y cocina.

PARTICIPANTES DEL AREA TEMÁTICA SANEAMIENTO AMBIENTAL II (ALIMENTOS, VECTORES, ZONOSIS Y VIENDA SALUDABLE)

Día viernes 6 de julio de 2001, Hora: 9:30 a.m. - 1:00 p.m.

1. José Merino, OPS/El Salvador, MODERADOR
2. Daysi de Márquez, PMA, RELATORA
3. René Portillo, Colegio Médico
4. Oscar Torres, FUDECIT
5. Carlos Guerrero FUDECIT
6. Napoleón Vigil, HN San Vicente
7. Blanca Menjivar, MARN
8. Ruth Llanos, ANDA
9. Juan Flores, Detal. San Miguel
10. Pedro Bermejo, INHEM, Habana Cuba
11. Víctor Roque, Visión Mundial
12. Melva Chicas, Detal. Ahuachapán
13. Concepción Angel, Sínodo Luterano
14. Julia de Orellana, DAA/SNF
15. Wilfredo Aufano, PMA
16. Ivonne de Martínez, Federación Luterana
17. José Bárcenas, CCSS Costa Rica
18. Roberto Cardoza, MSPAS
19. Eduardo Romero, MSPAS
20. Regis Chpaman, Cruz Roja Americana
21. Roberto Avelar, PCI

5.6 RESPUESTA SANITARIA INTERNACIONAL

Ante situaciones de desastres los recursos nacionales resultan insuficientes. Esto hace que el Gobierno genere una serie de mecanismos y procedimientos de solicitud de asistencia sanitaria internacional, de aceptación y rechazo de ofertas de asistencia. La administración de éstos procesos se realiza a través de una instancia ministerial u organismos gubernamentales designados para tal función. En este sentido, el Gobierno debe estar preparado de antemano para hacerse cargo de la coordinación, ya que la improvisación después de un desastre difícilmente es eficaz.

En esta temática los participantes valoraron las experiencias nacionales en la administración de la asistencia sanitaria internacional posterior a los terremotos de enero y febrero de 2001.

Capacitación de recursos

Fortalezas

- Existe algún personal capacitado en las diferentes etapas y aspectos propios de la emergencia, específicamente en MSPAS, Cancillería, Defensa, Seguridad y otras instituciones nacionales.

Debilidades

- Insuficiente personal capacitado en las diferentes áreas del proceso de atención a

la emergencia a manera de que éste sea expedito y adecuado.

- En el momento de la emergencia se colocó personal no capacitado en lugares claves.

Administración de la asistencia sanitaria internacional

Fortalezas

- Existencia en la Cancillería de un Manual de Procedimientos para gestionar ayuda internacional en casos de emergencia. Este fue elaborado por varias instituciones, el COEN y el apoyo de OPS, y fue distribuido al servicio exterior; también se capacitó sobre su aplicación.
- Existe definido un mecanismo de emergencia nacional que se activa inmediatamente. Este involucra el desarrollo de procesos de consulta entre Cancillería y el COEN para determinar necesidades y el tipo de ayuda necesaria para la emergencia.
- Se aplicaron criterios que están previamente establecidos en el ámbito internacional para la recepción de donaciones.

- En pocos días se logró un nivel de organización efectiva en la administración sanitaria de la ayuda internacional.

Debilidades

- Falta de mecanismos adecuados para divulgar el Manual de Procedimientos de Ayuda Internacional.
- No se cuenta con mecanismos adecuados para manejar la respuesta a la sobreoferta de asistencia sanitaria internacional.
- Falta de mecanismos que permitan contar con un plan alternativo para responder ante una donación no adecuada.
- No se conocen procedimientos para recibir donaciones por parte de donantes particulares extranjeros.
- No se cuenta con los mecanismos necesarios para coordinar la ayuda internacional desde la Presidencia de la República hacia abajo.
- Falta de mecanismos que aseguren la implementación de la reglamentación internacional en materia de donativos para emergencia.

Sistema de registro de la asistencia sanitaria internacional

Fortalezas

- El MSPAS llevaba el registro de la asistencia sanitaria internacional en el COEN.
- Se estableció un registro geográfico de los daños y la forma de brindar los servicios, lo que permitió ubicar y controlar los recursos humanos internacionales donde eran necesarios.
- El MSPAS elaboró con Cancillería un registro de donaciones y de personal médico.
- El Ministerio de Trabajo y el MSPAS crearon una bolsa de voluntarios nacionales e internacionales para la atención en salud durante la emergencia, lo que indicó la especialidad, el tipo de recurso humano, su localización, etc.

Debilidades

- SUMA llevaba otro registro paralelo de la asistencia sanitaria internacional.
- Se contó con recursos internacionales que no respondían a las necesidades sanitarias post-desastre.

- No se pudo controlar la cooperación sanitaria internacional no oficial.

Distribución de la asistencia sanitaria.

Fortalezas

- El MSPAS y el Programa Nacional Pueblo Valiente hicieron una distribución eficiente de la asistencia sanitaria internacional a través de las Departamentales de Salud.
- Se establecieron mecanismos de distribución de la asistencia sanitaria internacional que en su implementación fueron retroalimentados y corregidos.
- Se hizo el conteo de las necesidades de los medicamentos y se estableció una lista de medicamentos e insumos médicos básicos necesarios de acuerdo al tipo de servicio a prestar.
- El MSPAS y COEN establecieron mecanismos de coordinación para el registro y distribución de los medicamentos e insumos.

Debilidades

- No existe una sistematización definida de la logística de distribución, monitoreo y control de la asistencia sanitaria internacional.

- Hay una ausencia de monitoreo de los recursos humanos internacionales.

- No se contó con criterios para establecer el tipo de medicamento que era necesario; esto se evidenció cuando las Direcciones Departamentales de Salud solicitaron todo tipo de medicamentos.
- Se constató falta de espacios de bodegaje al nivel local.
- En general los recursos humanos en el nivel local solamente trabajaban horas hábiles, y muchas veces no había personal en las instalaciones para recibir los envíos.
- Durante los terremotos se tuvo muchos obstáculos en las vías de comunicación que dificultaban el acceso terrestre.

Lecciones aprendidas

- Debe seleccionarse el personal capacitado a fin de ubicarlos en los lugares claves de la atención a la emergencia.
- Debe hacerse del conocimiento de todo los sectores los procedimientos a seguir para obtener asistencia sanitaria internacional.
- Es conveniente capacitar a los recursos de los niveles locales en el manejo de la asistencia sanitaria en emergencia.

- Revisar, actualizar y divulgar los instrumentos jurídicos y técnicos para la coordinación interinstitucional de la asistencia internacional en salud.
- Mejorar la respuesta a la sobre-oferta de asistencia internacional no esperada.
- Mejorar los mecanismos de coordinación con la cooperación internacional.
- Debe mejorarse la logística de distribución de la asistencia sanitaria internacional, y sistematizarla.
- Debe capacitarse al personal para que puedan identificar las donaciones en aduanas y en los lugares de acopio.
- Es oportuno establecer mecanismos especiales para la época de desastres, que faciliten la llegada de las donaciones; para esto se deben revisar los mecanismos aduanales a manera de diferenciarlos entre la época regular y la de emergencia.
- Desarrollar mecanismos que establezcan los procedimientos para las donaciones, los requisitos que deben cubrir las donaciones, los mecanismos de contactos, y la distribución de personal orientado a las necesidades.
- Establecer mecanismos adecuados en las misiones diplomáticas para implementar efectivamente las regulaciones y controles necesarios.
- Que las embajadas implementen los manuales, guías y criterios para la solicitud y aceptación de donaciones.
- Contar con un registro de los donantes de acuerdo al tipo de recurso y donación que pueden brindar. De igual manera, se deben definir los mecanismos para establecer la coordinación y el control de aquellos recursos que se presentan en forma no oficial.
- Capacitar a los agentes claves de bodega y del proceso de logística del MSPAS para agilizar la entrega de donaciones en insumos médicos y sanitarios
- Es importante establecer mecanismos de verificación, control y monitoreo de las acciones de distribución de los recursos.

PARTICIPANTES DEL AREA TEMÁTICA RESPUESTA SANITARIA INTERNACIONAL

Día jueves 5 de julio de 2001, Hora: 1:15 p.m. - 4:30 p.m.

1. Beatriz Borja, MRREE, MODERADORA
2. Fressia Cerna, UNFPA, RELATORA
3. Jacqueline Flentge, OPS/Costa Rica
4. Rosa Elena Hernández, MSPAS
5. María Amparo Cardona, MSPAS
6. Carmen Villanova de Denis, MSPAS
7. Ica Lorena de Angel, MSPAS
8. Migdania Loreta Cruz Estrada, ISDEMU
9. José Barcenas, Seguro Social, COSTA RICA
10. José Vásquez Peraza, Batallón Sanidad Militar
11. Baltazar Flores, Cuerpo de Bomberos El Salvador
12. Herbert Leonel Díaz Orellana, MPSAS
13. José Guillermo Sosa Cardoza, Fuerza Aérea
14. Oscar Arturo Moisa, CEPA
15. Ricardo Elías Castillo, Cruz Roja Salvadoreña
16. Mario Vicente Serpas, MSPAS
17. Mario Antonio Morales Velado, UNFPA
18. Gloria de Calles, MSPAS
19. José Orlando Abdalah, MSPAS
20. Enrique A. González, MSPAS
21. Carlos A. Ascencio Girón,
22. Ardi Voets, OPS/COSTA RICA
23. Raúl A. González, CSS/PANAMA
24. Luis Jorge Pérez, OPS/OMS
25. David Mercadillo

5.7 COMUNICACIÓN E INFORMACION SANITARIA EN LA EMERGENCIA

La comunicación e información son herramientas necesarias en cualquier actividad sanitaria a desarrollar; en casos de emergencias por desastres estos aspectos se vuelven indispensables. La comunicación para que sea efectiva debe ser veraz, oportuna y llegar a los diferentes niveles de operación de las instancias de emergencia nacional.

La información, por su parte, debe cumplir la función de proporcionar los datos necesarios y en el momento preciso para el análisis de los hechos inmediatos, de tal manera que permita la toma de decisiones inmediatas para hacer frente a los desastres. De igual manera, es necesario mantener informada a la sociedad salvadoreña sobre los acontecimientos (riesgos, daños y servicios otorgados) para su involucramiento posterior en actividades sanitarias de carácter preventivo.

Los participantes analizaron la organización y el funcionamiento de la información y comunicación en la red de servicios de salud y al público durante la emergencia, como consecuencia de los terremotos de enero y febrero de 2001.

Organización de la comunicación social a nivel intrainstitucional

Fortalezas

- Existencia de coordinación intrainstitucional en el manejo de la información, lo que

permitió que cada institución u organismo conociese al detalle la información que tenía y que tenía que compartir con las demás instituciones involucradas en la respuesta a la emergencia nacional.

- Instalación y operación inmediata de un Centro de Información Oficial en la Feria Internacional.
- Rápida asistencia de los funcionarios de las instituciones del Sector Salud a sus lugares de trabajo, lo que demostró la capacidad nacional de convocatoria institucional.
- Existencia de planes de emergencia nacional donde se establece los flujos y niveles de información en las instituciones ante los desastres.

Debilidades

- La interrupción total de los medios de comunicación electrónicos (teléfono, fax, celulares y radios) en los diferentes niveles nacionales (municipios, departamentos y regiones).
- Desconocimiento total de las dimensiones y magnitud del desastre a nivel nacional por interrupción de las comunicaciones.

- A pesar de la existencia de planes de emergencia, la operación de los mismos fue deficiente por la escasa definición de funciones de los recursos de los sistemas de comunicación e información.
- Saturación de información de otras fuentes además de las instituciones del Sector Salud, Agencias de Cooperación, prensa nacional e internacional.

Organización de la comunicación social a nivel interinstitucional

Fortalezas

- Intercambio de información entre las instituciones involucradas.
- Identificación de puntos focales y/o enlaces de comunicación en las instituciones.
- Sistema de información único dirigido a una sola institución donde participaron diferentes instituciones sectoriales para consolidarlos en las Gobernaciones Departamentales y envío correspondiente al Comité de Emergencia Nacional.

Debilidades

- Carencia de un formulario estándar o formato único para la recopilación de datos de los riesgos y daños ocasionados por los

terremotos. Esto ocasionó que cada institución de manera unilateral colectara la información que le interesaba y que se cambiara constantemente la matriz recolectora de datos.

- Carencia de un área específica de atención al público para informar sobre la situación nacional provocada por los desastres y evitar falsas alarmas.
- Constante distorsión informativa en los flujos de la comunicación y debilidades en el fomento de una cultura preventiva en la población.
- Trabajo aislado (protagonismo institucional) en la divulgación de algunas informaciones y/o actividades de respuesta y mitigación post-desastre.

Contactos con los medios de comunicación masiva

Fortalezas

- Existencia de buenas relaciones de trabajo entre el Sector Salud y los diferentes medios de comunicación.
- Disponibilidad y facilitación de espacios para difundir información de prevención a nivel nacional.

- Accesibilidad de horarios de los voceros y de los medios de comunicación para el intercambio de información.
- Apoyo inmediato para la divulgación de información institucional.
- Cobertura total e información actualizada de los medios de comunicación durante el desastre.

Debilidades

- Difusión de noticias con imágenes crudas y dolorosas de los afectados por los terremotos.
- Falta de conocimiento de los medios idóneos para los diferentes tipos de población a los que se quería llegar.
- Poco alcance de los medios de comunicación a nivel nacional para difundir la información sobre el desastres.
- Escasos mensajes de los medios de comunicación que promovieran la salud mental de la población durante el desastre.
- Divulgaciones de diversos rumores y fatalismo entre los terremotos a nivel nacional.

Lecciones aprendidas:

- Es indispensable el manejo de equipos de información modernos (radioteléfono satelital) para la comunicación y respuesta inmediata en casos extremos de interrupción de las medios de comunicación.
- Hay que identificar recursos estratégicos y capacitarlos para el desempeño de roles en comunicación interinstitucional en casos de desastres y/o emergencias nacionales.
- Es necesario realizar una gestión de apoyo financiero para proyectos de mejoramiento en sistemas de información y comunicación interinstitucional.
- Es oportuno el diseño de estrategias de comunicación interna para evitar duplicidad de esfuerzos comunicacionales e informáticos.
- Existe necesidad de tener diseñados formatos estándares para la recopilación de la información en casos de desastres.
- Se debe comunicar y orientar a los gobiernos locales sobre riesgos, vulnerabilidades y acciones que deben tomar ante situaciones de desastres.
- Es conveniente nombrar un vocero oficial en cada una de las instituciones responsables

para proporcionar una respuesta específica en la emergencia, este funcionario debe ser capacitado en el manejo de la comunicación en crisis.

- Se percibió la necesidad de mejorar el diseño de estrategias comunicacionales para la sociedad civil sobre cómo actuar ante eventos sísmicos de gran magnitud.
- Es relevante efectuar una evaluación de cada uno de los medios de comunicación y el impacto de sus mensajes.
- También se hace necesario la capacitación a los periodistas en comunicación sanitaria de emergencia.
- Es valioso sensibilizar a los dueños de los medios sobre la importancia de divulgar temas relacionados con la mitigación de desastres.
- Hay que establecer pautas de regulación (Código o Ley) para el manejo de

información en casos de desastres nacionales.

- Se debe incorporar el tema de desastres en los planes de estudio de las facultades de comunicación social.
- Es conveniente desarrollar el diseño y validación de materiales para la difusión de la información sobre desastres. Así mismo, hay que realizar investigaciones de campo sobre las formas de comunicación en localidades específicas.
- Es importante el involucramiento de los medios en los temas de desastres.
- Es de mucha utilidad la gestión de espacios de cortesía en los medios como labor social para la población, sin fines de lucro.

PARTICIPANTES DEL AREA TEMÁTICA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN SANITARIA EN LA EMERGENCIA

Día miércoles 4 de julio de 2001, Hora: 1:00 p.m. - 4:30 p.m.

1. Carlos Corado, UCA, MODERADOR
2. Candy Yanes, OPS/El Salvador, RELATORA
3. Angeles Bañuelos, OPS
4. José Thomas Bockle, Médicos del Mundo – España
5. Milagro Ventura de Mármol, Equipo de Zona Paracentral
6. Milagro Bolaños de Macio, Equipo de Zona Paracentral
7. Sonia Hasbun, Secretaría Nacional de la Familia
8. José Sosa Cardoza, Fuerza Armada de El Salvador
9. Lula Rodríguez, Secretaría Nacional de la Familia
10. Carlos Araujo Campos, Deptal. De Salud La Libertad
11. Maritza Menjivar Noyola, Fundación Seraphin
12. Tito Rodríguez Mata, Deptal. La Libertad
13. Herbert Chinchilla, COEN
14. Oscar Moisa B. CEPA Aeropuerto I. de El Salvador
15. Ricardo Elías Castillo, Cruz Roja Salvadoreña
16. Erick Aragón, COEN
17. Rigoberto Cruz Monge, COMURES
18. José López, Secretaría Nacional de la Familia
19. Virginia Céspedes, D. General de Salud , COSTA RICA
20. José González Escamilla, ANDA Sistemas Rurales
21. Mario Francisco Planas Murillo, MSPAS
22. Gisela Guerrero, MSPAS
23. José Israel Flores U. ANDA
24. Blanca Lidia Menjivar, MARN
25. Ruth Evelyn Llanos Velasco, ANDA
26. Marcos González, MSPAS
27. Eduardo Romero Chévez, MSPAS
28. María Amparo Cortez, MSPAS
29. Laura Edith Ramos, MSPAS
30. Carmen Villanova de Denis, MSPAS
31. Gloria de Calles, MSPAS
32. Gilma Lorena de Mira, MSPAS
33. Jacqueline Flentge, OPS/OMS Costa Rica
34. José Ramón Cruz, Secretaría de Salud HONDURAS
35. Olga Barraza López, Comunicación MSPAS

5.8 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

La vigilancia en salud pública se define como la continua y sistemática recolección, análisis e interpretación de datos sobre eventos específicos de salud, para luego usarla en la planeación, implementación y evaluación de planes de acción. Una aplicación reciente y bien establecida de la epidemiología fue la vigilancia y el control de enfermedades transmisibles y de otros riesgos en salud durante los terremotos de enero y febrero de 2001.

En esta temática los participantes valoraron las actividades de vigilancia epidemiológica llevadas a cabo durante la emergencia nacional como consecuencia de los terremotos de enero y febrero del 2001. Las discusiones del grupo se iniciaron con una amplia introducción al tema y se solicitó al MSPAS la presentación de un resumen de las actividades de vigilancia epidemiológica realizadas durante los terremotos de enero y febrero. La Dirección de Regulación del Ministerio de Salud expresó:

- El Sistema de Vigilancia establecido para los terremotos fue el que ya estaba vigente en el ámbito nacional.
- El Ministerio de Salud produjo una respuesta inmediata a las dos horas del primer terremoto y entró en contacto inmediato con el Comité de Emergencia Nacional; por lo

inesperado de la situación y la complejidad de los daños producidos se evidenció debilidades en la respuesta.

- Se diseñó un Registro de Vigilancia Epidemiológica para registrar 23 enfermedades, particularmente en los albergues.
- Se diseñó una hoja de evaluación rápida de daños a la infraestructura en Unidades de Salud y Hospitales.
- La Unidad de Epidemiología pasó a consolidar toda la información referente a daños, necesidades de medicamentos y equipos del Sector Salud.
- Para el 14 de enero ya se sabían las enfermedades y daños que se estaban produciendo; más del 85% de los servicios estaban notificando, y pocos días después el 100% de los mismos.
- Antes del terremoto se habían hecho preparativos para instalar la Sala de Situación y se contaba con los insumos básicos y el equipo para su operación. Sin embargo, la Sala no se pudo establecer por daños estructurales en el edificio del Ministerio de Salud, lo que ocasionó el

traslado de la Unidad de Epidemiología a otras áreas del edificio.

- Para el segundo terremoto ya estaba la Sala de Situación montada, la notificación de eventos fue diaria y se pudo informar a los organismos de cooperación nacionales e internacionales sobre la situación de salud y las necesidades de ayuda específica.
- Como lección aprendida destaca la información rápida que debe obtenerse de los hospitales sobre daños a la infraestructura para movilizar recursos y reabastecer de equipos, medicamentos y otros insumos.

Preparativos ante desastres

Fortalezas

- Se tenía experiencia y conocimiento de información previa sobre vigilancia epidemiológica especializada en casos de desastres; esto significó que en un corto tiempo (24 horas) se tuviera una evaluación breve de los riesgos y daños en la salud de la población a nivel nacional; a las 48 horas el 75%, y a las 72 horas el 100% de los servicios de salud estaban notificando y utilizando el Registro de Vigilancia Epidemiológica para registrar 23 enfermedades.

- Es importante consignar la existencia de un Plan de Emergencia Epidemiológica.
- Se contó con la disponibilidad de recursos humanos del Sector Salud para movilizarse a las áreas de impacto.

Debilidades

- A pesar de que existía un Plan de Emergencia Epidemiológica éste no operó de acuerdo a lo esperado.
- Hay deficiencias en la integración del Sector Salud que no permiten que el 100% de los servicios públicos y privados comuniquen los informes de vigilancia epidemiológica.
- No existen simulacros que impliquen la activación de diferentes procesos y sistemas de respuestas a los desastres, entre ellos los de vigilancia epidemiológica.
- Se notó la ausencia de aplicación del Código de Salud, especialmente de los artículos que obligan a la notificación obligatoria de las enfermedades por parte de las instituciones del Sector Salud tanto públicas como privadas.

Riesgos y análisis de vulnerabilidad

Fortalezas

- Los Comités Departamentales de Salud ante Desastres dieron una respuesta adecuada de mitigación de riesgo epidemiológico ante los terremotos.

Debilidades

- Se notó que los servicios de salud manifestaban vulnerabilidad estructural y no estructural.

Capacitación del recurso humano

Fortalezas

- Existe personal capacitado en vigilancia y control epidemiológico ante situaciones de desastres.

Debilidades

- Falta de seguimiento al recurso humano capacitado en vigilancia y control epidemiológico.

Lecciones aprendidas

- Es necesario preparar planes de mitigación de desastres a nivel local, departamental y

zonal, y que éstos incluyan procesos de vigilancia epidemiológica.

- Es imprescindible vigilar la fecha de caducidad de los donativos (alimentos y medicamentos). De ser posible evaluar el donativo previo a su embarque, para que no se conviertan en un problema de salud pública o de desecho.

- Se deben integrar los hospitales al sistema de vigilancia epidemiológica, ya que ellos de acuerdo al análisis de demanda y atención, pueden detectar el incremento de la incidencia y prevalencia de enfermedades, de la cual deben notificar inmediatamente al sistema para que se estructure una intervención sanitaria adecuada.

- Es conveniente el uso de corredores endémicos como instrumentos de alerta ante el incremento de enfermedades.

- Se debe promover la información de salud como un sistema ordinario para conocer los daños inmediatos y la toma de medidas antes, durante y después del desastre, y no únicamente como urgencia de salud.

- El sistema de información epidemiológica debe estar dirigido a detectar los daños y los problemas más frecuentes; por lo tanto, la vigilancia epidemiológica debe servir para

definir la respuesta de atención médica y de prevención en el Sector Salud.

- El análisis de vigilancia epidemiológica en los terremotos sirvió para la toma de decisiones, junto con otra información (agua, letrinas, alimentos, basura, zoonosis, vectores y roedores), y para orientar las intervenciones sanitarias de manera efectiva.
- La vigilancia epidemiológica post-terremoto propició la realización de 17 investigaciones sanitarias.
- Es necesario definir y poner en práctica mecanismos para incrementar la disponibilidad de recursos para responder epidemiológicamente ante la presencia de un desastre.
- Es necesario previo a los desastres, el desarrollo de procesos de educación

permanente en vigilancia y control epidemiológico dirigido al personal de salud.

- El diagnóstico sindrómico no se consideró en la vigilancia epidemiológica durante la emergencia por ser un método de alta sensibilidad y de baja especificidad, y por lo tanto de poca utilidad en caso de emergencias por desastres.
- Existe necesidad de formación de un mayor número de ingenieros sanitarios en El Salvador.
- Se debe incluir la temática de la vigilancia epidemiológica y de la mitigación de desastres en los planes de estudio de las escuelas.

PARTICIPANTES DEL AREA TEMÁTICA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Día miércoles 4 de julio de 2001, Hora: 1:00 p.m. - 4:30 p.m.

1. Armando Bañuelos, OPS/El Salvador, MODERADOR
2. Mauricio Romero, OPS/El Salvador, RELATOR
3. Juan Héctor Jubis, MSPAS
4. Luis Alberto Figueroa, MSPAS
5. Cristina Schwende, OPS/OMS
6. Luis Alonzo Cruz Moreno, MSPAS
7. Rolando Hernández, MSPAS
8. Angela S. De Larín, MSPAS
9. René Portillo Sandoval, Colegio Médico
10. Ernesto Alcides Moreira Holz, PNC
11. Orbelina de Palma, MSPAS
12. Teresa Guevara, OPS
13. Julio Garay Ramos, MSPAS
14. José Luis Pérez N. – PEN-MINSA-NICARAGUA
15. Jorge Antonio Alfaro Flores, MSPAS
16. Silvia Argentina Morán de García, MSPAS
17. Pedro Más Bermejo, INHEM, CUBA
18. Julio Alvarado, MSPAS
19. Débora Raquel Juárez, MSPAS
20. Rafael Portillo, MSPAS
21. Juan Pablo Flores, MSPAS
22. Enrique A. González, MSPAS
23. Concepción Marina Angel, Sinodo Luterano
24. José Orlando Abdalah, MSPAS
25. María Concepción Argueta de Prudencias, MSPAS
26. Jean Luc Poncelet, OPS

5.9 HOSPITALES DE CAMPAÑA

Los hospitales campaña representan soluciones temporales, cuando no existe otra opción para prestar servicios de salud a causa de los desastres naturales; su organización, instalación y funcionamiento deberá estar de acuerdo a las características del hospital afectado.

En esta temática los participantes evaluaron el proceso de organización y funcionamiento de los hospitales de campaña como consecuencia de los terremotos de enero y febrero de 2001.

Capacitación de recursos

Fortalezas

- Existencia de recurso humano para la operación de hospitales de campaña.

Debilidades

- El personal no estaba suficientemente capacitado para establecer, organizar, administrar y operar un hospital de campaña en casos de desastres.

Evacuación de hospitales

Fortalezas

- Se habían realizado simulacros de evacuación en algunos hospitales.

Debilidades

- Existencia de planes de evacuación incompletos.
- No existen criterios definidos de evacuación de los hospitales.
- Existe una cultura del personal y de los usuarios de los hospitales a evacuar la instalación ante la ocurrencia de sismos.

Organización de hospitales de campaña

Fortalezas

- Se continuó la prestación de servicios médicos en hospitales de campaña.

Debilidades

- Falta de regulación del MSPAS para el funcionamiento de los hospitales de campaña.
- Ausencia de criterios para la ubicación de hospitales de campaña.
- La organización de los procesos de atención médica y hospitalaria no se definió previamente al funcionamiento del hospital de campaña.

- Las urgencias a ser atendidas no se definieron, lo que significó ineficiencia en el uso de las instalaciones.
- La instalación de los hospitales de campaña no fue oportuna.
- Falta de conducción del personal médico nacional en el proceso de atención.
- Falta de conocimiento real sobre el costo de operación de los hospitales de campaña.
- Aumento del riesgo de infecciones nosocomiales y complicaciones en el manejo de los pacientes en hospitales de campaña.
- Dificultad en mantener las normas de bioseguridad.
- Deficiencias en el análisis de la capacidad instalada de la red hospitalaria no dañada, antes de solicitar un hospital de campaña.

Costo/efectividad de los hospitales de campaña

Fortalezas

- Los hospitales de campaña resuelven el problema de atención hospitalaria a corto plazo.

Debilidades

- Los hospitales de campaña a mediano y largo plazo son de alto costo/efectividad.
- No se dispone de evidencias nacionales sobre costo/efectividad de los hospitales de campaña.

Lecciones Aprendidas

- Se tiene que disponer de recursos humanos adecuadamente capacitados en la administración de hospitales de campaña.
- Todos los hospitales deben tener estudios de vulnerabilidad estructural y no estructural y ser divulgados a todo el personal de salud.
- Antes de aceptar un hospital de campaña se deben conocer las especificaciones técnicas para evaluar su utilidad y sostenibilidad.
- Se debe realizar un estudio de costo/efectividad para determinar los costos de operación y mantenimiento de los hospitales de campaña que funcionaron en el país.
- No son útiles los hospitales de campaña de otros países por su alto costo/efectividad.

PARTICIPANTES DEL AREA TEMÁTICA HOSPITALES DE CAMPAÑA

Día jueves 5 de julio de 2001, Hora: 1:15 p.m. - 4:30 p.m.

1. Humberto Urbina, OPS/El Salvador, MODERADOR
2. Emilio Castillo, DAC/MSPAS, RELATOR
3. Napoleón Vigil, HN San Vicente
4. Tito Gámez, HN Zacatecoluca
5. René Mena, HN Zacatecoluca
6. Moisés Villareal, MINSA Panamá
7. Tito Rodríguez, Detal. La Libertad
8. José Pérez, MINSA Nicaragua
9. José Cabrera, HN Bloom
10. Orestes Estrada Parada, HN Zacamil
11. Carmen de Rivera, MSPAS
12. José Vargas, MSPAS
13. Claudio Osorio, OPS/OMS
14. Margarita de Fuentes, HN San Rafael
15. Angel Manzano, MSPAS
16. Nora Santos, MSPAS Cojutepeque
17. Luis Colato, Comandos de Salvamento
18. Roberto Cruz, Comandos de Salvamento
19. Jean Luc Poncelet, OPS/OMS
20. Rogelio Romero, HR San Miguel
21. Bernardo de la O, HN Usulután

5.10 ALBERGUES

El establecimiento de albergues posterior a un desastre tiene como finalidad asegurar en forma temporal un nivel de vida adecuado a la población afectada a través del establecimiento de sistemas de abasto de alimentos, agua, vestuario, vivienda y servicios médicos.

Uno de los problemas de salud pública en los albergues radica en que la concentración de población representan un riesgo de transmisión de enfermedades después de pasado un desastre. A pesar de que éste no es una responsabilidad directa del Ministerio de Salud, en la gestión administrativa de los albergues, éste debe participar desde el inicio en la toma de decisiones y en el desarrollo de las acciones necesarias para evitar y controlar las enfermedades.

En esta temática los participantes valoraron los procedimientos desarrollados para el manejo de albergues y refugios posterior al impacto de los terremotos de 2001.

Antes de iniciar el proceso de análisis de las lecciones aprendidas el grupo temático definió el concepto de albergues como "lugar de alojamiento temporal para las personas afectadas por un desastre, que debe cumplir condiciones básicas de salud y seguridad". De acuerdo con la temporalidad de alojamiento de los usuarios se pueden considerar tres tipos de asentamientos humanos provisionales:

1. *Albergues*: Lugares acondicionados para alojar a la población afectada debido a que no tenían donde vivir.
2. *Refugios*: Lugares pequeños donde llegaba la población afectada después de realizar hacer sus actividades; la permanencia es a medio tiempo.
3. *Dormitorios*: Sitios a los que llegaban los damnificados por considerar que sus viviendas no ofrecían la seguridad necesaria.

Organización y administración

Fortalezas

- Existencia de algunos planes de emergencia que consideraba la ubicación de albergues.
- Niveles de organización de comités de emergencia departamentales y municipales, y de otros actores sociales comunitarios.
- Movilización y presencia de recursos materiales y humanos de diferentes instancias en los albergues.
- Realización de simulacros previos de evacuación e instalación de albergues en la zona del Bajo Lempa y en algunas instalaciones del MSPAS.

Debilidades

- No existió planificación adecuada y coordinación con todos los actores sociales antes, durante y después de la instalación de albergues.
- Improvisación en el establecimiento y apertura de los albergues.
- Hubo deficiencias en la organización y administración de albergues, lo que se evidenció cuando se tuvo problemas en el espacio físico de instalación, censo de población variable, duplicidad de esfuerzos, roles no definidos para la entidad responsable en la administración y evaluaciones del proceso de operación de albergues.
- No se definió a quién compete la responsabilidad de los albergues, ni la institución responsable de su administración.
- No se socializaron los planes de atención en los albergues

Saneamiento ambiental en albergues

Fortalezas

- Hubo rectoría del MSPAS en los aspectos del saneamiento básico de los albergues.

- Existió apoyo de organismos cooperantes nacionales e internacionales para la operación de acciones en agua y letrinas.
- Algunos miembros de los albergues se incorporaron en actividades de control, supervisión y mantenimiento de acueductos, letrinas de acuerdo a su nivel de organización.
- Existió experiencia previa de los recursos institucionales y comunitarios en el manejo y control de enfermedades como dengue, cólera y otras transmitidas por vectores.

Debilidades

- Duplicidad de información poblacional sobre los albergues.
- Deficiencias en el control de alimentos donados a los albergues.
- Escasa participación de la comunidad en acciones de saneamiento ambiental en los albergues.
- No existe adecuada coordinación entre los actores institucionales que trabajan en el saneamiento ambiental.
- Dificultad para proveer agua y letrinas de manera oportuna en algunos albergues.

- Inexistencia de normativa especializada (saneamiento ambiental) para los albergues.

Vigilancia y Control Epidemiológico

Fortalezas

- Hubo rectoría del MSPAS en la vigilancia epidemiológica en los albergues.
- Cooperación de organismos internacionales y nacionales para operar el sistema de vigilancia epidemiológica en los albergues.
- Se contó con un sistema de registro para el control y notificación de enfermedades en los albergues.
- Algunos líderes comunitarios estaban capacitados en el control sanitario de los albergues.

Debilidades

- Falta de recursos humanos suficientemente capacitados en la vigilancia epidemiológica.
- Escaso registro de problemas psicosociales en el sistema de vigilancia epidemiológica.
- No se definió con exactitud la población de albergados en un momento dado.

Organización de la atención médica y de Salud Mental

Fortalezas

- El MSPAS desarrolló el rol coordinador de la atención médica y de salud mental en los albergues.
- En algunos albergues existió atención médica y en salud mental de manera oportuna.
- Se constató el apoyo de instituciones de cooperación nacionales e internacionales en atención médica y de salud mental.
- Se tuvo suministros de medicamentos e insumos necesarios para desarrollar la atención médica.

Debilidades

- En los albergues prevaleció el enfoque tradicional (curativo/biologicista) sobre el preventivo (biopsicosocial).
- Falta de preparación del recurso humano en el abordaje de salud mental.
- Escaso recurso material y humano para el trabajo en salud mental para personas albergadas.

- No se identificaron necesidades específicas de salud por grupos étnicos y sexo.
- Sobre-utilización de servicios médicos por parte de la población de los albergues y la comunidad.
- Atención a personas que no pertenecían a los albergues.
- Publicar y difundir los derechos y deberes de las personas albergadas.
- Es necesario contar con una reglamentación y normativa actualizada para la administración y funcionamiento de albergues.
- Hay que desarrollar programas de capacitación en administración, atención en salud, saneamiento ambiental y vigilancia epidemiológica de albergues en casos de desastres.

Lecciones Aprendidas

- Se debe contar a nivel departamental con un mapeo de lugares posibles para instalación de albergues.
- Se constató que la politización y el protagonismo institucional limita el trabajo en los albergues y agrava la crisis en situaciones de emergencia.
- Es necesario definir un plan de gestión y administración de albergues, donde las instituciones y los gobiernos municipales lleguen a un consenso de quién administrará los albergues.
- Es importante fortalecer los procesos de participación ciudadana para la toma responsable de decisiones y el desarrollo de acciones sanitarias, mantenimiento y funcionamiento de albergues.
- Es oportuno fortalecer el sistema de información de la vigilancia epidemiológica para evitar desviaciones en el registro de las enfermedades.
- Hay que darle prioridad a la atención en salud mental de los albergados para tener como resultado la rehabilitación e inserción social, laboral y educativa de los mismos.
- Es conveniente sistematizar las experiencias en la organización y administración de los albergues.

PARTICIPANTES DEL AREA TEMÁTICA ALBERGUES

Día viernes 6 de julio de 2001, Hora: 9:30 a.m. - 1:00 p.m.

1. Gilberto Ayala, Consultor Privado, MODERADOR
2. Elizabeth Rodríguez, OPS/El Salvador, MODERADORA
3. Elda de Godoy, Ministerio Relaciones Exteriores, RELATORA
4. Amalia Ayala, ISDEMU, RELATORA
5. Migdania Loreta Cruz Estrada, ISDEMU
6. María Amparo Cortez, Gerencia de la Mujer MSPAS
7. Mario Morales, FNUAP
8. Aldo Joseph, Cascos Blancos PNUD
9. Sivila Mario Luis, Cascos Blancos PNUD
10. Carlos René Araujo, Detal La Libertad
11. Tito Rodríguez, Detal La Libertad
12. Angel Guatemala, Unidad de Gestión Riesgo, MSPAS
13. Moisés Villareal, MINSA Panamá
14. Héctor Castillo, MSPAS DEC
15. José Pérez, MINSA Nicaragua
16. Raúl González, CSS Panamá
17. Virginia Céspedes, MINSA Costa Rica
18. Milagro de Mármol, MSPAS
19. Milagro de Mejía, MSPAS
20. Ada Chávez, AMSS Distrito 5
21. Maritza Noyola, SERAPHIN
22. Ica de Angel, HN Psiquiátrico
23. Luis Colato, Comandos de Salvamento
24. Roberto Cruz, Comandos de Salvamento
25. Cecilia Méndez, FM UES
26. Rhina Clará, PRÓVIDA
27. Eva Ortiz, CEMUJER
28. Morena Rivas, ISSS
29. Gloria de Calles, MSPAS
30. Luis Cruz, Detal. San Vicente
31. Rogelio Romero, HR San Miguel
32. Carlos Ascencio, PNC
33. Verónica Villalta, Plan Internacional
34. José González Escamilla
35. Luis Pérez, OPS/OMS
36. José Vásquez, Batallón Sanidad Militar
37. José Abdalá, Unidad Díaz del Pinal
38. María Argueta, Unidad Quezaltepeque
39. Enrique González, Unidad Tecoluca

5.11 SALUD MENTAL Y ATENCION PSICOSOCIAL

Generalmente las operaciones de auxilio y ayuda humanitaria ante situaciones de desastres consideran la provisión de asistencia médica directa, operaciones de rescate, el establecimiento de albergues y la reconstrucción de infraestructura. Lo que suele pasarse por alto son las necesidades de las víctimas en materia de salud mental. Frecuentemente se subestima el tiempo de la atención psicosocial, los recursos son habitualmente escasos, y no pueden satisfacer las necesidades de las víctimas por largos plazos para confrontar las respuestas psicológicas a un evento singularmente traumatizante de pérdida o duelo.

En esta temática los participantes valoraron el funcionamiento de los sistemas y servicios de atención psicosocial a víctimas del desastre, como consecuencia de los terremotos de enero y febrero de 2001.

Organización y funcionamiento de la atención en salud mental

Fortalezas

- Existencia de una instancia intersectorial de carácter nacional denominada Consejo Nacional de Salud Mental, y de un Comité Técnico Asesor en el MSPAS.
- Disposición de las diferentes instituciones del Sector Salud y de recursos humanos a

participar en el trabajo de Salud Mental post-desastre.

- Existencia de un incipiente desarrollo de una Política en Salud Mental en el Sector Salud.
- Existencia de una decisión política ministerial en el abordaje de la emergencia con enfoque de Salud Mental Comunitaria (descentralización del Hospital Psiquiátrico, capacitación del primer y segundo nivel, atención domiciliaria, etc.)
- Presencia de un proceso de formación del equipo de Salud Mental a nivel normativo del MSPAS.
- Presencia de algunas instituciones nacionales e internacionales con experiencia previa en salud mental en situaciones de desastres.
- Apoyo técnico y financiero para la atención en salud mental por parte de organismos y ONG's internacionales y gobiernos amigos.
- Existencia de niveles de organización de la atención en salud en la mayoría de comunidades.

Debilidades

- Escasa preparación del recurso humano en Salud Mental Comunitaria, tanto en el Sector Salud como en el de Educación.
- Predominio del modelo clínico asistencial sobre uno integrador biopsicosocial.
- Formación de recursos en psiquiatría que privilegia la atención en el Hospital Psiquiátrico.
- Escasa existencia de planes de emergencia de atención en Salud Mental.
- Escaso número de profesionales con formación adecuada para el abordaje de la emergencia en salud mental a nivel nacional.
- Existencia de un sistema de registro parcial e incompleto en salud mental (subregistro, carencia de información cualitativa, etc.).

Coordinación de acciones de salud mental

Fortalezas

- Disponibilidad de instituciones y organismos nacionales para coordinar trabajos conjunto en salud mental.

- Existencia de un equipo de salud mental coordinador en el nivel normativo del MSPAS.
- Apertura de la mayoría de los gobiernos municipales en coordinar acciones conjuntas de salud mental y existencia de algunas estructuras organizadas en el nivel municipal y comunitario para la coordinación de este tipo de acciones.
- Receptividad de la población para conformar redes locales para el desarrollo de acciones coordinadas en salud mental.

Debilidades

- Deficientes mecanismos de coordinación del organismo rector de la salud mental, especialmente en la fase de emergencia.
- Deficiente amplitud de convocatoria y comunicación a instituciones y organismos que participan en la atención en salud mental.
- Dificultades generadas por protagonismo y rivalidades entre instituciones nacionales e internacionales.
- Dificultad estratégica para integrar la salud mental a los medios de comunicación.

- Insuficientes recursos materiales para el desarrollo de acciones de atención y rehabilitación psicosocial.
- Deficiente trabajo de la instancia que canaliza la ayuda internacional en salud mental, que determinó una mala distribución de los recursos humanos dando como resultado una sobrecarga innecesaria de trabajo en algunos lugares y duplicidad de esfuerzos en otros, por exceso de recursos.
- Falta de comunicación e intercambio de información del Hospital Psiquiátrico con el MSPAS.
- Ausencia de planes institucionales que promuevan y fortalezcan la salud mental en prestatarios de servicios: Policía Nacional Civil, Fuerzas Armadas, Cuerpos de Socorro, médicos(as), enfermeras(os) y maestros(as).

Sostenibilidad de las acciones de salud mental

Fortalezas

- Decisión política ministerial para implementar la estrategia de salud mental comunitaria a nivel nacional.
- Existencia de un Plan Nacional de Salud Mental.

- Conformación de un equipo de salud mental a nivel central.
- Existencia de una base de recursos capacitados en salud mental comunitaria.

Debilidades

- Acciones de intervención psicosocial de emergencia de carácter temporal y sin seguimiento.
- Escasa coordinación para canalizar la ayuda externa en salud mental.
- Prevalencia del asistencialismo por parte de las diferentes instituciones.
- Existencia mínima de planes preventivos en salud mental a nivel local.
- Deficiente o inexistente presupuesto en las instituciones y organismos para el desarrollo de acciones de salud mental en situaciones de desastres.

Lecciones Aprendidas

- La importancia de tener equipos y redes locales de salud mental comunitaria funcionando y con conocimientos en: promoción, atención rehabilitación, docencia e investigación.

- La preparación de recursos humanos comunitarios y de otros sectores tiene mucho valor para el desarrollo de acciones de salud mental ante situaciones de desastres.
- El abordaje de la atención en salud mental en los contextos de desastre debe incluir no solamente los aspectos psicológicos y biológicos, sino también las condiciones materiales básicas de su existencia.
- En la atención de emergencia debe existir mayor sensibilización y conocimiento para la búsqueda de los posibles problemas emergentes en el área psicosocial a fin de diseñar intervenciones eficaces.
- Para el abordaje integral de la salud mental deben participar todas las instancias que hacen a la vida cotidiana de las personas en sus comunidades.
- En la medida que las personas de la propia comunidad sean capacitadas y pasen a ser parte de equipos de trabajo y/o redes, se tendrán mejores logros y seguimiento y continuidad en las intervenciones.
- La estrategia de salud mental comunitaria permitió un diagnóstico, una asistencia oportuna y una pronta rehabilitación de los afectados. Esta misma estrategia promovió la formación de la ayuda mutua, la cual se consideró como instrumento valioso para la recuperación de las comunidades afectadas.
- El desarrollo de acciones de salud mental en los sitios de impacto de los terremotos ayudó a que las personas organizaran su vida.
- El personal del Hospital Psiquiátrico entrenado que sale a la comunidad, produce un impacto mucho más positivo que permanecer a la espera de la llegada de los usuarios dentro del Hospital.
- La existencia de mecanismos de comunicación e información intrainstitucionales es un factor que favorece la intervención oportuna y eficaz en áreas de impacto por desastres.
- Deben desarrollarse planes institucionales en salud mental dirigidos a personal de servicios que realiza labores en la emergencia como policías, socorristas, médicos(as), enfermeras(os) y maestros(as).
- Las políticas que promueven la creación de equipos de salud mental comunitaria a nivel local posibilitan la continuidad y sostenibilidad de las acciones en salud mental. Cuando existen redes locales de salud mental se tiene una respuesta inmediata en los sitios de impacto de los desastres.

- Es necesario establecer un registro unificado de problemas y acciones de salud mental para albergues y comunidades.

PARTICIPANTES DEL AREA TEMÁTICA SALUD MENTAL / ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Día jueves 5 de julio de 2001, Hora: 9:30 a.m. - 12:15 p.m.

1. Hugo Cohen, OPS/El Salvador, MODERADOR
2. Ruth Manzano, OPS/El Salvador, RELATORA
3. Eva de Molina, CEMUJER
4. René Sandoval, Colegio Médico
5. José Bárcenas, CCSS Costa Rica
6. Silvia de Ruiz, AMSS Distrito 5
7. Vilma Rodríguez, Sínodo Luterano
8. José Pérez, MINSA Nicaragua
9. Ernesto Moreira, PNC
10. Morena de Tévez, ISSS
11. Melva de Martínez, Detal. Ahuachapán
12. David Mercadillo, H. Militar
13. Pedro Bermejo, I. Epidemiología Cuba
14. Carmen de Denys, MSPAS
15. Ica de Angel, HN Psiquiátrico
16. Marcelo Colussi, Cruz Roja Italiana
17. Cristina Schwench, OPS/OMS
18. Angeles Bañuelos, OPS Els

5.12 SISTEMA DE SUMINISTROS (SUMA)

El Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (SUMA), auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud y FUNDESUMA, es una herramienta valiosa para el manejo y control de los suministros de ayuda humanitaria posterior a la presencia de una emergencia nacional provocada por desastres de cualquier tipo.

En esta temática los participantes valoraron la eficacia y utilidad del manejo de suministros de ayuda humanitaria con el sistema SUMA, posterior a los terremotos recientes de 2001.

Fortalezas

- SUMA favorece la transparencia y confidencialidad en el control de entrada, salida y distribución de suministros a los damnificados.
- SUMA mejora y facilita las condiciones de trabajo de aquellas personas encargadas de llevar el control de la ayuda humanitaria.
- SUMA es una herramienta flexible y relativamente simple, ampliamente conocida y aceptada en muchos países, especialmente en América Latina y el Caribe.
- El software es gratis y se puede conseguir fácilmente, ya que existe asistencia técnica y

asesoría disponible por parte de OPS y FUNDESUMA.

- Es una herramienta que puede ser usada por cualquier tipo de institución, no solamente en momentos de desastres sino como herramienta de control de bodegas e inventarios en circunstancias normales.
- En la medida que es compartida por varias instituciones en la emergencia, ayuda al desarrollo del espíritu de equipo y manejo del mismo idioma

Debilidades

- La fatiga física y mental de los operadores y el estrés en momentos de emergencia provoca errores que el sistema no detecta ni modifica.
- A pesar de existir directrices para el uso de pesos y medidas de los datos, éstos no están estandarizados, ni siquiera en el ámbito regional.
- Aun no es posible pasar el SUMA a Internet.
- Debido a que el sistema opera con una estación central y distintos terminales que le transmiten la información, en un momento de emergencia se pueden producir dificultades

de comunicación por falta de acceso a la red telefónica y de radios.

- No todos los donantes internacionales, ni actores nacionales e internacionales en emergencias conocen SUMA. Esto crea dificultades a los operadores a la hora de pasar la información que viene en las guías aéreas de embarque porque no se adapta a los procesos de SUMA.

Lecciones aprendidas

- El establecimiento del sistema SUMA tras los terremotos fue tardía (disponible hasta el tercer día) por varios factores: i) creación de CONASOL por el Gobierno con multitud de actores (como ANEP, MRREE, Ministerio de Hacienda, Corte de Cuentas, Aduanas, etc.), que no conocían esta herramienta, ii) CONASOL tenía sus propios procedimientos de registro y control muy diferentes entre sí, iii) cambio de lugar en varias ocasiones del centro de recepción de la ayuda humanitaria, iv) falta de recurso humano capacitado suficiente y disponible en ese momento y, v) falta de recursos técnicos (computadoras, impresoras, comunicaciones, etc.).
- A pesar de existir personal capacitado en el país, este personal estaba desarrollando y asumiendo otras tareas de emergencia en sus instituciones y, por tanto, no estaban disponibles para apoyar en SUMA.
- Deficiente cantidad de recursos humanos, computadoras e impresoras y agotamiento del personal por el trabajo excesivo.
- A pesar de la flexibilidad del sistema en ofrecer distintos tipos de reportes desagregados, varias instituciones manifestaron problemas de oportunidad de los informes y dificultad de comprensión. Esto significa que el personal no está suficientemente capacitado o que se encuentra sobrecargado de trabajo para atender toda la demanda.
- Algunos donantes internacionales como Cruz Roja de República Dominicana y México entregaban los documentos (entrada de mercancías en el aeropuerto) de acuerdo a los procedimientos de SUMA, incluso en versión electrónica (diskettes) lo que facilitaba el trabajo de los operadores de SUMA en El Salvador y agilizaba la salida de la ayuda hacia los damnificados.
- Muchas de las donaciones que llegaron (medicamentos, alimentos y otros) estaban vencidos o en malas condiciones para el consumo humano. Además, muchos donativos no venían ordenados y separados por rubros en cajas, bultos, etc., lo que dificultaba su introducción en la base de datos, dando lugar a no tener en algunos casos información precisa sobre los contenidos.

- Los directores de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que operan en las emergencias no conocen SUMA, situación que impide su aceptación rápida en el momento de la emergencia y su implementación como herramienta de gestión y control.
- El sistema SUMA controla la ayuda canalizada únicamente a través del Gobierno; esto ocasiona que la ayuda canalizada directamente a través de instituciones como iglesias y algunas ONG's no se incorpora a SUMA, y quedan fuera de control.
- No todos los actores en la emergencia conocen los procedimientos de otros, lo que crea situaciones tensas y de paciencia sobre el tiempo que llevan los procedimientos de SUMA.

PARTICIPANTES DEL AREA TEMÁTICA SUMINISTROS (SUMA)

Día viernes 6 de julio de 2001, Hora: 9:30 a.m. - 1:00 p.m.

1. Mauricio Ferrer, COEN, MODERADOR
2. Cristina Herrero, PNUD, RELATOR
3. Ardi Voets, OPS Cor
4. Tito Gámez, HN Zacatecoluca
5. Sonia Hasbum, SNF
6. Bernardo de la O, HN Usulután
7. Margarita de Fuentes, HN San Rafael
8. Mario Serpas, MSPAS
9. Mirna Montano, HN Maternidad
10. Gina de Cañas, HN Maternidad
11. Orestes Estrada, HN Zacamil
12. José Benítez, HN Bloom
13. Nuria Morales, MSPAS
14. Noe Méndez, MSPAS
15. David Mercadillo, FAES
16. Baltasar Solano, Cuerpo de Bomberos
17. Miguel Vega, Cruz Roja Els
18. Ricardo Elías, Cruz Roja Els
19. Oscar Moisa, CEPA Aeropuerto
20. José Cruz, MINSA Honduras
21. José Sosa, F Aérea Salvadoreña
22. Napoleón Vigil, HN San Vicente.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

Este taller constituye el primer escenario de reflexión autocrítica sobre lo actuado en el sector social, específicamente durante los terremotos de enero y febrero de este año. Ha involucrado en forma permanente a más de 150 protagonistas de los ministerios de Salud, Medio Ambiente, Educación, Vivienda, Fuerzas Armadas, Policía Civil Nacional, COEN, ANDA, organismos de socorro, universidades, ONG's, municipalidades, agencias de cooperación nacional e internacional y organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, el ejercicio no puede terminar aquí.

El análisis se puede profundizar más, en cada uno de los 12 temas tratados para el Sector Salud, bien sea en el corto, o mediano, o largo plazo, y en los distintos niveles de complejidad del Sector. Para esto será de gran utilidad la memoria del evento.

Se tiene la convicción de que el ejercicio ha sido de gran utilidad para obtener las lecciones aprendidas que pueden ayudar a mejorar los procesos de preparación y prevención de desastres naturales, reduciendo al mismo tiempo la vulnerabilidad del sector salud ante este tipo de amenazas.

Es importante establecer los mecanismos para educar, organizar y preparar a la población y reforzar las estructuras gubernamentales del sector de la salud en los diferentes ámbitos, con un plan integral de actuación para situaciones de emergencias masivas por sismos, en donde se establezcan

claramente las líneas de mando y las responsabilidades correspondientes a cada instancia para poder dar respuestas eficientes, efectivas, adecuadas y acordes con el momento y el lugar.

Conclusiones generales²

1. Se reconoce que ante los terremotos hubo una pronta respuesta por parte de los organismos del Estado: MSPAS, Ministerio del Interior, Ministerio del Ambiente, Ministerio de Obras Públicas, Ministerio de Seguridad Pública, Fuerzas Armadas, Cancillería, COEN, ANDA, alcaldías y algunas unidades técnicas especializadas como la Unidad Técnica de Desastres del MSPAS.
2. Hubo una excelente respuesta solidaria por parte de la población, comunidad internacional y agencias de cooperación nacional e internacional.
3. Se observó una gran mística por parte de los trabajadores del Sector de Salud quienes dejaron de lado sus propias angustias para incorporarse a las labores de atención de la población. Sin embargo:

² Participaron en la elaboración de estas conclusiones la Arq. Teresa Guevara, Jean Louc Poncelet (PED/OPS), Luis Jorge Pérez (PED/OPS), Mauricio Ferrer (COEN), Gloria de Calles (MSPAS) y Jorge Jenkins (OPS).

- Los sismos fueron de tal magnitud y frecuencia que sobrepasaron las capacidades nacionales para responder en una forma coordinada y coherente.
 - No se aplicaron en su totalidad las lecciones aprendidas de otros desastres anteriores como las del terremoto de 1986, de los sismos que le antecedieron y las del huracán Mitch.
4. La Unidad Técnica de Desastre no contaba con suficiente autoridad, recursos humanos y económicos, para realizar todas las actividades que le corresponderían para lograr un sistema de integración permanente de los diferentes subsectores, así como tampoco de un plan integral de actuación para situaciones de emergencias masivas por terremotos.
 5. Debido a la insuficiente preparación de los recursos humanos e instituciones en planificación, organización, así como la coordinación ante situaciones de desastres, muchas veces la respuesta fue inadecuada.
 6. Durante los sismos se puso en evidencia la falta de capacitación en atención médica de emergencia del personal sanitario y en otros temas más, que se relacionan con la respuesta inmediata ante las situaciones generadas por los terremotos (atención médica de emergencia prehospitalaria y hospitalaria)..
 7. Se evidenció la necesidad de desarrollo de programas de capacitación a gobiernos y comités intersectoriales municipales en materia de organización y administración de albergues temporales.
 8. Los hospitales de campaña sólo resuelven la deficiencia de atención hospitalaria a muy corto plazo, pero a mediano y largo plazo son de un alto costo con relación al beneficio.
 9. Se demostró la necesidad de reforzar la capacidad local de vigilancia epidemiológica para toma de decisiones de una forma integrada con las diferentes organizaciones.
 10. Se señaló la importancia de tener equipos de salud mental comunitaria funcionando en el ámbito local a través de redes reconocidas y conformadas por personas capacitadas en: prevención, asistencia, rehabilitación, docencia e investigación.
 11. Los sismos anteriores motivaron recomendaciones sobre aspectos de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en las instalaciones de salud, que de haber sido atendidas hubieran evitado muchos daños y trastornos, como por

ejemplo la evacuación innecesaria de varios hospitales.

12. El desconocimiento de criterios técnicos para definir el grado de daño de los establecimientos de salud hizo que se desarrollaran procesos de evacuación.
13. La comunidad nacional e internacional reaccionó inmediatamente enviando donativos que fueron inventariados de forma

rápida y transparente a través del sistema SUMA.

14. Recomendar e insistir con la cooperación internacional en cumplir con los lineamientos establecidos para el envío de suministros humanitarios, debido a que muchos productos vencidos o en mal estado producen dificultades en su manejo y desecho posterior.

San Salvador, El Salvador 6 de julio de 2001

VII. ANEXOS

7.1 PROGRAMA

Taller
**LECCIONES APRENDIDAS DE LOS
TERREMOTOS DEL 2001 EN EL SALVADOR**
Hotel Radisson, 04-06 de Julio de 2001

1. OBJETIVO

Analizar las fortalezas y debilidades ante los eventos sísmicos de El Salvador, con el propósito de identificar y priorizar futuras acciones de prevención, mitigación, preparación y respuesta ante emergencias y desastres.

2. CONDUCCIÓN

El taller es organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres(EIRD), y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

3. METODOLOGÍA

Grupos de discusión

Se organizarán cinco mesas simultáneas de trabajo, tres de ellas en el área de Salud, una en el área de Asentamientos Humanos y una quinta en el área de Educación, donde se discutirán aspectos relevantes de cada tema, llegando a conclusiones y recomendaciones. Las discusiones de grupo se conducirán de acuerdo a un temario previamente elaborado y serán coordinadas por un moderador; cada grupo contará con un relator.

Sesiones plenarias

Una introductoria al taller, donde se expondrá la experiencia vivida en el país y los resultados de las evaluaciones realizadas por CEPAL. El segundo día se iniciará con una sesión plenaria para presentar los resultados de las mesas de trabajo del día anterior, y lo mismo se hará en el tercer día (viernes 6 de julio). Este día se realizará una sesión plenaria final donde se darán a conocer las lecciones aprendidas por cada área temática, las conclusiones y recomendaciones finales del evento.

En fecha posterior al taller se publicará la Memoria del mismo, la que será divulgada entre los interesados.

Día Miércoles 04 de julio de 2001 – Mañana

HORA	ACTIVIDAD
8.00-8.30	Inscripción de participantes
8.30-9.30	Inauguración
10.15-11.45	Receso
9.30-12:00	Sesiones plenarias: Aspectos geofísicos e impacto de los terremotos en El Salvador (CIG). Impacto económico, social y ambiental de los terremotos (CEPAL). Manejo gerencial de la Cooperación Técnica (OPS/OMS).
12.00-13.00	Almuerzo

SECCIÓN DE SALUD

Día Miércoles 04 de julio de 2001-Tarde

MESAS DE TRABAJO SECTOR SALUD			
	Mesa 1	Mesa 2	Mesa 3
13:00-15:00	Atención médica de Emergencia: Prehospitalaria y hospitalaria Moderador: Dr. Humberto Urbina (OPS) Relator: Dr. Sergio Parada (MSPAS)	Vigilancia epidemiológica. Moderador: Dr. Armando Bañuelos (OPS) Relator: Dr. Mauricio Romero (OPS)	Comunicación e información sanitaria en la emergencia Moderador: Lic. Carlos Corado (UCA) Relator: Candy Yanes (OPS)
15:00-15:30	Receso		
15:30-16:30	Atención médica de Emergencia: Prehospitalaria y hospitalaria	Vigilancia epidemiológica.	Comunicación e información sanitaria en la emergencia.

Día Jueves 05 de Julio de 2001

8:00-9:00	Sesión Plenaria: Resumen del trabajo de las mesas del día 04 de julio		
9:00- 10:15	Preparación y respuesta de los Servicios de Salud, incluyendo vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional. Moderador: Dr. José Ruales (OPS) Relator: Dr. Humberto Urbina	Salud Mental / Atención Psicosocial Moderador: Dr. Hugo Cohen (OPS) Relator: Inga. Ruth Manzano (OPS)	Respuesta Institucional y Coordinación interinstitucional. Moderador: Dr. Vicente Gavidia (UNICEF)
10:15-10:45	Receso		
10:45-12:15	Preparación y respuesta de los Servicios de Salud, incluyendo vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Salud Mental / Atención Psicosocial	Respuesta Institucional y Coordinación interinstitucional.
12:15-13:15	Almuerzo		
13:15-15:00	Hospitales de campaña Moderador: Dr. Humberto Urbina Relator: Dr. Emilio Castillo (MSPAS)	Respuesta Sanitaria Internacional Moderador: Lic. Beatriz Borja (Cancillería) Relator: Lic. Fressia Cerna (UNFPA)	Saneamiento Ambiental (agua, excretas, escombros y basuras) Moderador: Ing. Patricia Segurado (OPS) Relator: Tony Brand (UNICEF)
15:00-15:30	Receso		
15:30-16:30	Hospitales de campaña	Respuesta Sanitaria Internacional	Saneamiento Ambiental (agua, excretas, escombros y basuras)

Día Viernes 06 de Julio de 2001

8:00-9:00	Sesión Plenaria: Resumen del día anterior		
9:00- 10:15	SUMA Moderador: Dr. Mauricio Ferrer (COEN) Relator: Lic. Cristina Herrero (PNUD)	Albergues Moderador: Dr. Gilberto Ayala Relator: Elda Vásquez de Godoy (Cancillería)	Saneamiento Ambiental (Alimentos, Zoonosis y Vectores, Vivienda Saludable) Moderador: Ing. Gerardo Merino (OPS) Relator: Licda. Daysi de Márquez (PMA)
10:15-10:45	Receso		
10:45-12:15	SUMA	Albergues	Saneamiento Ambiental (Alimentos, Zoonosis y Vectores, Vivienda Saludable)
12:15-14:00	Almuerzo		
14:00-15:30	Sesión Plenaria: Conclusiones y Recomendaciones de las Lecciones Aprendidas		
15:30-16:00	Café		

SECCIÓN DE ASENTAMIENTOS HUMANOS, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

Día Miércoles 04 de julio de 2001- tarde

	ASENTAMIENTOS HUMANOS	EDUCACION Y COMUNICACIÓN SOCIAL
	MESA 4	MESA 5
13:00-15:00	Gestión Local del Riesgo	Reducción de la Vulnerabilidad de Planta Física de Centros Educativos
15:00-15:30	Receso	
15:30-17:00	Servicios Básicos	Intervención en crisis en escuelas

Día Jueves 05 de Julio de 2001

8:00-9:00	Sesión Plenaria: Resumen del trabajo de las mesas del día 04 de julio	
	MESA 4: ASENTAMIENTOS HUMANOS	MESA 5: EDUCACION Y COMUNICACIÓN SOCIAL
9:00- 10:15	Vivienda	Comunicación Social (con énfasis en la comunidad educativa)
10:15-10:45	Receso	
10:45-12:15	Vivienda	Comunicación Social (con énfasis en la comunidad educativa)
12:15-13:15	Almuerzo	
13:15-15:00	Ordenamiento Territorial	Actualización de planes de emergencias escolares
15:00-15:30	Receso	
15:30-17:00	Ordenamiento Territorial	Grupos vulnerables: con énfasis en la protección de la niñez

Día Viernes 06 de Julio de 2001

8:00-9:00	Sesión Plenaria: Resumen del día anterior	
	MESA 4: ASENTAMIENTOS HUMANOS	MESA 5: EDUCACION Y COMUNICACIÓN SOCIAL
9:00- 10:15	Manejo de Información antes, durante y después de desastre	Fortalecimiento del tema de prevención y mitigación de desastres dentro de la currícula escolar (todos los niveles)
10:15-10:45	Receso	
10:45-12:15	Manejo de Información antes, durante y después de desastre	Fortalecimiento del tema de prevención y mitigación de desastres dentro de la currícula escolar (todos los niveles)
12:15-14:00	Almuerzo	
14:00-15:30	Sesión Plenaria: Conclusiones y Recomendaciones de las Lecciones Aprendidas	
15:30-16:00	Café	

7.2 LISTA GENERAL DE PARTICIPANTES

1. Ruth Manzano, OPS
2. Analicia Vega, Fonavipo
3. René A. Molina, Centro de Desarrollo Profesional
4. Manuel R. Díaz, Centro de Inversiones Geotérmicas
5. Angélica Gutiérrez, Movimiento de Mujeres Melida
6. Dr. Julio C. Castro Escoto, Hospital N. de Cojutepeque
7. Marina del Carmen Montano, Jefe Hospital Maternidad
8. Luis Alonso Cruz, Hospital de San Vicente
9. Ricardo Elías C., Cruz Roja Salvadoreña
10. Oscar A. Moisa, CEPA Aeropuerto
11. Rogelio R. Mártir, Hospital Nacional de San Miguel
12. Mayor José Guillermo Sosa, Fuerza Aérea Salvadoreña
13. Mario H. Zavaleta, Consultor Independiente
14. Ivonne Arévalo de Martínez, Federación Luterana
15. Morena Rivas de Tévez,, ISSS
16. Oscar Ulises Minero, C. de D. Profesional de Occidente
17. José Ramón Cruz, Secretaría de la Salud, HONDURAS
18. Carlos René Araujo C., Deptal. De Salud La Libertad
19. Tte. David Mercadillo, Fuerza Armada
20. Erick Aragón, COEN
21. Gloria I. De Luna, Deptal La Unión
22. Nayda A. Medrano, UNICEF
23. Miguel A. Vega, Cruz Roja Salvadoreña
24. Víctor Ojeda, OPS/OMS EL SALVADOR
25. Dra. Maritza Carolina Galdamez, PNC
26. Alba Roxana Mendoza, Deptal. Ahuachapán
27. Ing. Julio Alvarado, Gerencia Salud Ambiental
28. Ana Cristina Sorto, MSPyJ
29. Marisol Colorado, Cruz Roja Salvadoreña
30. Ernesto Morería, PNC
31. Luis Colato, Comandos de Salvamento
32. Roberto Cruz, Comandos de Salvamento
33. Debora Juárez, MSPAS
34. Rafael Portillo, MSPAS
35. Enrique A. Gavidia, MSPAS
36. Raúl A. González, VCSS/PMA
37. Ana Elizabeth Moreno de Coreas, MINED
38. Mario Vicente Serpas, MSPAS
39. Dr. René Mena, Hospital Santa Teresa
40. Sc., Carlos Ascencio PNC
41. Alcides Urbina, OPS/OMS EL SALVADOR
42. Francisco Marroquín, CBES
43. Baltasar Solano, CBES
44. Tito Gámez, HN Sta. Teresa
45. Ángela S. De Larín, MSPAS
46. Ricardo Lara, MSPAS
47. Carmen Cruz, MSPAS
48. Melba Chicas de Martínez, MSPAS Ahuachapán
49. Ica Lorena de Ángel, Hospital Nacional Psiquiátrico
50. Edgardo Platero, OPS/OMS
51. Raúl Rodríguez, ANDA/GSR
52. María Concepción Argueta , MSPAS
53. Dana Van Alphan, OPS/OMS Washington
54. José R. Barcenás, OPS/COSTA RICA
55. Francisco Ernesto Durán, CEPRODE
56. Maritza Menjicar Noyola, Fundación Seraphin
57. Patricia Méndez de Hasbun, UCA
58. Isabel Margarita de Tévez, H. N. San Bartolo
59. Marcelo Colussi, Cruz Roja Italiana
60. Silvia Manzanares, MSPAS
61. Alba Alfaro, UCA
62. Tony Imgola, OPS/OMS EL SALVADOR
63. René Portillo, Colegio Medico
64. Luis Ortíz Calito, PNC
65. Orestes Estrada Parada, H. N. Zacamil
66. Pedro Más Bermejo, INHEM/CUBA
67. Evelyn Llanos, ANDA
68. Moisés Abouganem, Ministerio de Salud PANAMA
69. Migdania Loreta Cruz Estrada, ISDEMU
70. Dr. Jorge A. Álvaro, SIBASI Santiago de María
71. José del Transito Benítez Cabrera, Hospital Bloom
72. Dr. Ángel Manzano, Ministerio de Salud GUATEMALA
73. Sonia Hasbun, Secretaría Nacional de la Familia
74. Pedro Bastidas, OEA
75. Lidia Eugenia de Nieto, MSPAS
76. Rina de Rodas, MSPAS
77. Nelson González Escamilla, ANDA
78. Mayor y Lic. José Javier Vásquez Peraza,
79. Gloria de Calles, MSPAS
80. Guillermo Rodríguez, ANDA
81. Gina Elizabeth Cañas, Hopt. Nac. Maternidad
82. Bernardo de la O , HNSP
83. Miguel Ángel Pérez, C. E. San Luis El Coyolar
84. Blanca Lidia Menjivar, MARN
85. Gilberto Ayala, PRO-21
86. Oscar A. López, Viceministerio de Vivienda
87. Manuel Enrique Valladares, Cruz Verde Salvadoreña
88. Cristina Schmande, OPS/Observadora
89. Armando Bañuelos, OPS
90. Angeles Bañuelos, OPS/OMS- Observadora
91. María L. Benítez, MINID
92. Lucimar Cannon, OPS/OMS
93. Elizabeth Rodríguez, OPS
94. Mirna Elizabeth Pérez, OPS
95. William Rojas, AMSS
96. Kevin Baltz, Cuerpo de Paz
97. José Luis Porras, IOPIC
98. Flavia Chevez, FUSAL
99. Felipe Bazán , Federación de Cruz Roja
100. María Elena Avalos, MSPAS
101. Héctor E. Castillo, MSPAS
102. Herber Chinchilla, COEN
103. Angélica de Linares, OPAMSS
104. Sivila Mamo
105. Osen Ortiz, COMURES
106. José Israel Flores, ANDA
107. Jovel M. Bockle, Médicos del Mundo
108. Jorge Roberto Cruz, Hospital Nacional Maternidad
109. José Mauricio Magaña, Director Hospital de Maternidad
110. José Gerardo Merino, OPS/INCAP
111. Pablo Torrealba, CEPREDENAC
112. Manuel Hold, MSPAS
113. Alejandra Pallais, Cuerpo de Paz
114. Judith de López, MSPAS
115. Rosa Elena Hernández, MSPAS
116. Dr. Napoleón Vigil, Hosp. Nacional San Vicente
117. Guillermo Umaña, AIDIS
118. Miguel Gómez, Hospital Chalchuapa
119. Margarita de Fuentes, Hospital Nacional San Rafael
120. Carolina Morán, Movimiento de Mujeres MAM
121. Beatriz Borja, MRREE
122. Ángel Durán, MINED
123. Tito Rodríguez, Deptal. La Libertad
124. José Orlando Abdala, Deptal. La Libertad
125. Joseph Aldo, Cascos Blancos
126. Rosario Valencia, Red de Agua y Saneamiento
127. R. Jovel, CEPAL
128. Elda de Godoy, RREE
129. Fernando Casanova, Fed. Internacional, Cruz Roja
130. Laura Edith Ramos, MSPAS
131. Julio Garay Ramos, MSPAS
132. José Luis Pérez N. MINSA-NICARAGUA

Lecciones Aprendidas de los Terremotos del 2001 en El Salvador

133. Milagro de Marmol, Hospital Cojutepeque
134. Milagro de Masico, Equipo de Zona Paracentral
135. Juan H. Jubis, MSPAS Zona Occidental
136. Dr. Luis Alberto Figueroa, Equipo T. Zona Occidental
137. Dr. Mauricio Romero, OPS/OMS EL SALVADOR
138. Sr. Anthony P. Brand, UNICEF
139. Samaria Chavarria, FUDECIT
140. Oscar Benjamín Torres, FUDECIT
141. Montse Rodríguez, Gobernación
142. Alejandro Gámez, Cuellar, Universidad Matías Delgado
143. Luis Guerrero, MSPAS
144. Magdalena Molina UNICEF
145. Rosa Elena Chávez de Guevara, MINED
146. Emma Magaña de Gamero, MSPAS
147. Haydee de Escobar, MSPAS
148. Ana de Rivas, Departamental Zona Norte
149. H. Betancourt, MSPAS
150. Carlos Méndez, MSPAS
151. Rosana Domínguez, MAS
152. Ismael Lara, J. UNICEF
153. Víctor Manuel Roque, Visión Mundial
154. Sara Mendoza, ADEL Morazán/APS
155. Luis Roberto Carrillo, ADEL Morazán/APS
156. Oscar Guillermo Caledonio, ADEL Morazán/APS
157. Dolores Ferrés, Geólogos del Mundo
158. Xenia de Panameño, OPES-VMVDU
159. Patricia de Hernández, MSPAS
160. Virginia Céspedes, MINSA COSTA RICA
161. Orbelina de Palma, MSPAS
162. Silvia de García, MSPAS
163. Rosa María Zometa, OPS
164. Miriam Asunción Guzmán, PDH
165. Concepción María Ángel, Iglesia Luterana
166. José Elías Bonilla Avilés, Fuerza Armada
167. Oscar García, Médicos sin Frontera
168. Ernesto Velásquez Flores, Médicos sin Fronteras
169. Roberto Linares, BID
170. Rosa Elena de Huevo, PDDH
171. Fernando Llanes, ANDA
172. Ana de Lazo, Hospital Rosales
173. Gilda Lorena M. De Mira, MSPAS
174. Mario Francisco Planas, MSPAS
175. Cinzia Innocenti, PNUD
176. Sergio Roberto Parada, Hospital Bloom
177. Rolando E. Hernández, MSPAS
178. Sara González, UNICEF
179. René Hernández, Cruz Roja
180. Marlen Mabel Solórzano, Ministerio de Educación.
181. Raffaele Vignola, APS ITALIA
182. Ima Rocío Guírola, CEMUJER
183. Carlos Isaac Pérez, MASICA/OPS
184. Amalia E. Ayala, ISDEMU
185. Julia Raquel de Orellana, DAA/ SNF
186. Denys Rodríguez, FIM/ACT
187. Ana Istmenia de Martínez, U. José Matías Delgado
188. José Raúl Morán, Universidad José Matías Delgado
189. José López, MSF
190. Dr. José R. Mejía, Hospital de Chalatenango
191. Fressia Cerna, UNFPA
192. Vilma Rodríguez, Iglesia Luterana
193. Ernesto Selva Sultán, UCA
194. Isabel Nieves, BID
195. Gicela Guerrero, MSPAS
196. Carmen Villanova de Denys, MSPAS
197. Luis R. Nosiglia, UES.
198. Sandra Batres, CEPRODE
199. Eduardo Arévalo, TCS
200. Eunice Orellana, COMURES
201. Rigoberto Cruz Monge, COMURES
202. Thelma de Alas, Of. de Cooperación Canadiense ACDI
203. Olga Barraza López, MSPASD
204. Alfonso García, CHF
205. Eduardo Romero, MSPAS
206. Roberto Arguello, AIDIS
207. María Amparo Cortez, GAIMS./MSPAS
208. Daysi de Márquez, PMA
209. Julio Armero, MSPAS
210. Juan Pablo Flores, MSPAS
211. Dr. Horacio Toro Ocampo, Representante OPS/OMS
212. Guadalupe Cortez, Sinodo-Luterano
213. Cecilia Rodríguez
214. Cecilia Rodríguez, OCHA-PNUD
215. Revda. Cecilia Alfaro, Iglesia Luterana Salvadoreña
216. Marcos González, Equipo Técnico Zona Occidental
217. Ana Elizabeth Cubis, MRREE
218. Luis Sánchez Z. CARE
219. Claudia Menjivar, MSPJ
220. Mauricio Ayala, FUDECIT
221. Carlos E. Aguirre, FUDECIT
222. Jaime A. Sacaría, MSPAS, Hospital Sta. Ana
223. Alida Ramos, Secretaria OPS/OMS
224. Verónica Funes, COEN
225. Elena Hernández, COEN
226. Carmelina Salazar, COEN
227. José Luis López, OPS/OMS EL SALVADOR
228. Dr. Jorge J. Jenkins, OPS/OMS EL SALVADOR
229. Sandra de Avilés

7.3 GUIAS METODOLOGICAS

SANEAMIENTO AMBIENTAL (AGUA, EXCRETAS Y RESIDUOS SÓLIDOS)

Moderadora: Inga. Patricia Segurado, OPS/OMS

Relator: Lic. Tony Brand, UNICEF

DESCRIPCIÓN: Posterior a un desastre es de importancia fundamental el desarrollo de medidas de salud ambiental. En este sentido, se debe conceder a la población de las áreas de impacto los servicios básicos esenciales para evitar un mayor riesgo y daño a la salud, procurando proteger y asegurar su bienestar. Dentro de las prioridades de salud ambiental posterior a un desastre se puede mencionar el abastecimiento sanitario de agua, la eliminación adecuada de excretas y desechos líquidos, así como la recolección y disposición final de los escombros y las basuras generadas por la población.

OBJETIVOS: Valorar las medidas que se realizaron durante la emergencia para restablecer el servicio básico de agua y las condiciones de saneamiento para asegurar una protección sanitaria de la población en las áreas de impacto de los terremotos de enero y febrero de 2001.

SUBTEMAS A EXPLORAR:

- Abastecimiento de agua
- Calidad del agua
- Evaluación de daños
- Rehabilitación de servicios
- Manejo de basuras y desechos sólidos

DESARROLLO: Preguntas claves

1. ¿Cómo considera que fue la respuesta del sector agua y saneamiento para restablecer el servicio de agua en las comunidades afectadas por los terremotos?
2. ¿Cómo se realizó la evaluación rápida de los daños de los sistemas de abastecimiento de agua?. Señale deficiencias de la evaluación.
3. ¿Cómo considera que fue la coordinación intersectorial e intergencial en agua y saneamiento para dar respuesta a la emergencia?
4. ¿En qué consistió el apoyo de la población para restablecer el servicio de agua en las comunidades afectadas?
5. ¿Qué opciones tecnológicas permitieron que las comunidades afectadas fueran abastecidas en el menor tiempo posible?
6. ¿Cuáles fueron los aspectos críticos que dificultaron el aprovisionamiento oportuno de agua en algunas comunidades?
7. ¿Existen planes de emergencia en el sector de agua y saneamiento?
8. ¿Cómo fue el aprovisionamiento de cloro y cuál fue la forma más efectiva de producción y distribución?.
9. ¿Cuáles fueron los principales problemas encontrados, en el manejo de la información a las comunidades en cuanto a la desinfección del agua?. ¿Cuál fue la conducta de la población relacionada al uso del PURIAGUA?
10. ¿Cómo se orientó sanitariamente a la población en la disposición adecuada de excretas?
11. ¿Cómo fue la capacidad de nacional para el aprovisionamiento de letrinas y la capacidad de instalación en la emergencia?
12. ¿Cuáles fueron las medidas de mitigación, recolección y disposición final de las basuras y de los desechos sólidos en especial de escombros?
13. ¿Cómo evalúa la ayuda del gobierno y de otras instituciones para el restablecimiento de los servicios de agua y saneamiento básico?

ALBERGUES

Moderador: Dr. Gilberto Ayala, Consultor

Relatora: Lic. Elda Vásquez de Godoy, Cancillería

DESCRIPCION: El establecimiento de albergues posterior a un desastre tiene como finalidad asegurar un nivel de vida adecuado a la población afectada a través de la restauración de alimentos, agua, vestuario, vivienda y servicios médicos. El problema en salud pública de los albergues radica en que la concentración de población representan un máximo riesgo posible de transmisión de enfermedades después de pasado un desastre inmediato. A pesar de que no es una responsabilidad directa del Ministerio de Salud la gestión administrativa de los albergues, este debe participar desde el inicio en la toma de decisiones y en el desarrollo de acciones para evitar y controlar las enfermedades.

OBJETIVO: Valorar los procedimientos desarrollados para el manejo de Albergues en las áreas de mayor impacto de los terremotos de enero y febrero de 2001.

SUBTEMAS A EXPLORAR:

- Organización y administración de los Albergues
- Saneamiento ambiental
- Vigilancia y control epidemiológico
- Organización de la atención médica y de salud mental

DESARROLLO: Preguntas claves

1. ¿Cuáles fueron los principales problemas en el establecimiento, organización y administración de los albergues?. ¿Cómo solucionaron los problemas?.
2. ¿Cómo fue la participación de los damnificados en las labores de Administración y Organización del Albergues?. Mencione actividades en que participaron.
3. ¿Cuáles fueron los principales problemas en los albergues para el desarrollo de las diferentes labores de Saneamiento Ambiental (agua, excretas, desechos, alimentos, vectores y roedores)? ¿Cuáles se solucionaron y cómo?
4. ¿Cuáles fueron las principales enfermedades que afectaron a los albergados?, ¿A quiénes principalmente afectó?
5. ¿Cómo se organizaron los servicios de atención médica en los albergues?, ¿Quiénes la brindaron? ¿Quién coordinó las actividades de atención?.
6. ¿Cuáles fueron los procedimientos de vigilancia epidemiológica dentro de los albergues?, ¿Qué enfermedades estuvieron bajo vigilancia?, ¿Se utilizaron instrumentos o reportes de vigilancia?
7. ¿Cómo se organizaron los servicios de salud mental en los albergues?, ¿Cómo se coordinaron las actividades?, ¿Quiénes la brindaron? y ¿A quiénes se dirigieron?.

**SANEAMIENTO AMBIENTAL (ALIMENTOS, ZONOSIS,
VECTORES Y VIVIENDA SALUDABLE)**

Moderador: Ing. Gerardo Merino, OPS/OMS

Relatora: Lic. Daysi de Márquez, PMA

DESCRIPCIÓN: La salud ambiental es de importancia fundamental en la administración de los servicios de emergencia con posterioridad a un desastre, en este sentido, una las prioridades para evitar un mayor riesgo y daño a la salud de la población corresponde a las medidas de protección de alimentos, el establecimiento o continuación de las medidas de control de vectores y de enfermedades zoonóticas y el desarrollo de acciones encaminadas a rehabilitar las viviendas en forma temporal y permanente.

OBJETIVOS: Valorar las medidas que se realizaron para el control de alimentos, vectores, problemas de zoonosis, así como también las acciones realizadas para rehabilitar las viviendas de la población en las áreas de impacto de los terremotos de enero y febrero de 2001.

SUBTEMAS A EXPLORAR:

- Control de alimentos
- Control de vectores y de zoonosis
- Rehabilitación de viviendas temporales y permanentes

DESARROLLO: Preguntas claves

1. ¿Cuáles fueron los principales problemas encontrados en la recepción y distribución de alimentos donados crudos y preparados, así como las condiciones de calidad de los mismos?
2. ¿Cuáles fueron los controles de la calidad de los alimentos crudos y preparados recibidos y distribuidos?
3. ¿Qué problemas se encontraron en la preparación y distribución de alimentos en comunidades afectadas y de riesgo?
4. Valorar los siguientes aspectos de la elaboración y distribución de alimentos

Actividad	Pésimo	Mal	Regular	Bueno	Excelente
Calidad de los alimentos distribuidos					
Higiene en la preparación de los alimentos					
Vigilancia de la calidad					
Condiciones de almacenamiento					
Orientación educativa a la población					
Coordinación interinstitucional					
Coordinación Interagencial					

5. ¿Cuáles fueron los problemas en el control de zoonosis y vectores que se presentaron en las comunidades afectadas?
6. ¿Qué acciones se tomaron para en control de los problemas de vectores?
7. ¿Cómo fue la participación de las municipalidades y de las comunidades para el control de zoonosis y vectores?
8. ¿Qué opinión tiene en cuanto al contenido de los mensajes y materiales educativos y los medios de comunicación utilizados para el control de las enfermedades zoonóticas y vectoriales?
9. ¿Cuáles fueron los tipos de vivienda más afectados por los terremotos de enero y febrero?
10. ¿Qué características debe reunir una vivienda que permita la reducción de riesgos?. Considerar aspectos de diseño y materiales de construcción.
11. ¿Cómo fue la respuesta del país en la dotación de viviendas provisionales, y en la realización de viviendas permanentes?
12. ¿Considera usted que representa el terremoto una oportunidad de replantear un tipo de vivienda saludable en el país?

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN SANITARIA EN LA EMERGENCIA

Moderador: Lic. Carlos Corado, UCA y Lic. Jacqueline Flentge OPS/OMS

Relatora: Lic. Candy Yanes, OPS/OMS y Lic. Olga Berraza MSPAS

DESCRIPCIÓN: La comunicación es una herramienta necesaria en cualquier actividad sanitaria a desarrollar, en casos de emergencias por desastres este aspecto se vuelve indispensable. La comunicación para que sea efectiva debe ser veraz, oportuna y llegar a los diferentes niveles de operación de las instancias de emergencia nacional. De igual manera, es necesario mantener informada a la sociedad salvadoreña sobre los acontecimientos (riesgos, daños y servicios otorgados) para su involucramiento posterior en actividades sanitarias de carácter preventivo.

OBJETIVO: Valorar la comunicación social en el ámbito sanitario después de los terremotos de enero y febrero de 2001.

SUBTEMAS A EXPLORAR:

- Organización de la comunicación social a nivel intra-institucional
- Organización de la comunicación social a nivel inter-institucional
- Contactos con los medios de comunicación masiva
- Otros esfuerzos de comunicación social

DESARROLLO: Preguntas claves

1. ¿Existía coordinación y capacitación para la comunicación social ante desastres *antes* de los terremotos?
2. ¿Cómo se llevó a cabo la recopilación de los datos? ¿Cómo se coordinó con los que se encargaron de convertir esta información en mensajes? ¿Cómo se realizó la priorización de temas para ser divulgados.
3. ¿Hubo coordinación interinstitucional en la recopilación de datos y en la divulgación de mensajes, tanto entre instituciones del sector salud como con otros sectores? ¿Cómo se llevó a cabo la coordinación entre el COEN y el sector salud en cuanto a la comunicación social?
4. Existía coordinación y capacitación con medios de comunicación para la comunicación masiva de información sanitaria ante desastres *antes* de los terremotos?
5. ¿Qué tipo de información sanitaria (riesgos, daños, servicios otorgados, etc.) se comunicó a la sociedad salvadoreña por medios masivos?. Describa si hubo dificultades o restricciones.
6. ¿Quiénes en el sector salud manejaron los contactos con los medios de comunicación masiva?
7. ¿Pudieron proveer los medios de la información que ellos querían, o tuvieron los medios que buscar su información con otras fuentes? De ser así ¿qué información les faltaba, cual fuente si dispuso de ella? ¿Los medios divulgaron la información de forma adecuada?
8. ¿Se divulgó la información a través de los medios de mayor impacto?
9. ¿Existía coordinación y capacitación para la comunicación social ante riesgos de salud relacionados con desastres *antes* de los terremotos?
10. Explique qué tipo de información sanitaria se comunicó a la población a través de otros medios como publicaciones, charlas, contacto persona a persona, afiches etc.
11. Se aplicó una estrategia de comunicación (planificación, validación, evaluación) para asegurar el impacto deseado

RESPUESTA INSTITUCIONAL Y COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Moderador: Dr. Humberto Urbina, OPS/OMS

Relator: Dr. Vicente Gavidia, UNICEF

DESCRIPCIÓN: Posterior a un desastre se movilizan todos los recursos del país afectado y con frecuencia se les pone bajo la Dirección de un órgano o punto focal de coordinación sanitaria, ésta fungirá como una instancia asesora, normadora e integradora, procurando que las instituciones sanitarias nacionales e internacionales determinen, de acuerdo a sus competencias, las operaciones de auxilio y ayuda humanitaria que les corresponde. La imagen objetivo de la coordinación interinstitucional debe ser la planificación eficiente y coordinada de las respuestas sanitarias, a través del establecimiento de mecanismos para hacer mejor uso de los recursos existentes y evitar duplicidades.

OBJETIVO: Evaluar la respuesta del Sector Salud y de sus mecanismos de coordinación interinstitucional, inclusive con el Comité de Emergencia Nacional, en el manejo de la emergencia provocada por los terremotos de enero y febrero de 2001.

SUBTEMAS A EXPLORAR:

- Organización y funcionamiento de la instancia de coordinación sanitaria
- Mecanismos de información y comunicación
- Unidireccionalidad de las intervenciones sanitarias
- Capacitación de los recursos institucionales

DESARROLLO: Preguntas claves

1. Qué grado de organización se observó en las primeras 24 horas, 48 horas y 72 horas en los diferentes niveles de atención del Ministerio de Salud: comunitario, local, departamental y central?
2. ¿Fue funcional la forma en que se organizó la instancia de coordinación sanitaria (Unidad Técnica de Desastres del Ministerio de Salud) ante los terremotos recién pasado y cuál fue la relación de esta con el Comité de Emergencia Nacional?. ¿Se logró la integración del Sector Salud (ISSS, BSM, ONG's y otros)?.
3. ¿Mencione si entre las principales actividades sustantivas que desarrolló la instancia de coordinación sanitaria, se encontraban la coordinación de la asistencia sanitaria, comunicados de prensa, solicitudes de cooperación, aceptación/rechazo de ofertas de asistencia y evaluación de las mismas. Si se limitó a una función, mencione de qué tipo fue?
4. ¿En qué aspectos considera que debe ser fortalecida la Unidad Técnica de Desastres?
5. ¿Cómo se definió y se priorizó (mencione criterios) en el Sector Salud la respuesta sanitaria institucional?
6. ¿Qué mecanismos utilizó la instancia de coordinación sanitaria para mantener informada al Sector Salud y los organismos de cooperación nacional e internacional sobre situación sanitaria, recursos utilizados y servicios disponibles?. ¿Qué implicaciones tuvo la comunicación en la red de servicios de salud?
7. ¿Qué mecanismos desarrollaron las instancias de coordinación sanitaria departamental y municipal para evitar la duplicidad en la disponibilidad de servicios en zonas geográficas específicas y carencia de las mismas en otras?.
8. ¿En qué medida las diferentes instituciones del sector salud lograron un pensamiento unidireccional e integral para definir intervenciones sanitarias que lograran un mayor impacto en la salud y el bienestar de la población afectada por el terremoto?.
9. ¿Cómo se generaron los espacios de discusión de los problemas sanitarios detectados y de concertación de las respuestas sanitarias con participación de las diferentes instituciones del sector salud?.
10. Ha existido capacitación de los recursos institucionales en técnicas de coordinación sectorial e intersectorial?. Definir quiénes han participado.

HOSPITALES DE CAMPAÑA

Moderador: Dr. Humberto Urbina, OPS/OMS

Relator: Dr. Emilio Castillo, MSPAS

DESCRIPCIÓN: Los hospitales campaña representan soluciones temporales, cuando no existe otra opción para prestar servicios de salud a causa de los desastres naturales, su organización, instalación y funcionamiento deberá estar de acuerdo a las características del hospital afectado.

OBJETIVO: Evaluar el proceso de organización y funcionamiento de los hospitales de campaña como consecuencia de los terremotos de enero y febrero de 2001.

SUBTEMAS A EXPLORAR:

- Capacitación de recursos
- Evacuación de hospitales
- Organización de hospitales de campaña
- Costo/efectividad de los hospitales de campaña

DESARROLLO: Preguntas claves

1. ¿El personal administrativo, técnico y operativo de los hospitales nacionales estaban capacitados para organizar y administrar un hospital de campaña en casos de desastres?
2. ¿Los hospitales contaban con un plan de evacuación en caso de desastres?. ¿Qué criterios se utilizaron para evacuar los hospitales?
3. ¿Cómo se organizaron los hospitales de campaña en términos de los procesos de atención y de la demanda de urgencias? Mencione dificultades para el desarrollo de la atención hospitalaria.
4. ¿La ubicación de los hospitales campaña fue la óptima?. ¿Qué ventajas y desventajas se observaron en la instalación y operación de este tipo de hospitales?
5. ¿Qué tipo de necesidades de atención de salud se resolvieron con los hospitales de campaña? ¿Que hizo falta para proporcionar mejor atención?
6. En el mediano y largo plazo, ¿Cuál es el riesgo para la salud y vida de los usuarios de hospitales de campaña u hospitales dañados?
7. ¿Considera que el uso de hospitales campaña es la mejor forma de restablecer temporalmente la capacidad resolutive de la red de servicios?
8. ¿Es costo/efectivo en el mediano y largo plazo el uso de hospital campaña? ¿Cuál es su percepción?.

RESPUESTA SANITARIA INTERNACIONAL

Moderadora: Lic. Beatriz Borja, Cancillería

Relatora: Lic. Fressia Cerna, UNFPA

DESCRIPCIÓN: Ante situaciones de desastres los recursos nacionales resultan insuficientes, esto hace que el Gobierno genere una serie de mecanismos y procedimientos de solicitud de asistencia sanitaria internacional, de aceptación y rechazo de ofertas de asistencia. La administración de estos procesos se realiza a través de una instancia ministerial u organismos gubernamentales designado para tal función, en este sentido, el Gobierno debe estar preparado de antemano para hacerse cargo de la coordinación, ya que la improvisación después de un desastre difícilmente es eficaz.

OBJETIVO: Valorar las experiencias nacionales en la administración de la asistencia sanitaria internacional posterior a los terremotos de enero y febrero de 2001.

SUBTEMAS A EXPLORAR:

- Capacitación de recursos
- Administración de la asistencia sanitaria internacional
- Sistema de registro de la asistencia sanitaria internacional
- Distribución de la asistencia sanitaria

DESARROLLO: Preguntas claves

1. ¿Existen en el ámbito nacional recursos capacitados adecuadamente para administrar la respuesta sanitaria internacional?.
2. Describa los procedimientos utilizados para solicitar la asistencia sanitaria internacional.
3. De acuerdo a la experiencia, ¿Cuáles fueron las restricciones constitucionales o reglamentarias encontradas para obtener asistencia sanitaria de carácter internacional?.
4. Mencione ¿Cuáles fueron los criterios que se utilizaron para aceptar y rechazar asistencia sanitaria internacional?.
5. ¿Cuáles fueron las principales actividades sustantivas que desarrolló el Comité Nacional de Solidaridad para contribuir al estímulo de gobiernos y organismos internacionales de cooperación a comprometer asistencia sanitaria post terremoto?.
6. ¿Cuales fueron las restricciones operativas encontradas para la entrega efectiva de suministros y servicios sanitarios con oportunidad?.
7. ¿Describa el proceso que realizó el Ministerio de Salud para preparar y presentar cálculos preliminares de costos e insumos para solicitar asistencia sanitaria internacional?.
8. ¿Quién fue el responsable del sistema de registro de la asistencia sanitaria internacional en términos de recursos humanos profesionales y cómo se manejó la presencia de asistencia no solicitada?.
9. Cómo se distribuyó la asistencia sanitaria recibida a nivel nacional y cuáles fueron los mecanismos de coordinación instaurados a nivel municipal y departamental para el seguimiento y evaluación de las acciones sanitarias.

MANEJO DE SUMINISTROS HUMANITARIOS (SUMA)

Moderador: Dr. Mauricio Ferrer, COEN
Relatora Licda. Cristina Herrero, PNUD

DESCRIPCION: El Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (SUMA), auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud y Fundesuma, es una herramienta valiosa para el manejo y control de los suministros de ayuda humanitaria posterior a la presencia de una emergencia nacional provocada por desastres de cualquier tipo.

OBJETIVO: Valorar la eficacia y utilidad de los mecanismos del proceso logístico del manejo de los suministros de ayuda humanitaria posterior a los terremotos recientes de enero y febrero de 2001.

SUBTEMAS A EXPLORAR:

- Organización y establecimiento del SUMA
- Control de ingreso de donaciones
- Control de distribución de Suministros
- Recursos Humanos Capacitados

DESARROLLO: Preguntas claves

1. ¿Cómo considera que la organización y el establecimiento del SUMA en El Salvador posterior al terremoto?, ¿Fue oportuno o muy tardío?
2. ¿Cómo contribuyó el SUMA en el control de la llegada de suministros humanitarios?, ¿Considera que contribuyó a la transparencia en el manejo de los suministros?.
3. ¿Cómo evalúa el proceso de comunicación entre las estaciones de SUMA terminales y central?
4. ¿Existen en El Salvador recursos capacitados en la organización y administración del SUMA? ¿Cree que debe haber más recurso capacitado?.
5. ¿Cuál es la importancia que las instituciones involucradas en el apoyo a desastres, le dan al SUMA en el control del manejo de suministros?.
6. ¿Considera que el SUMA contribuye a los países afectados por desastres, al manejo y distribución de los suministros de ayuda humanitaria?.
7. ¿Qué problemas fundamentales y técnicos tiene el sistema SUMA?.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Moderador: Dr. Armando Bañuelos, OPS/OMS

Relator: Dr. Mauricio Romero, OMS/OPS

DESCRIPCION: La vigilancia en salud pública se define como la continua y sistemática recolección, análisis e interpretación de datos sobre eventos específicos de la salud para uso en la planeación, la implementación y la evaluación de programas. Una aplicación reciente y bien establecida de la epidemiología fue la vigilancia y el control de enfermedades transmisibles y de otros riesgos en salud durante los terremotos de enero y febrero de 2001.

OBJETIVO: Valorar las actividades de vigilancia epidemiológica llevadas a cabo durante la emergencia nacional, como consecuencia de los terremotos de enero y febrero del 2001.

SUBTEMAS A EXPLORAR:

- Preparativos ante desastres
- Riesgos y análisis de vulnerabilidad
- Capacitación de recurso humano

DESARROLLO: Preguntas claves

1. ¿Existe un plan nacional de emergencia de prevención y mitigación de desastres en el sector salud?
2. ¿Se cuenta con un plan o una guía de evaluación de la capacidad de respuesta antes de los desastres?
3. ¿Se han identificado los riesgos y vulnerabilidades de las poblaciones para los diferentes tipos de desastre?
4. ¿Se han elaborado mapas de riesgos?, ¿Se conocen los mapas de riesgo por los diferentes actores sociales y políticos involucrados en la respuesta en caso de desastre?, ¿Se ha divulgado la existencia de dichos mapas?
5. ¿Se encuentra la vigilancia epidemiológica para la prevención y mitigación de desastres incorporado en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica? ¿Se hizo vigilancia epidemiológica sindrómica?
6. ¿Se han identificado los indicadores predictivos de daño en función de los indicadores de salud en caso desastre?.
7. ¿Cuáles son indicadores predictivos de daño en función de: control de vectores, enfermedades transmisibles, enfermedades inmunoprevenibles, y requerimientos de insumos médicos y de laboratorio?
8. ¿Existían salas de situación antes del 13 de enero?, ¿Se utilizaron dichas salas para dar a conocer los avances de la situación epidemiológica y control de enfermedades?

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIAS

Moderador: Dr. Humberto Urbina, OPS/OMS

Relator: Dr. Sergio Parada, MSPAS

DESCRIPCION: Después de un desastre de carácter nacional es necesario proporcionar tratamiento médico de urgencia a un gran número de heridos. La mayor parte de las lesiones ocurren durante el impacto inicial y, por ende, la mayor necesidad de atención de emergencia corresponde a los primeros dos días. En este sentido, la carga de poner en marcha los servicios de atención médica de urgencia prehospitalaria, el transporte de heridos y la atención hospitalaria de urgencia se vuelve una prioridad que recae en los servicios de salud, organismos de socorro y en todo el país.

OBJETIVO: Valorar las acciones y procedimientos realizados en el área prehospitalaria y hospitalaria para la atención de lesionados como consecuencia de los terremotos de enero y febrero de 2001.

SUBTEMAS A EXPLORAR:

- Triage prehospitalario y hospitalario
- Comunicación y transporte de víctimas
- Recursos humanos entrenados
- Equipamiento y suministros médico-quirúrgicos
- Protocolos y medidas de sostén

DESARROLLO: Preguntas claves

1. En las áreas de impacto ¿se montaron puestos de comando de incidente? ¿Fue funcional y efectivo?
2. ¿Se realizó triage en las áreas de impacto? Si no ¿se produjo saturación de lesionados en los hospitales por esta causa? ¿Cuáles fueron las dificultades encontradas?
3. ¿Considera que se puso en práctica la cadena de socorro? ¿Mencione restricciones?
4. ¿Existió comunicación efectiva entre las áreas de impacto y los servicios de emergencia de los hospitales? ¿Cómo se realizó?
5. ¿Fue eficaz y seguro el traslado de las víctimas a los hospitales?
6. ¿Los procedimientos de atención (medidas de sostén) a víctimas en áreas de impacto fueron sobre la base de los protocolos elaborados?
7. ¿Existían planes de emergencia hospitalaria antes del 13 de enero de 2001? Si existían ¿Los conocía el personal de los hospitales? ¿Son funcionales? ¿Son factibles? ¿Se habían hecho simulacros para situaciones de desastre por sismos y para la activación de estos planes? Si no existen, ¿Por qué?
8. ¿Se habían establecido las posibles áreas de triage en los hospitales nacionales? Si se habían establecido ¿se utilizaron?
9. ¿Existía, o se estableció después del primer sismo, en los hospitales un sistema de señalización que permitiera tanto a los grupos de rescate saber a dónde llevar a las víctimas como a la población saber a dónde dirigirse para ser atendidos?
10. ¿Considera que los recursos humanos en hospitales para la atención de víctimas en masas son suficientes? ¿Están capacitados? ¿Hubo suficiente recurso médico quirúrgico humano y materiales para dar una respuesta adecuada?
11. ¿Se puso en práctica los protocolos de atención a pacientes traumatizados?

PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Moderador: Dr. José Ruales, OPS/OMS

Relator: Ing. Claudio Osorio, OPS/OMS

DESCRIPCIÓN: La elaboración y ejecución de planes de emergencia, capacitación del personal de salud y organización para la atención de víctimas, reflejan el grado de preparación del personal de salud en el ámbito institucional e interinstitucional para el manejo de las emergencias y desastres facilitando una respuesta rápida, oportuna y coordinada.

OBJETIVO: Valorar el grado de preparación del personal de los establecimientos de salud para enfrentar los desastres y evaluar la respuesta dada durante los terremotos del enero y febrero de 2001.

SUBTEMAS A EXPLORAR:

- Capacitación de recursos
- Señalización y evacuación
- Atención y referencia de víctimas
- Estudios de vulnerabilidad

DESARROLLO: Preguntas claves

1. ¿Existían en los establecimientos de salud planes de emergencia para situaciones producidas por terremotos? Si existían ¿los conocía el personal de estos establecimientos? ¿Favorecieron la respuesta de estos establecimientos? ¿Funcionaron adecuadamente? ¿Qué limitantes se tuvieron en la ejecución?.
2. ¿El personal de salud estaba capacitado para dar una respuesta en salud en casos de terremotos? ¿Sobre qué temas debería fortalecerse la capacitación?
3. ¿La Unidad de Emergencia de los establecimientos de salud estaban preparados para atender las víctimas de los terremotos? ¿Se estableció triage? ¿Contaban con los recursos necesarios para la atención de víctimas?.
4. ¿El sistema de referencia en salud fue el adecuado? ¿Hubo comunicación en el ámbito hospitalario para el sistema de referencia?.
5. ¿Existía señalización para la evacuación de personas en casos de emergencia en los establecimientos de salud? ¿Mencione las dificultades encontradas durante la evacuación?
6. ¿Durante y después de los terremotos se mantuvo la prestación de servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia?. Mencione las limitaciones y los problemas.
7. ¿Los establecimientos contaban con estudios de vulnerabilidad que contemplaran los elementos estructurales, no estructurales y funcionales?
8. ¿Cuál fue el método de evaluación rápida de los daños estructurales, no estructurales y funcionales? , ¿Fue adecuado?.

SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Moderador: Dr. Hugo Cohen, OPS/OMS

Relatora: Inga. Ruth Manzano, OPS/OMS

DESCRIPCIÓN: Las situaciones de desastre afectan desde el punto de vista psicológico a la mayor parte de la población, sea en forma directa o indirecta. Generalmente las operaciones de auxilio y ayuda humanitaria ante situaciones de desastres consideran la provisión de asistencia médica directa, operaciones de rescate, el establecimiento de albergues y la reconstrucción de infraestructura. Pero suelen pasarse por alto las necesidades de la población en materia de salud mental. Frecuentemente se subestima el tiempo de la atención psicosocial, los recursos son habitualmente escasos, y no pueden satisfacer las necesidades de las víctimas por largos plazos para confrontar las respuestas psicológicas a un evento singularmente traumatizante de pérdida o duelo.

OBJETIVO: Valorar el funcionamiento de los sistemas y servicios de atención psicosocial a víctimas del desastre, como consecuencia de los terremotos de enero y febrero de 2001.

SUBTEMAS A EXPLORAR:

- Organización y funcionamiento de la atención en salud mental
- Coordinación de acciones de salud mental
- Sostenibilidad de las acciones de salud mental

DESARROLLO: Preguntas claves

1. La salud mental fue uno de los temas a los que se les brindó especial atención en las *Guías operativas para las actividades del sector salud en función de la emergencia del sismo del 13 de enero de 2001* desarrollada durante los tres primeros días posteriores al sismo del 13 de enero bajo la coordinación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Se estableció oficialmente el *Equipo de Trabajo para la Emergencia en Salud Mental –ETESAM-* con el apoyo del Consejo Asesor de Salud Mental del MSPAS, en el cual participaron igualmente el Instituto Salvadoreño de Seguro Social ISSS, el Hospital Militar y la OPS/OMS. Posteriormente se incorporaron el PNUD, la UNICEF y otras organizaciones. ¿Cómo se pusieron en práctica las actividades propuestas? ¿Se realizó un seguimiento y control de la implementación de estas actividades? ¿Cómo se coordinó a nivel intrainstitucional, interinstitucional y con la ayuda internacional?
2. El sistema de salud de El Salvador no contaba con suficientes profesionales preparados para la atención masiva de la salud mental como consecuencia de los sismos. ¿Cómo se hizo para suplir esta deficiencia? ¿Se importaron profesionales? ¿De dónde? ¿Se dictaron talleres de formación para profesionales nacionales? ¿Quién los dictó? ¿Para quién? ¿Qué resultados se obtuvieron?
3. Los departamentos no contaban con grupos de acción inmediata para brindar tratamientos con técnicas de acción inmediata postraumática ¿Cómo se hizo para suplir esta deficiencia?
4. ¿Cómo se identificaron los problemas de salud mental?. ¿Quiénes lo hicieron?, ¿Utilizaron algún instrumento?.
5. ¿Cómo y a qué instancias fueron reportados los problemas de salud mental de las áreas de impacto?.
6. ¿Cuáles fueron los criterios que se utilizaron para distribuir los equipos de salud mental en las áreas afectadas?
7. ¿Mencione si las acciones de atención psicosocial estuvieron coordinadas con las de otros profesionales de la salud?. Describa dificultades.
8. ¿Cuáles fueron las manifestaciones de problemas de salud mental que se presentaron en la población de las áreas de impacto de los terremotos?

POBLACION	MANIFESTACIONES
Niño(a)s	
Adolescentes	
Mujeres	

POBLACION	MANIFESTACIONES
Adulto Hombre	
Adulto(a) Mayor	
Personal de Salud	
Personal de Rescate y Socorro	

9. ¿Cómo se realizó la identificación de los grupos prioritarios de atención en salud mental?
10. ¿Se tomaron en cuenta en los tratamientos las diferencias psicosociales de los diferentes grupos a ser tratados: edad, sexo, nivel social, culturas locales y otros?
11. ¿Se dio atención de salud mental a los rescatistas, voluntarios, bomberos y personal de los organismos públicos, parientes de víctimas y otros que no fueran damnificados pero que hayan estado involucrados directamente con los efectos de los sismos?
12. La Ministra de Educación anunció que se implementaría "un programa de salud mental en las escuelas para devolver la tranquilidad a los alumnos." ¿Se implementó dicho programa? ¿En qué consiste? ¿Qué organismos participan?
13. ¿Qué actividades de salud mental se realizaron en los grupos poblacionales de las áreas de impacto? ¿Qué tipo de profesionales estuvo a cargo? ¿Cuáles fueron los resultados que se obtuvieron?

4.4 POBLACIÓN	ACTIVIDADES	PERSONAL A CARGO	RESULTADOS
Niño(a)s			
Adolescentes			
Mujeres			
Adulto Hombre			
Adulto(a) Mayor			
Personal de Salud			
Personal de Rescate y Socorro			

14. ¿Con qué tipo recursos, insumos y material contaron los equipos de salud mental para realizar sus actividades de atención de una manera sostenible? Describa el proceso de adquisición de los recursos e insumos y sus dificultades.
15. ¿Se tenía un registro de las consultas de salud mental que permitiera dar cuenta en forma realista del tipo y número de problemas atendidos? ¿Cómo se llevó el control de consultas de salud mental para obtener su cuantificación?
16. ¿Se identificaron las diferencias entre las reacciones emocionales como consecuencia de cada uno de los sismos? ¿Qué resultados se obtuvieron?
17. ¿Cómo se controló la distribución de psicofármacos?