

Aunque no fue norma general, el volumen de las tareas de atención médica en las unidades de salud y los albergues no impidió el cumplimiento, al menos parcial, de los programas de inmunización, control de crecimiento y desarrollo, control prenatal y las tareas de educación sanitaria, principalmente en las áreas de salud que no quedaron aisladas y que lograron contar con el apoyo de estudiantes de medicina, enfermería y otros agentes comunitarios de salud. La Segunda Jornada Nacional de Salud se logró iniciar el día 1º de noviembre, alcanzado una cobertura de aproximadamente un 70%.

Los aspectos más conflictivos en la integridad de la red de servicios fueron: la pérdida de las comunicaciones en una gran cantidad de las unidades de salud, las dificultades y déficit de transporte terrestre y aéreo para la evacuación, el abastecimiento de las unidades de salud y la evacuación de lesionados y enfermos en las áreas que quedaron geográficamente inaccesibles. Algunas empresas locales brindaron apoyo en radiocomunicaciones y transporte.

La cadena de socorro logró fortalecerse con la intervención de fuerzas de la Cruz Roja y del Ejército y en algunos lugares de acceso muy difícil, se logró penetrar con ayuda y apoyar la evacuación a través de grupos de motociclistas. La mayor parte de los lesionados que requirieron atención urgente fueron evacuados en plazos aceptables y los hospitales lograron, en todos los casos, asimilar la carga de heridos y enfermos sin apoyo externo especializado (nacional o internacional).

En el caso de Chinandega, el hospital se saturó repentinamente con los lesionados del deslave del volcán “Casita”, se solicitó apoyo a la sociedad civil y esta habilitó con camas, colchones, ropa, alimentos y otros requerimientos un colegio cercano, en el cual se hospitalizaron los lesionados leves (del deslave y de la carga normal del hospital) priorizando las camas hospitalarias para los enfermos y lesionados graves.

Existieron limitaciones en la disposición de los especialistas nacionales para viajar a las regiones afectadas, muchos se quedaron en los hospitales y no en los lugares de mayores requerimientos y algunos presentaron problemas de cohesión o de conducción por parte de las autoridades locales. Por otro lado, el apoyo brindado por las universidades, sobrepasó en diversas ocasiones la capacidad de asimilación y empleo local por parte del MINSA.

Las brigadas médicas internacionales reforzaron algunos albergues y comunidades donde se concentraron gran cantidad de damnificados o fueron enviados a zonas denominadas de “difícil acceso”, donde no existía cobertura de atención primaria antes del desastre. En el caso de Nicaragua, las instancias de salud refieren no haber tenido mayores problemas con la información generada por dichas brigadas, pero no existió uniformidad de los formatos y se conoce que se presentaron algunos pequeños problemas de comunicación e interpretación de vocablos y terminologías locales para la descripción sintomática.

Es importante llamar la atención sobre los aspectos siguientes:

- No se estuvo suficientemente claro de las verdaderas necesidades de recursos humanos de apoyo, en algunas situaciones se perdió la capacidad de conducción y de asimilación de los mismos. En otras ocasiones generaron una expansión temporal y artificial de los servicios de salud en las poblaciones sin cobertura.
- El país requiere un soporte legal para enfrentar las situaciones de emergencia, que permita al Estado la aplicación de los instrumentos jurídicos adecuados en el empleo de los recursos humanos, económicos, técnicos y de cualquier especie en función de la atención de las emergencias de la sociedad.
- Debe promoverse la cooperación con otras instituciones y empresas estatales y privadas locales, para contar organizadamente, con el apoyo de sus recursos técnicos, logísticos, humanos, etc. en función de los planes del sector salud para situaciones de emergencias y desastres.
- En casos muy especiales, deben preverse opciones no tradicionales para mantener la comunicación y/o para brindar apoyo a comunidades que hayan quedado aisladas, tales como; caballos, motocicletas, cuadracillos, y otros equipos pequeños de todo terreno.
- Es consenso, entre estructuras municipales y de salud, que durante la emergencia se puso a prueba el avance adquirido en los procesos de Descentralización y Autonomía de los territorios y entes del Estado. En todo momento se guardó respeto y apoyo a las decisiones tomadas por las Autoridades Locales y por los Comités de Emergencia Municipales. En el caso del sector se pudo confirmar que esta opinión se comparte también en las áreas de salud.
- Aún en medio de las difíciles condiciones de desastre, se puede y deben recuperarse y continuarse las actividades y programas de mayor prioridad en el Primer Nivel de Atención.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Las acciones de vigilancia se orientaron casi exclusivamente hacia las enfermedades trazadoras atendidas con anterioridad; Cólera, Dengue, Malaria y EDA.

Las EDA fueron las primeras en aparecer. El no haber previsto el acondicionamiento y selección anticipada de albergues adecuados, obligó a su creación espontánea con pobres y malas condiciones, que acumularon los factores para que estas rápidamente aumentaran su incidencia. Todos los municipios presentaron algún evento de intoxicación alimentaria, el más grande fue en León, donde una comunidad cercana a Posoltega presentó 54 afectados.

La educación comunitaria, volvió a rendir sus frutos en la medida en que damnificados, activistas de salud, profesores y personal de salud controlaron los factores ambientales (basuras y excretas), alimentarios (manipulación de los alimentos y tratamiento del agua de consumo humano) y la disponibilidad de instalaciones sanitarias; los casos empezaron a presentar una remisión aceptable en las dos semanas siguientes. También las autoridades municipales, en la mayor parte de los casos, lograron ocupar un rol importante en la solución de estos problemas.

Con respecto a la Leptospirosis, el último brote en Nicaragua se dio en 1995, en la región de Achuapa, Departamento de León, con posterioridad a inundaciones de esa localidad y durante los años siguientes no se reportaron casos de dicha enfermedad. En esta ocasión sorprendió a los SILAIS del Centro y Norte del país, sin antecedentes y sin capacitación acerca de su diagnóstico y manejo.

El caso índice se presentó en el SILAIS de Estelí y murió sin confirmarse el diagnóstico, las sospechas de dicha enfermedad se iniciaron cuando en el SILAIS de León se confirmaron varios casos. A partir de ese momento se orientó la vigilancia sobre Leptospirosis, se diseñó una guía terapéutica y se brindaron varios talleres en los SILAIS afectados por las inundaciones para normar su diagnóstico y tratamiento.

Diversos brotes empezaron a hacer su aparición en las poblaciones rurales de los territorios inundados: León, Chinandega, Estelí, Matagalpa, Madriz, Carazo y la Región Autónoma del Atlántico Sur. Los primeros casos se reportaron el 06 de noviembre de 1998 (aproximadamente dos semanas después del inicio de las inundaciones), se comportaron a manera de brotes epidémicos dispersos, acumulando un total de 693 casos y 7 defunciones. Para la segunda semana de diciembre se reportaron los últimos casos.¹⁵

Muchos de estos casos no fueron realmente confirmados por laboratorio (las muestras se mandaron hasta la Capital y en muchos casos aún están esperando los resultados), tras la sospecha clínica se brindó tratamiento a los afectados y de inmediato se ejecutaban las medidas para el control del foco y manejo del perímetro, mediante control de los huéspedes y educación de la población.

Esta es una enfermedad de distribución mundial (excepto en los polos) y diversos reservorios domésticos y silvestres de la fauna nicaragüense actúan como huéspedes de dicha enfermedad. Las poblaciones que sufrieron con mayor rigor las inundaciones, la inmersión prolongada y diversas formas de lesiones (de piel y partes blandas), compartieron junto a estos animales los efectos de las mismas, quedando más expuestos a la infección en las aguas contaminadas por la orina de dichos animales.

Se confirmó que las campañas de control de roedores en el momento mismo de las inundaciones no parecen evitar el surgimiento de los brotes, muchos tipos de animales de

¹⁵ Consolidado de Información Epidemiológica, Dirección de Vigilancia Epidemiológica, MINSA.

nuestra fauna son reservorios naturales. En cambio, el control de focos y el fortalecimiento de la vigilancia sobre grupos humanos sometidos a inmersión, podría brindar un diagnóstico y tratamiento precoz con la consiguiente reducción de la mortalidad. El manejo adecuado de los alimentos y el agua de consumo humano, así como el control de roedores, están más encaminados a reducir y controlar la propagación que a evitar en surgimiento de dichos brotes.

Estos brotes prácticamente se autocontrolaron al descender las aguas, mejorar las condiciones de alojamiento de los pobladores, reducir la población de roedores y el inicio del calentamiento y secado de las zonas inundadas. Se confirma en este caso, que la aparición de brotes de Leptospirosis está asociada a situaciones de comportamiento extremo de los recursos acuíferos (sequías e inundaciones).

El comportamiento del Cólera y la Malaria, según los datos estadísticos, se mantuvo dentro de rangos bastantes similares a los de los años 96 y 97 para ambas enfermedades. La aparición de las inundaciones no parece haber variado ni los datos de incidencia ni la prevalencia de cada región. Este punto es llamativo, por cuanto las inversiones y las acciones preventivas en salud no lograrán cambiar el comportamiento de estas patologías si otros cambios sustanciales de las condiciones marginales de vida de estas comunidades no son incorporados.

El Dengue presentó cifras bastante superiores a las de los años 96 y 97, en especial su forma clásica. La forma clínica hemorrágica presenta un brusco descenso en las tres semanas posteriores al huracán y como se puede observar, en la primera mitad del año 98 también existe una fuerte depresión de los datos para ambas formas clínicas.

Todas las patologías bajo vigilancia epidemiológica mostraron un descenso repentino de sus gráficas inmediatamente posterior a la presentación del huracán en la semana epidemiológica número 43.

Es conveniente reflexionar sobre estos aspectos y recordar que durante el primer semestre de 1998, en Nicaragua se protagonizó una prolongada huelga nacional del Sector Salud, coincidente con el bajo registro en los datos de todas las patologías vigiladas. Es muy probable que esta modificación en la configuración de las gráficas no se corresponda realmente con el comportamiento de las enfermedades, sino con una evidente ausencia de registros en las mismas.

Un efecto bastante similar se puede haberse esperado en los días subsiguientes a la catástrofe. Las instituciones sanitarias sufrieron un desajuste que obviamente afectó también a sus sistemas de registro e información, la captura de los datos se dificultó, se perdió y posteriormente fue retomada, presentando un comportamiento gráfico artificial en ese período.

En conclusión, si el comportamiento del Dengue durante el año representara realmente una gráfica un poco más elevada y horizontal, se podría deducir que la incidencia del mismo superó significativamente el comportamiento de los años anteriores, tal y como sucedió en

toda la región Centroamericana y el Caribe y que la misma probablemente no presentó grandes diferencias en su comportamiento con posterioridad a las inundaciones.

Es conveniente llamar la atención en los siguientes asteriscos:

- Debe fortalecerse la comunicación y divulgación masiva, seleccionando y recomendando los contenidos técnicos más relevantes en los aspectos básicos de vigilancia epidemiológica. Debe ponerse énfasis especial en la modificación positiva de aquellos factores culturales y sociales que promueven mitos y prácticas sanitarias indeseables o desfavorables.
- No fue necesario fortalecer ni simplificar los instrumentos de Vigilancia Epidemiológica para garantizar la efectividad y calidad del sistema, el diseño ordinario de los mismos fue idóneo para garantizar una información completa, continua y oportuna para la toma de decisiones.
- La dispersión y falta de consenso en los requerimientos informativos de las diferentes instancias del Nivel Central obligaron a procesar los datos en formatos muy diferentes, esto recargó innecesariamente el trabajo de los niveles locales e incrementó las posibilidades de discrepancias en las mismas. Deben unificarse los formatos, métodos, canales y rutas del flujo informativo.
- La actividad epidemiológica demostró alta calidad técnica, sin embargo se hizo palpable la necesidad de una mayor asistencia especializada de campo, fue evidente la necesidad de más recursos locales especializados. La ayuda internacional debe prever y priorizar ayuda específica en este perfil.
- Solamente las Fuerzas Armadas y muy pocos albergues recibieron quimio profilaxis antimalárica.
- Deben fortalecerse las medidas de capacitación y completamiento de los laboratorios clínicos que apoyen el diagnóstico y la actividad epidemiológica en los niveles locales.
- Un plan nacional y los planes locales de los SILAIS fronterizos, deben fortalecer al máximo la coordinación y cooperación en Vigilancia Epidemiológica mediante protocolos previamente establecidos.

CONTROL DE VECTORES

Se mantuvo la orientación al control de aquellos vectores que cotidianamente poseen programas específicos de control, como Malaria y Dengue y la ayuda internacional fortaleció el abastecimiento con medios para el control de roedores. Por tanto, rápidamente se dio continuidad a las actividades de fumigación, abatización y el control de roedores.

Sin embargo, otro problema mayor se presentó. Los mapas de ubicación de criaderos cambiaron totalmente (principalmente para Anófeles y Aedes A.), la geografía de los

territorios había variado muy bruscamente y fue necesario intensificar las tareas de exploración y localización actualizada de los mismos.

Simultáneamente se desarrollaron cuatro operaciones: se priorizó el control de vectores dentro de los asentamientos urbanos, albergues y comarcas, se realizó control de focos, se fortalecieron las actividades educativas y se apoyó parcialmente el manejo de los cadáveres.

Algunos SILAIS, como los del Norte del país refieren textualmente: “nunca habíamos experimentado un desastre natural, jamás nos imaginamos lo que esto representaba, empezamos actuar de acuerdo a las necesidades, pero no comprendíamos la magnitud de lo que estaríamos enfrentando”. Este testimonio realmente describió la actitud general del trabajo frente a todas las actividades que desarrolló el Sector Salud en esos territorios.

- Fueron evidentes las limitaciones de equipos y técnica para el control de vectores a nivel local, ante la magnitud y extensión del desastre. La ayuda de emergencia debe considerar en alta prioridad el apoyo técnico y humano en este perfil.
- A pesar de los antecedentes, el país no se dispuso oportunamente a las acciones de vigilancia ante la posibilidad de brotes epidémicos de Leptospirosis.

AGUA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL

La exploración y evaluación de los daños en los sistemas de agua se cumplieron con relativa rapidez, los equipos municipales contaban con las principales piezas de refacción y realizaban las reparaciones y reactivaciones en la medida en que realizaban el diagnóstico de sus estaciones.

La Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados, orientó sus respuestas en dos direcciones: rápida reactivación de los sistemas de captación, bombeo y tratamiento, así como la distribución de tanques plásticos de 1,100 litros en las comunidades y albergues con mayores problemas de abastecimiento agua.

Los daños encontrados en los sistemas rurales de abastecimiento de agua fueron por lo general; destrucción de las fuentes, contaminación de las aguas y daños en la protección sanitaria. Las fuentes o manantiales subterráneos, sellados superficialmente con estructuras de concreto generalmente soportaron el embate de las aguas, pero los sistemas de bombeo (eléctricos) fueron dañados. En algunos de estos casos se colocaban bombas manuales y/o bombas de mecate.

Sin embargo la falta de energía eléctrica impidió en muchas zonas la operación de los sistemas de bombeo reactivados. Durante los primeros tres a siete días algunas ciudades y cabeceras departamentales, con sistemas independientes se vieron totalmente desabastecidas, lo cual obligó a realizar transportaciones por cisternas y posteriormente al empleo de plantas móviles potabilizadoras / clorinadoras.

La empresa privada jugó también un valioso papel en este momento, entregando sus existencias en agua purificada y bebidas gaseosas para los albergues, así como cloro líquido para desinfección del agua.

Al finalizar la primera semana, con posterioridad al evento, las principales estaciones de extracción, bombeo, tratamiento y redes de distribución estaban funcionando en condiciones aceptables.

Seguidamente los esfuerzos se concentraron en la rehabilitación de las fuentes comunales rurales. Se mantuvieron las plantas potabilizadoras y el abastecimiento con cisternas hacia las zonas de los refugios y albergues rurales. Se inició la limpieza y tratamiento de 93 pozos comunales deteriorados y anegados, 61 mini acueductos por gravedad y 13 nuevos pozos perforados.¹⁶

Se importaron e instalaron letrinas, bombas achicadoras para la limpieza y tratamiento de pozos, se distribuyeron frascos de plata coloidal, hipoclorito de calcio al 65%, hipoclorito de sodio al 13% y se cumplieron talleres de capacitación sobre su empleo. El monto invertido desde fondos externos, ascendió a US\$ 57,735.55 solamente en apoyo a ENACAL en la fase de respuesta inmediata.¹²

En el caso de Nicaragua, el empleo de plantas móviles potabilizadoras representó un aporte clave para responder a los graves efectos del huracán sobre la disponibilidad de agua potable, previamente muy deficientes, no se dieron mayores problemas y generalmente fueron explotadas por personal idóneo.

Los problemas de Saneamiento Ambiental fueron los más difíciles de enfrentar, especialmente en los primeros días. La gran cantidad de refugios y albergues, prácticamente improvisados en escuelas e iglesias, con hacinamiento, con servicios higiénicos insuficientes, pobre disponibilidad de agua, cambio repentino del medio ambiente de los damnificados y la falta de condiciones para la elaboración y distribución de alimentos, fueron factores causales de los primeros brotes de enfermedades diarreicas e intoxicación alimentaria.

En todos los refugios y albergues la comunidad organizó sus comités de coordinación, estos organizaban todas las acciones incluyendo las de limpieza, alimentación, recepción y distribución de vituallas, etc. componente importante en el enfrentamiento y mejoramiento de las condiciones higiénicas de los mismos. En algunos albergues rurales, el personal de salud y sus activistas tuvo que ponerse al frente de la organización y conducción de los mismos, al igual que los maestros y algunas ONG's.

Es relevante para las experiencias de salud, señalar que en casi todas las escuelas que funcionaron como albergues, la presencia de los maestros y autoridades de educación fue constante.

¹⁶ El sector agua y saneamiento ambiental, ENACAL, 22 de diciembre de 1998.

De manera general, en todas las zonas afectadas, albergues y comunidades, se cumplieron actividades de educación sanitaria, impulsadas por personal de salud, brigadas de estudiantes y profesores universitarios, grupos y organismos políticos, religiosos, no gubernamentales, etc. Muchas de ellas fueron acompañadas de volantes e instructivos.

Fue bastante común la recomendación del manejo de cadáveres tanto humanos como de semovientes mediante incineración, este concepto prevaleció desde las estructuras gubernamentales hasta las mismas autoridades de la Cruz Roja y de Salud.

Quedó a la vista el gasto de combustibles y personal de salud sin un resultado satisfactorio, la ineficacia de este método demostró que al final estos cadáveres fueron sepultados en fosas comunes. En entrevistas con diferentes autoridades de salud, refieren que no existía claridad ni experiencia ni recursos suficientes acerca de como cumplir adecuadamente con este procedimiento, porque los restos quedaban casi igual y las “recomendaciones técnicas” de todos “los entendidos en la materia” eran muy diferentes.

Situaciones muy difíciles de manejar se presentaron como en el caso del deslave del “Volcán Casita”, donde muchos de estos cadáveres no podían ser rescatados desde las extensas corrientes de lodo, piedras y restos de bosques. Dramáticas escenas se recuerdan donde diversos predadores consumieron los restos de cadáveres que quedaron en la superficie.

Punto de conflicto representó la presión de diferentes autoridades sobre el manejo de cadáveres de semovientes y otros animales por parte de las estructuras de salud. Responsabilidad históricamente no delimitada con el Ministerio de Agricultura y Ganadería y que evidentemente representó en algunos lugares un mal aprovechamiento de los recursos del Sector Salud.

En sitios muy específicos los rellenos sanitarios y basureros colapsaron y se dispersaron, igualmente algunos cementerios fueron prácticamente descubiertos y los cadáveres desenterrados, esto incrementó la contaminación de las aguas y los grandes lechos (ríos, lagunas, lagos, etc.) y del medio ambiente en general, obligando a las instancias municipales y comunales a redoblar las tareas de recolección y a la rápida redefinición de los centros de recolección y disposición final de las basuras. Igualmente, en diversos lagos y ríos se observaron tanques y barriles de productos químicos arrastrados por las corrientes y cuyo origen y destino nunca logró precisarse.

Sería muy conveniente incorporar reflexiones sobre los aspectos siguientes:

- Los recursos acuíferos y fuentes disponibles de agua para la población son bastantes limitados y muchos de ellos a nivel rural colapsaron. Es necesario un inventario de las fuentes de agua y en especial una selección de fuentes alternas de abastecimiento y distribución.

- Experiencias anteriores y la educación sanitaria han permitido que los pobladores en general sepan emplear las diferentes presentaciones de los desinfectantes a base de cloro. Pero se debe evitar la distribución indiscriminada de sustancias floculantes y otros métodos no usuales a nivel comunitario.
- Debe fortalecerse y actualizarse periódicamente el diagnóstico sobre las capacidades nacionales reales de abastecimiento y distribución de agua, así como de la vulnerabilidad estructural y funcional de los diferentes sistemas, ante los riesgos potenciales de cada región geográfica.
- El manejo de los cadáveres sigue siendo un problema de difícil abordaje que continúa fuertemente condicionado por factores culturales, sociales, jurídicos y de otras índoles.
- El magisterio, debe ser considerado como una fuerza muy importante en la administración de los refugios y albergues, así como en la promoción de las medidas de higiene y educación sanitaria.
- Se desconoce el impacto medio ambiental, generado por la contaminación con productos químicos, especialmente en Managua, León, Chinandega, Granada y Matagalpa, donde se concentran la actividad industrial y el almacenamiento de dichos productos agroquímicos.

SUMINISTROS MEDICOS

De manera general, los SILAIS refieren que recientemente habían reabastecido a sus unidades, pero cuando requirieron de abastecimiento complementario llegado a través de los Comités de Emergencia Municipales, se perdió agilidad y oportunidad en el mismo, hubo lentitud y retraso por la excesiva centralización y burocratismo de las autoridades municipales que recepcionaban y distribuían el mismo, así como las dificultades atribuibles al daño en las comunicaciones terrestres.

Para la respuesta inmediata a algunas necesidades especiales de suministros se autorizó el empleo de los fondos del Programa PROSILAIS, los cuales se destinaron a la lucha antimalárica, medios de protección para las brigadas móviles, motomochilas, implementos, etc.

Algunos SILAIS refirieron problemas graves; los envíos no poseían ningún control acerca de su contenido, cantidad ni correspondencia con las necesidades reales. Existieron verdaderas desproporciones en el abastecimiento de las instancias locales, algunas zonas recibieron (según las autoridades entrevistadas) volúmenes hasta para dos años de algunos medios, dificultando su manejo, almacenamiento y desgastando esfuerzos administrativos para enfrentar las prioridades.

En muchos casos el Nivel Central realizó abastecimientos aéreos directamente a las comunidades sin previa coordinación local, nadie se responsabilizaba por la recepción de los mismos, se concentraban medios en dichas comunidades sin las remisiones necesarias, dificultándose la distribución de los mismos. Posteriormente llegaban las supervisiones del Nivel Central para controlar listados, requisas y facturas que no se correspondían con las entregas registradas en los SILAIS.

Se confirmó que no siempre los embarques llegados por ayuda internacional fueron reportados a las instancias de salud y pasaron sin mayores controles del sector a las autoridades municipales, agregando otros problemas obvios en la administración de dicho medios. En el caso de Nicaragua, existieron pocos problemas en el tipo, calidad y prioridad de los suministros médicos recibidos mediante ayuda internacional.

Fue notable la ausencia del personal capacitado en el manejo de programas de suministros (SUMA) por la intensa rotación del personal en las instituciones capacitadas. Igualmente se pudo confirmar la falta de coherencia entre las instituciones de aduanas, transporte, usuarios, etc.

Se presentaron incongruencias en la elaboración de listados de medicamentos de emergencia existiendo confusiones en la definición de las necesidades inmediatas, dado que se listaron mecánicamente los insumos del abastecimiento regular y periódico en las listas de solicitudes a la comunidad internacional. Nunca se logró retroalimentar la información sobre las necesidades particulares de cada SILAIS.

Aunque existía una voluntad política de transparencia administrativa, no existía un programa de soporte institucional ni gubernamental del abastecimiento que garantizara y validara dichas operaciones, a pesar del apoyo técnico internacional con especialistas de SUMA.

Las limitaciones en esta área permiten puntualizar la atención sobre:

- Debe valorarse en toda su importancia la necesidad de establecer un Sistema de Manejo Integral de Suministros que desde los niveles del Gobierno Central permita la coherencia y el flujo institucional con mayor efectividad, agilidad, oportunidad, continuidad, mejor aprovechamiento de los recursos humanos, transparencia administrativa y financiera y una verdadera capacidad de respaldar la validación, auditoriaje (interno y externo) y credibilidad de las operaciones (SUMA).
- Se deben incluir a las agencias del Sistema de Naciones Unidas y ONG's en los programas de capacitación respecto al uso de SUMA, tanto en los preparativos como durante la respuesta ante situaciones de desastres.
- Valorar alternativas de capacitación de equipos SUMA a partir de instituciones universitarias, empresas privadas, ONG's y otras relacionadas con los sectores a atender y que garanticen mayor estabilidad de los equipos de trabajo y disponibilidad de la tecnología básica para su funcionamiento.

OTROS ASPECTOS IMPORTANTES

A pesar de los esfuerzos desarrollados, no siempre se contó con el suficiente control sanitario en la elaboración, manipulación y organización de la distribución de los alimentos en los albergues. Con excepción de las cocinas y comedores de campaña de unidades militares de apoyo internacional.

Nuevamente se evidenciaron algunas donaciones de alimentos de difícil aceptación por parte de la población, aunque no fue la norma general. Sería conveniente considerar a las ONG's y organismos de organización comunal, para jugar un rol más activo en la distribución de los alimentos sin duplicar esfuerzos.

Aunque no debe ser una norma, en algunos casos pueden considerarse las conveniencias políticas y sociales de compensar y estimular, la participación de la población en tareas de rehabilitación, higiene del medio, control de vectores y otras, con aportes y cuotas de alimentos por el trabajo realizado.

Se han iniciado respuestas de manejo sobre los efectos en la salud mental de los sobrevivientes, pero se desconoce la verdadera magnitud de dicho impacto. Algunas organizaciones han iniciado acciones para el abordaje de estos problemas, cuyas primeras manifestaciones fueron terrores nocturnos, enuresis, depresión y desmotivación e incluso brotes de violencia en algunos albergues.

Las acciones de los especialistas nacionales se orientan principalmente al fortalecimiento de la seguridad individual, familiar y colectiva y a la asimilación grupal del duelo por las pérdidas de sus intereses afectivos. Prevalece la tesis, que su rápida reinserción socio económica debe favorecer su recuperación y la activación de sus mecanismos de readaptación. Para tal efecto se han desarrollado talleres para capacitadores y multiplicadores a partir de los mismos miembros de las comunidades más afectadas.

Existe la tendencia a no apoyarse en esquemas farmacológicos que puedan cronificar dichos daños y que por otro lado son muy costosos. El manejo de los pacientes crónicos continúa presentando las mismas limitaciones y problemas anteriores al desastre y en algunos casos se ha profundizado su desamparo.

Algunas comunidades no tienen acceso real a los medios masivos de comunicación, lo cual contribuyo a la desinformación sobre la alerta, sus riesgos, los daños en otros territorios, el manejo de las medidas de protección y de sus necesidades inmediatas.

El Comité Nacional de Emergencia organizó una oficina de prensa, sesiones formales de información para los diversos medios y agencias nacionales e internacionales y definió a los voceros oficiales para tal efecto. Sin embargo y con las mejores intenciones de ayudar, resultó evidente que algunos medios de información internacionales presentaron informaciones inciertas sobre falsas epidemias y deformaciones de las estadísticas y estimaciones de los daños. Consecuentemente esto generó algunos donativos y manifestaciones de solidaridad inapropiados.

En general, los medios nacionales de comunicación masiva se mantuvieron dentro de una línea informativa correcta, especialmente la televisión y apoyaron diversas iniciativas de ayuda a las víctimas del huracán. Sin embargo algunos medios no verificaron adecuadamente sus informaciones dando pie a especulaciones, rumores infundados, consejos contraproducentes e información incorrecta sobre aspectos sanitarios.

VII. Conclusiones

- Las respuestas del Estado nicaragüense y del Sector Salud presentan un balance final positivo. Sin embargo, a pesar de las experiencias anteriores, el país no cuenta con planes de emergencia (nacional y municipales) las acciones dentro del marco de grandes improvisaciones evidentemente resta efectividad y aumenta los costos sociales ante situaciones catastróficas.
- La discusión sobre las bases jurídicas que sustenten constitucionalmente la planificación de una respuesta organizada de la sociedad, no ha contado con la atención y prioridad suficiente por parte de todas las fuerzas políticas del país.
- El MINSA no cuenta con una instancia de Coordinación Nacional de Salud para casos de desastre y existe pobre sistematización de las experiencias anteriores.
- La evaluación rápida de los daños y el análisis de necesidades presentó grandes debilidades, se logró percibir confusión entre las pérdidas directas y aquellos daños pre existentes. Así mismo, fue evidente la dificultad del sistema para manejar criterios sobre la evaluación de las pérdidas indirectas y pérdidas secundarias en el sector salud.
- De forma general, las instituciones formadoras de recursos humanos en salud deben avanzar en un proceso de transformación curricular que conduzca a la incorporación de las temáticas relacionadas con la Asistencia Sanitaria de Emergencia para situaciones de Desastre.
- El Sector Salud, no presentó la coherencia interna que posibilitara las acciones estratégicas de cooperación y colaboración mutua entre todas las diversas organizaciones y actores que confluyen cotidianamente en las acciones de salud del país.
- La comunidad demostró ser el aliado estratégico más importante para de las operaciones sanitarias, el magisterio ocupó un papel muy relevante en el liderazgo de los albergues, sin embargo aún se pueden aprovechar en mayor grado todas las formas, capacidades y posibilidades organizativas pre existentes de las comunidades (rurales y urbanas) en función de los intereses y las tareas de salud.

- Ni el Sector Salud ni las agencias internacionales estuvieron suficientemente claros de las verdaderas necesidades de recursos humanos de apoyo y de la configuración de las brigadas médicas internacionales. Esto generó una expansión artificial de la atención primaria y una pobre asistencia técnica antiepidémica de terreno.
- No fue necesario ampliar ni simplificar los instrumentos informativos de Vigilancia Epidemiológica para garantizar la efectividad del sistema, pero fue notoria la falta de comunicación e interacción informativa entre países y territorios fronterizos.
- Existieron importantes limitaciones en el completamiento de laboratorios clínicos para apoyar el diagnóstico y las capacidades antiepidémicas de los niveles locales, así como pobre, limitado y obsoleto equipamiento para el control de vectores.
- No existió un criterio uniforme para el manejo de cadáveres humanos y de semovientes, su manejo sigue siendo un problema de difícil abordaje que continúa fuertemente condicionado por factores culturales, sociales jurídicos y de otras índoles.
- Se desconoce el impacto al medio ambiente generado por la contaminación de productos químicos que sobrenadaron en diversos ríos, reservas acuíferas y territorios sometidos a inundación, igualmente, no han sido totalmente valorados los efectos ecológicos, hidrogeográficos y forestales a corto y mediano plazo ni sus consecuencias secundarias sobre las comunidades y sus condiciones sanitarias.
- Los suministros médicos representaron probablemente el área de mayores debilidades organizativas, se hizo evidente la ausencia de un soporte técnico, administrativo y financiero del mismo. Existieron problemas para determinar las cantidades y características de los pedidos de ayuda urgente. La mayoría de los equipos SUMA anteriormente capacitados estaban desactivados, ya no trabajaban para las instituciones de salud o simplemente no fueron incorporados al trabajo de suministros.
- Se presentaron problemas logísticos en la clasificación, almacenamiento, transportación y distribución de alimentos, al igual que la recepción de donativos inadecuados para los hábitos alimentarios nacionales.
- Se desconoce la magnitud de los efectos sicosociales sobre la población directa e indirectamente afectada, no existen preparativos en este tema ni claridad suficiente sobre su enfoque en la etapa inicial de respuesta.
- En general los medios masivos de comunicación, nacionales, se mantuvieron dentro de una línea informativa correcta apoyando las recomendaciones sanitarias, sin embargo algunos no verificaron adecuadamente sus informaciones dando pie a especulaciones y rumores infundados, así como consejos contraproducentes sobre aspectos sanitarios.
- A nivel internacional, aún dentro de las mejores intenciones de ayudar, algunos medios brindaron informaciones inciertas que generaron donativos inapropiados.

VIII. Recomendaciones:

- Es imperativa la formulación de un Plan Nacional de Emergencia que garantice la preparación del Estado y la Sociedad Civil para responder organizada y coherentemente ante las potenciales situaciones de Emergencias y Desastres en Nicaragua.
- Debe ubicarse en orden primordial, dentro de la agenda parlamentaria de todas las fuerzas políticas y los diferentes Poderes del Estado, la discusión sobre el marco legal y la sustentación constitucional de la respuesta organizada de la República de Nicaragua ante futuras emergencias y desastres.
- Es impostergable la creación de una instancia de Coordinación Nacional de Salud para situaciones de Emergencia y Desastres, con una adecuada sustentabilidad institucional, presupuestaria y administrativa, que garantice la coherencia de todas las instituciones, organizaciones y actores sociales en la formulación de un proyecto nacional que ordene la preparación y respuesta del sector ante esas eventualidades, como parte de la Modernización del Sector Salud en Nicaragua.
- Debe incluirse, en los preparativos, la cooperación con las instituciones y empresas estatales y privadas que puedan disponer sus recursos (técnicos, logísticos y humanos) en función de los intereses del Sector Salud.
- Los países centroamericanos deben impulsar un Proyecto Regional que fortalezca los ejes estratégicos de los preparativos para situaciones de emergencias masivas, aprovechando el potencial y las capacidades de sus instituciones formadoras de recursos humanos, tanto en pregrado como en la especialización de salubristas, epidemiólogos y demás cuadros incorporados a los procesos gerenciales de sus respectivos sistemas de salud, brindando atención preferencial a las estructuras y unidades de salud de los niveles locales así como a la participación comunitaria.
- Deben promoverse e impulsarse protocolos de cooperación para la asistencia sanitaria de emergencia entre los países y territorios fronterizos en los diversos aspectos de preparativos y respuesta inmediata, con énfasis particular en los aspectos de Vigilancia Epidemiológica.
- El sistema de Vigilancia Epidemiológica debe fortalecerse fundamentalmente a nivel de la capacitación y completamiento tecnológico en sus redes de laboratorios a nivel local, para potenciar sus capacidades.
- Debe optimizarse el apoyo internacional de recursos humanos. Proporcionalmente, deben incorporarse más especialistas y técnicos para la lucha antivectorial y antiepidémica en la composición de las brigadas de ayuda internacional para este tipo de desastre. El personal de atención médica debe preferenciarse hacia los perfiles de atención primaria.

- Aún en medio de las difíciles condiciones de desastre, se puede y deben recuperarse y continuarse las actividades y programas de mayor prioridad en el Primer Nivel de Atención.
- Impulsar la formulación y fortalecimiento de un Sistema de Manejo Integral de Suministros a todos los niveles del Sector Salud (y otras instancias gubernamentales, no gubernamentales y del sistema de Naciones Unidas).
- Es prudente considerar la capacitación de equipos de trabajo SUMA a partir de universidades, ONG's y empresas privadas afines al Sector Salud que garanticen una mayor estabilidad de los mismos y una mejor disponibilidad tecnológica básica para su funcionamiento.
- Deben orientarse acciones que permitan una apreciación más completa sobre los posibles efectos en la salud de las comunidades y sus reservas acuíferas expuestas a mayores daños ecológicos, hidrográficos, geográficos y forestales, así como aquellas expuestas a sustancias tóxicas industriales, en el propósito de iniciar actividades y programas de vigilancia sobre dichas consecuencias.
- Debe apoyarse y actualizarse el diagnóstico periódico sobre las capacidades reales del país en sus reservas, abastecimiento y distribución de agua, así como la vulnerabilidad estructural y funcional de los diferentes sistemas ante los riesgos probables de cada región geográfica del país.
- Impulsar programas de preparativos en los temas de atención sicosocial, nutrición y misiones de los medios de comunicación social para situaciones de desastre.
- Sería muy oportuno que el MINSa abriera espacios de análisis y estudio comparativo de las diferentes experiencias locales y nacionales, de todas las organizaciones del sector, con el propósito de sistematizar las experiencias y lecciones del Sector Salud en esta última catástrofe.
- Al MINSa debe brindársele la oportunidad de intervenir y proyectarse vigorosamente en el diseño de los planes y estrategias de reconstrucción y transformación social de Nicaragua.
- Es recomendable, el fortalecimiento de mecanismos eficaces de control y verificación de la cooperación externa en el espíritu de garantizar los mayores márgenes de cumplimiento en las metas de reconstrucción socioeconómica del país, cuidando al máximo los aspectos relacionados con la Soberanía Nacional.