

comunicación posible. Adicionalmente no disponían de unidades con soporte de vida para realizar los traslados, y capacidad para realizar el triaje respectivo. Aún cuando el personal paramédico, técnico y obreros al servicio del hospital que no estaban de guardia residen en Cariaco, su total incorporación al trabajo no fué posible en las primeras horas e inclusive días después debido a que resultaron seriamente afectados con víctimas entre sus familiares y pérdidas de sus viviendas, como fué el caso de una auxiliar de enfermería y una cocinera quienes perdieron un hijo. Muchos perdieron sus viviendas, incluido el Director del Hospital.

Se notó un sensible incremento del ausentismo laboral en el personal de apoyo del hospital, unos afectados directamente al perder familiares y viviendas, y otros que por no vivir en Cariaco, les fué sumamente dificultoso trasladarse al Hospital si no disponían de medios de transporte propio, pues el servicio regular no se estaba prestando.

En el caso del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, de Cumaná, si bien no se vio involucrado en la atención de víctimas del terremoto, debió implementar un operativo de traslado en ambulancias y otros medios de transporte para los pacientes que fueron desalojados.

El Hospital de Veteranos, contaba para el momento del sismo con cuatro (4) médicos, dos (2) en emergencia y dos (2) en sala y bajo esa condición debió comenzar a atender las víctimas que le eran remitidas desde Cumaná y Cariaco.

2.6. Manejo de Cadáveres.

Sin duda que uno de los aspectos más críticos de un evento de impacto repentino como lo es un terremoto, está relacionado con la identificación de cadáveres. Los aspectos legales, culturales, religiosos y de salubridad vinculados a esta actividad, le convierten en una tarea prioritaria. Satisfactoriamente todos los cadáveres lograron ser identificadas.

En el caso de la población de Cariaco, los cadáveres eran trasladados al Hospital “Diego Carbonel”, reportando el director del referido hospital en informe posterior, que a

escasamente una (1) hora luego del terremoto ya se encontraban aproximadamente 15 cadáveres en la morgue del hospital, por supuesto con serias limitaciones para manejar tal volumen. En el procedimiento de identificación de los antes mencionados, como con el resto de las fatalidades, participó activamente el personal de medicina legal del Cuerpo Técnico de Policía Judicial, encargados de tales procedimientos en caso de accidentes y emergencias.

Pudiera decirse que debido a lo puntual de las áreas de impacto y la presencia de familiares en las zonas, se facilitaron las labores de identificación. Como es de rigor en estos casos, se procedió al levantamiento del acta de defunción respectiva contentiva de huellas dactilares, datos relativos a edad aparente, sexo, hora de fallecimiento, forma del reconocimiento y causa del fallecimiento entre otras, procediéndose posteriormente a la entrega del cuerpo a los familiares en ataúdes, previamente preparados con cal para mitigar el proceso de descomposición del cadáver.

2.7. Daños a líneas vitales de la población.

En materia de daño a líneas vitales, Cariaco es la que se puede considerar como realmente afectada, pues la interrupción del servicio de agua y electricidad en la ciudad de Cumaná fué solo momentáneo, no así en la población de Cariaco, donde la interrupción total de los servicios persistió por varias semanas, e inclusive a la fecha del presente informe todavía se realizan trabajos para restituir el 100 % de la capacidad de los mismos.

2.7.1. Daños al Sistema Hidráulico.

Con anterioridad al sismo, la población de Cariaco estaba sujeta a un programa de racionamiento de agua, relacionados a problemas con el colector principal de 15 pulgadas previsto para la descarga de aguas residuales. Adicionalmente solo aproximadamente el 85 % de la población era atendido con servicio de agua potable que dispone de una capacidad de 80 lts * seg., desde la planta de tratamiento. Como consecuencia del sismo, sufrió serios daños la red de conducción y distribución interna de la ciudad, fundamentalmente debido a quiebres de tuberías, rupturas de válvulas y fallas en

alimentadores principales. No se registraron averías en los tanques de almacenamiento y sistemas de captación, en buena medida debido a que no se produjeron deslizamientos abundantes, aunque se presentaron algunos derrumbes y caída de piedra en ciertos sectores.

La paralización del servicio de suministro de agua fué total a través de la red, siendo necesario implementar un programa de abastecimiento por medio de camiones cisternas y la apertura de dos llenaderos adicionales a uno existente en la zona de El Cardon. Aun cuando no se contabilizó los daños por Kilómetros de tubería, se pudo conocer la realización de un total de 480 reparaciones por parte de contratistas privados coordinados y supervisados por la empresa operadora del servicio, Hidrocaribe.

Adicionalmente a los trabajos de rehabilitación de la red de distribución, hubo necesidad de emprender trabajos de rehabilitación de acueducto y cloacas, todo esto basado en un trabajo de evaluación de daños realizados por personal técnico de Hidrocaribe y profesionales independientes que prestaron sus servicios para tales labores.

El servicio de ingeniería sanitaria de la dirección de Malariología del Ministerio de Sanidad de la región, se encargó de las actividades de control de calidad del agua y desinfección y cloración de los camiones cisternas, que en número de más de 100 fueron utilizados.

Para solventar la situación de falta de agua en el Hospital, Centro de Operaciones de Emergencia, refugios y de la población en general, Fundasalud y Defensa Civil de Sucre emprendieron un programa de suministro de agua a través de camiones cisternas, garantizando la cloración del agua y que se atendieran las zonas mas afectadas

Es así como se dispuso del establecimiento de un programa de distribución que comprendió las áreas del casco central de Cariaco, Carupano, Chiguana, Guacarapo, Casanay y Pantoño. Aún cuando delinearan cuatro rutas de reparto, gracias al envío de camiones cisterna por parte de estados vecinos, el problema de tiempo de entrega y

volumen, se vio afectado pues las personas no disponían en los puntos abastecidos y en las comunidades, de dispositivos de recolección y almacenamiento suficiente como para abastecerles adecuadamente en cada entrega. Esta situación generó algunos problemas de orden público, pues algunas poblaciones pretendían mantener la unidad retenida en su área o que se intensificara la frecuencia de entrega de agua.

Parte de la solución del problema de la falta de recipientes se solventó con la entrega de botellones de agua mineral a las comunidades más afectadas.

2.7.2. Daños al Sistema Eléctrico.

Otro de los servicios que se vio severamente afectado fué el de distribución de la energía eléctrica. Las redes de alta y baja tensión de sectores como los Bloques, las Flores, Pantoño I etapa, Estamilao Rondon, Calle Miranda, Calle Stadium, calle Ribeiro sufrieron daños significativos, aunado a ello la avería en alimentadores de 13.8 Kv., en diversos tramos alrededor de la ciudad, complicaran las labores de reparación y restitución del servicio en un tiempo prudencial.

Constituido básicamente por una Sub – estación de 10 MVA y líneas en 230 – 34 – 13.8, se considera que sufrieron daños y hubo necesidad de reparar aisladores, puentes y transformadores en una extensión de aproximadamente 80 Kilómetros de líneas. En 25 años solo le había realizado fundamentalmente mantenimiento correctivo, más no predictivo.

3. Medicina Preventiva y Salud Pública.

Todos los aspectos relativos a la coordinación e integración de los organismos del sector salud tanto nacionales como regionales se inició prácticamente el día Jueves 10, cuando por iniciativa del Gobernador del Estado Dr. Ramón Martínez, Médico de profesión, se instruyó a FUNDASALUD, Red de Atención Inmediata y Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, a canalizar todo lo referente a la salud de la población impactada por el terremoto. A partir de ese momento se planificaron un conjunto de medidas desde el punto de vista epidemiológico, de acuerdo al estado previo de

endemicidad y tomando en consideración la avería de los servicios públicos, particularmente el colapso de la red de distribución de agua.

Inicialmente se resolvió realizar una revisión de la estadística de morbilidad anterior al terremoto, identificación de enfermedades endémicas de la zona y caracterización de la zona de impacto a fin de establecer la vigilancia respectiva.

Las acciones, como se describe mas adelante, se orientaron desde la atención de la emergencia asistencial hasta la implementación de programas dirigidos a la prevención de enfermedades transmisibles y la educación sanitaria de la población afectada respecto a la manipulación de alimentos, consumo de agua y saneamiento ambiental.

La patología más comúnmente presentada fueron diarreas y fiebres, informandose un aumento de las enfermedades, diarreicas en personas mayores de 5 años aproximadamente un 67 % del total de los casos registrados.

Ante los comentarios, la presión y las expectativas que comunmente se generan en la población de zonas impactadas por un terremoto, las autoridades de salud decidieron implementar un programa de vacunación con toxoide tetánico dirigido fundamentalmente a los heridos, funcionarios que participaban en las labores de búsqueda y rescate a los ciudadanos más próximos a las áreas afectadas, en buena medida para minimizar la preocupación de la comunidad.

Los programas de orientación y asistencia a la comunidad se fundamentaron en la constitución de seis (6) “Centros de Atención Integral” en los barrios de Carinicua, El Porvenir, Carlos Andrés Pérez, 22 de Octubre, El Cordon y Campo Alegre Pantanal, atendidos por un Médico, un trabajador Social, dos promotores sociales, un psicólogo y una enfermera pertenecientes a Promoción Social Cariaco y Educación para la salud de Malariología, así como estudiantes de medicina y de farmacia de la Universidad Central de

Venezuela. Igualmente se dispuso el establecimiento de cuatro (4) unidades de rehidratación oral en los sectores Las Flores, 22 de Octubre, Cariaquito y Barrio Rebero

Las acciones de vigilancia más importantes estuvieron dirigidas a:

- Vigilancias de febriles con toma de muestra debido a problemas previos de transmisión malárica y eventual aparición de dengue influenciado por la presencia en las zonas afectadas de personas procedentes de otras regiones del país que estuviesen enfrentando ese problema. El servicio de enfermedades rurales estuvo al frente del programa
- Vigilancia de febriles con tos ante posible aparición de casos de bronquitis, bronconeumonía y neumonías.
- Vigilancias sobre casos de conjuntivitis para verificar la no existencia de conjuntivitis hemorrágicas, lo que afortunadamente se comprobó, aun cuando la morbilidad registró 15 casos de conjuntivitis básicamente vinculada a la remoción y movilización de escombros.
- Vigilancias para enfermedades de la piel, fundamentalmente escabiosis y Piodermitis
- Vigilancia del manejo de los cadáveres con mas de 24 horas rescatados, impartiendo instrucciones sobre su mantenimiento con cal y la necesaria inmediata inhumación de los mismos.

En relación a los casos de diarrea se registraron un aproximado de 320 casos tal como se indica en el cuadro N°10.

CUADRO N°10

Casos de Diarreas Identificados por sectores o barrios.

COMUNIDAD	N° DE CASOS
Porvenir	11
Las Mangas	11
Carrizar de la Cruz	4
Las Flores	5
San Juan de Dios	12
Ribero	1
23 de Enero	8
22 de Octubre	3
Campana	2
Democracia	3
Cariaquito	7
Carlos Andrés Pérez	2
Congresillo	2
Calle Sucre	20
Carinicuaio	11
Campo Alegre	17
Bermudes	10
Chicuara	10
C/ Junin	3
C/ Bolívar	7
C/ Ayacucho	7
Juan Quijano	1
El Canal	3

Fuente: Distrito Sanitario N° 6.

Se instaló un puesto de diagnóstico permanente para malaria desde el día 10 de Julio durante un mes, instrumentándose conjuntamente un plan de fumigación sectorizado con el enfoque de riesgo. Satisfactoriamente no se registran brotes de malaria ni introducción del dengue.

Desde el día 10 de Julio y por un periodo de un mes y medio se estableció un programa de control de calidad del agua a fin de garantizar su potabilidad par el consumo humano, todo ello para prevenir, entre otras, una posible epidemia de colera en virtud a la epidemia que se estaba registrando en algunos estados del país. El programa de prevención de enfermedades de transmisión hídrica se fundamentó en la desinfección y cloración del agua transportada en los camiones cisternas que se habilitaron para la distribución y en actividades de educación y orientación.

Por parte de Contraloría Sanitaria quedo el control de roedores y posibles vectores de zoonosis.

Es de hacer notar que paralelamente a las actividades cumplidas por el sector salud del estado, se contó con la incorporación al sistema de vigilancia, de un puesto médico de Sanidad Militar del Ejercito que prestó asistencia médica y psicológica.

Igualmente significativa resultó la participación de personal médico y paramédico perteneciente a la Cruz Roja Venezolana provenientes de diversas regiones del país, particularmente del Distrito Federal y los Estados Sucre, Anzoátegui, Nueva Esparta y Carabobo, estableciendo un puesto asistencial y de orientación, atendidos por mas de 70 socorristas y personal médico.

De las activaciones de los diversos organismos del sector salud se evidenció lo que casi es una constante en poblaciones muy humildes luego de verse involucrado en un desastre, y es que sus pobladores aprovechan la poco común presencia de personal médico

asistencial para hacer uso de esos servicios, aún cuando la afección no tenga ninguna relación con el evento.

3.7. Actividades de Apoyo Psicológico y Espiritual.

No cabe duda que el ser humano es sumamente vulnerable una vez que es afectado por un evento que le deja expuesto a la interperie, enfermo, sin agua, sin alimentos etc. Las alteraciones Psicológicas, afectivas y del propio comportamiento y las manifestaciones como la apatía, el pánico y la resignación de los sobrevivientes, son evidencias de que la supervivencia de los seres humanos luego de un desastre estarán en buena medida vinculadas a los factores psíquicos.

Resulta entonces prioritario y fundamental la realización de actividades dirigidas a brindar soporte y atención tanto a los afectados, familiares y al personal que participa en las labores de rescate, a fin de minimizar el nivel de afectación, facilitar las labores de búsqueda y rescate, imprimir ánimo, confianza y esperanza en lo que será la normalización de la vida independiente de las pérdidas y penas vinculadas con el evento.

En el caso del terremoto de Cariaco, no se pudo conocer de un estructurado programa de intervención en crisis coordinado por las autoridades de salud del Estado con el fin de brindar apoyo psicológico inmediato a las víctimas y damnificados. Se registró la presencia en los días posteriores, de algunos psicólogos independientes y otros miembros de Sanidad militar que prestaron sus servicios en casos aislados.

Sin embargo vale la pena destacar la extraordinaria labor cumplida por la Unidad de Apoyo Psicológico de la UNDAI la cual cumplió, desde el mismo día del terremoto, funciones de evaluación y asistencia tanto del personal que laboraba en las zonas del desastre, como de apoyo a los familiares de las víctimas, lo que evitó en buena medida la presencia de personas con alteraciones de conducta en la zona de impacto, que por lo general entorpecen, distraen y dificultan las necesarias labores de evaluación, búsqueda, rescate y asistencia que llevan a cabo el personal que atiende la emergencia.

Al considerar como altamente constructivo y profesional el trabajo realizado por esta unidad especial de la UNDAI, se hace entrega, a manera de anexo, el informe final de actividades presentado por la Licenciada Marianela Gómez, Psicólogo Clínico, coordinadora de los trabajos realizados.

Tal vez, un aspecto que resultó limitante en la acción cumplida por esta unidad, fué el hecho de no poder brindar apoyo a las comunidades de Cariaco tan seriamente afectadas, pues solo dispusieron de personal para abordar las inmediaciones del Edificio Miramar en Cumaná. De cualquier manera, el trabajo y la experiencia resultaron encomiable.

En cuanto a la asistencia espiritual, soporte que ha sido probado y comprobado como fundamental en la recuperación a la normalidad de las comunidades en situaciones de desastre, no se correspondió con un plan previamente concebido por las autoridades, se basó fundamentalmente en las iniciativas llevadas a cabo particularmente por miembros de la iglesia católica del estado. En cualquier región afectada por desastre y muy particularmente en poblaciones humildes, la asistencia y reconforte espiritual resultan tanto o más importante para la futura recuperación de las comunidades, que el simple suministro de bienes y servicios.

4. La Cooperación Nacional e Internacional.

No puede calificarse sino de extraordinaria las muestras de solidaridad y el espíritu humanitario que desde el momento en que se conoció de la tragedia se manifestaron desde todas las regiones de Venezuela y desde distintos países.

En el caso de la participación de gobiernos o instituciones de países que ofrecieron sus servicios para participar directamente en labores de rescate y socorro, la no declaración de “Desastre” por parte de las autoridades regionales y nacionales, limitó su participación a sólo actividades de observadores como fué el caso del Departamento de Rescate del Cuerpo de Bomberos de Metro-Dade - OFDA de Estados Unidos y la Agencia para el Desarrollo Internacional USAID.

En relación a la coordinación de las actividades de solicitud, recepción, clasificación y almacenamiento de insumos para atender las más urgentes necesidades de la población y los hospitales, las mismas resultaron profundamente afectadas y en alto grado desorganizadas debido entre otras razones a

- Descordinación propiciada, por diferencias políticas entre autoridades regionales, municipales y locales que tenían vinculación directa con las poblaciones afectadas.
- Indefinición oficial de cuales eran de manera real los insumos más requeridos para solventar las necesidades.
- Envío inconsulto por parte de gobiernos estatales vecinos y de organizaciones voluntarias, de materiales e insumos no requeridos o no apropiados para atender la emergencia, que solo complicaron las actividades de manejo y logística que se deseaban implementar y desviar la atención de las autoridades.
- Implementación, no coordinada, de campañas de recolección de ayuda llevado a cabo por plantas televisoras y otros medios de comunicación, así como por organizaciones y asociaciones independientes.

Lamentablemente no fué posible encontrar información oficial que aportara datos definitivos de lo que fué el concepto y categorías de la ayuda recibida.

Aún cuando la oficina de Defensa Civil del Ministerio de Sanidad se encontraba en plena disposición para la implementaciones del programa de manejo de suministro para casos de desastres (SUMA) de (OPS/OMS), no fué sino hasta el día Domingo 13 en horas de la tarde que se inició tal programa. Como es de esperarse, fué significativo la cantidad de insumos y materiales que no fueron registrados por el programa. Una vez que fué instalado en el polideportivo Felix Lolito Fernández de la ciudad de Cumaná el SUMA Central, se hicieron intentos de proceder a establecerlo en la población de Cariaco, resultando infructuoso los esfuerzos.

Cabe destacar que una vez instalado el sistema central se llevaron a cabo acciones y decisiones que atentaron contra la eficiencia del mismo y el cumplimiento de sus objetivos fundamentales como por ejemplo:

- Envío por vía aérea de equipos, medicinas y material médico quirúrgico por parte del Ministerio de Sanidad, con instrucciones específicas de ser trasladados directamente al Hospital Diego Carbonell de Cariaco. Esta acción además de impedir que los mismos fueran procesados por SUMA, crearon un problema adicional de clasificación, almacenamiento y distribución al ya colapsado hospital.
- La primera autoridad regional, vale decir el Gobernador, solicitó expresamente al grupo SUMA, el implementar la organización y producción de bolsas con alimentos para cada familia afectada, con insumos para cinco (5) días de alimentación.
- Se constituyeron diversos centros de acopio de suministros, que más que obedecer a una estrategia de sectorizar la recepción de suministros, obedeció al deseo de figuración y participación independiente de ciertas autoridades municipales y locales.

5. Perspectivas.

La ocurrencia de un evento, que como el terremoto de Cariaco, impacto paralelamente a una zona urbana como la ciudad de Cumaná y una comunidad rural como lo es la población de Cariaco, permite identificar con claridad lo que son las características propias del ciclo de desastre en su fase de recuperación posterior al mismo en regiones con marcada diferenciación en lo que respecta a la disponibilidad de recursos, características constructivas de sus instalaciones y el estado y condiciones de sus servicios públicos fundamentales.

El evento en cuestión permite destacar lo siguiente:

- La pérdida parcial o total de la capacidad operativa de los establecimientos de salud, (vulnerabilidad funcional) no esta exclusivamente referida al daño físico, es importante tener en consideración el deterioro de equipo e insumos, la negativa de uso de las áreas por parte del personal del mismo y el directo nivel de afectación por la tragedia del personal encargado de la prestación del servicio.
- Se debe promover y fomentar los programas de formación que le proporcionen herramientas practicas a las comunidades para que participen de manera eficiente en las labores iniciales de socorro y atención de víctimas particularmente en aquellas regiones que presentan limitaciones en la estructura y dotación de los organismos públicos encargados de atender emergencias.
- El disponer de un funcional, sencillo y coherente plan hospitalario para desastres, medios de evacuación debidamente señalizados y adecuados para el traslado de pacientes en camillas, existencia y correcto funcionamiento de los sistemas de alarma, extinción de incendio y comunicaciones de emergencia son fundamentales en las garantías de salvaguarda de la vida de todos los ocupantes de las instalaciones de salud y su pronta y segura evacuación.
- Reforzar los programas de mitigación y preparativo de la fase de reducción de riesgo previo al desastre, muy especialmente en regiones de una considerable vulnerabilidad sísmica.
- Incorporar de manera definitiva en los planes de recuperación los aspectos relativos a la asistencia psicológica y espiritual.

- Promover planes y programas conjunto entre las autoridades encargadas de las respuestas ante desastres y los medios de comunicación a fin de propiciar el más eficiente, orientador y constructivo uso de la información luego de un evento.
- Intensificar los programas de preparación para caso de desastres en instalaciones de salud e instituciones educacionales, propiciando la participación activa y organizada de todos los integrantes de esas comunidades.
- Establecimiento de una red comunicacional alternativa entre los establecimientos de salud más importantes dentro de una misma zona y dentro del estado en previsión de las averías del servicio de telefonía.
- Fomentar la construcción, en los establecimientos de salud, de una área de depósito con características sísmo resistentes donde se puedan almacenar ciertos insumos y equipos tales como respiradores portátiles, incubadoras de transporte, planta eléctrica portátil, sillas de rueda, equipo de rayos x portátiles y otros suministros críticos para la atención de emergencia.
- Fomentar el reforzamiento y sujeción de estantes y vitrinas donde se almacenan medicamentos y material médico quirúrgico.
- Propiciar la realización de análisis de vulnerabilidad física, organizativa y operativa de los principales sistemas de servicio público como el de agua potable y electricidad.
- Establecer programas de capacitación del personal y la implementación de planes de mitigación y respuesta ante la emergencia, particularmente en los establecimientos de salud, centros educativos y organismos prestatarios de servicios públicos vitales

- Promover la constitución de un grupo asesor a las autoridades regionales y locales, a fin de evitar que su intervención ante los medios de comunicación se convierta en expresión de la confrontación entre individualidades políticamente opuesta y en su lugar las opiniones estén técnicamente sustentadas como para orientar de manera clara a las comunidades.

Una Reflexión Final.

“El peor desastre es el que ocurre en época electoral”