

II. Respuesta inicial

Actividades del Ministerio de Salud en la atención de la erupción del volcán del Nevado del Ruíz

Dr. Luis Jorge Pérez Calderón*

En Chinchiná, las operaciones de rescate se efectuaron desde la parte alta de la ciudad, y muy pronto se evidenció que los heridos y/o sobrevivientes eran muy pocos, ya que habían muerto o desaparecido cerca de 2.000 personas en esa región.

La situación de Armero era diferente, ya que un número desconocido, pero obviamente considerable de heridos se encontraban atrapados en el lodo en un área superior a los 36 kms. La consistencia del barro impedía que los sobrevivientes o los socorristas pudieran caminar sobre él, y menos si llevaban equipo de rescate. La única forma de rescate, fue obvio, tendría que ser por medio de helicópteros. Además de las lluvias torrenciales que cayeron el 14 e impidieron las maniobras aéreas, un número limitado de helicópteros disponibles se establecieron en Guayabal, Mariquita y Lérída, a pesar de que las dos primeras se encontraban en zona de peligro en caso de nuevas avalanchas.

* Médico Especialista en Cirugía General; formado en la Universidad Javeriana de Bogotá, realizó adiestramiento en Cirugía Pediátrica en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ha ejercido el cargo de Coordinador Nacional para Planes de Desastre en el Ministerio de Salud de Colombia y actualmente, se desempeña como Asesor Subregional en Preparativos para Emergencia, OPS/OMS.

CRONICAS DE DESASTRES

En los helipuertos se establecieron unos puestos de primeros auxilios donde se estabilizaba a los pacientes y se adelantaba un primer triage. Pocas fueron las víctimas que se dejaron hospitalizadas en las instituciones locales (aunque allí se atendieron muchas inicialmente), ya que la mayoría fueron evacuados por vía aérea a Bogotá, Cali y Medellín y por vía terrestre a Ibagué y a las ciudades intermedias que se encuentran hasta Bogotá.

(...) La mayoría de los sobrevivientes presentaban abrasiones, laceraciones y contusiones y se consideró que todas las heridas eran sépticas. El manejo de rutina en los helipuertos y puestos de primeros auxilios y hospitales locales consistió en la desinfección y desbridamiento de las heridas, cobertura de éstas, una fuerte dosis de antibióticos, generalmente penicilina I.M. y una dosis de toxoide tetánico. No obstante, algunos pacientes fueron suturados en estos sitios antes de remitirlos a centros distantes.

Pronto se evidenció que prácticamente todas las heridas se encontraban infectadas e inclusive, en el Hospital Federico Lleras de Ibagué, que contaba con personal médico capacitado y recursos más adecuados, se consideró que era mejor no efectuar cirugías de alta complejidad, con excepción de aquellos casos en que la vida dependió de la intervención quirúrgica inmediata.

La mayoría de los sobrevivientes fueron rescatados durante los primeros tres o cuatro días. Realmente, cuando los helicópteros y grupos de rescate provenientes de países amigos llegaron a la zona del desastre, el número de sobrevivientes en el lodo era muy reducido ya que no fueron muchas las personas heridas que podían sobrevivir varios días entre el barro, en las copas de los árboles o en los restos de los tejados.

Debido a que persistía el peligro de una nueva avalancha, el Ministerio de Salud decidió mantener hospitalizados al menor número posible de pacientes

Erupción volcánica

en los hospitales de las zonas de alto riesgo, con el fin de que pudieran evacuarse en forma rápida, si llegaba el caso. Con este mismo objetivo, se ordenó que se mantuvieran cien camas desocupadas en el Hospital Federico Lleras de Ibagué.

En la noche del 16, se inició la evacuación por tierra hacia Bogotá y se continuó durante los siguientes dos días hasta que se logró tener la mitad del Hospital de Ibagué desocupado.

Oficialmente, se calcula que el número de muertos producido por la avalancha del 13 de noviembre fue de 21.015 en Armero y 1.927 en Chinchiná. Además, 138 personas fallecieron en diferentes hospitales hasta el 27 de noviembre. Se calculó el número de heridos en 4.470, de los cuales 1.224 requirieron hospitalización.

El Ministerio de Salud en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) llevó a cabo el 3 y el 12 de diciembre una encuesta preliminar de los pacientes hospitalizados en aquellos hospitales donde se habían recibido más de diez víctimas. Se investigaron 23 hospitales y se revisaron 834 historias clínicas, que representaban el 67% de los heridos hospitalizados.

Se encontró que los heridos menores de los 5 años correspondían sólo al 3,1% y el 15,7% a los que se encuentran entre los 5 y los 15 años. La proporción según el sexo es contraria a la distribución de la población colombiana (Cuadros 1 y

Cuadro 1. Distribución de casos, por edad y sexo

Edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-4	18	4,1	8	2,0	26	3,1
5-14	76	17,2	55	14,0	131	15,7
15+	340	77,1	321	81,7	661	79,3
Desconocida	7	1,6	9	2,3	16	1,9
Total	441	52,9	393	47,1	834	100,0

CRONICAS DE DESASTRES

Cuadro 2. Distribución de la población colombiana, por edad y sexo

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-4	1.409.498	14,7	1.370.601	13,5	2.780.099	14,1
5-14	2.987.287	31,2	2.941.238	29,0	5.928.525	30,0
15 o más	5.190.241	54,1	5.836.421	57,5	11.026.662	55,9
Total	9.587.026	48,6	10.148.260	51,4	19.735.286	100,0

2). La mayoría de los pacientes presentaban más de una lesión, ya que habían sido arrastrados por la avalancha (Cuadros 3 y 4). Las lesiones más frecuentes fueron las laceraciones, ya que se encontraron en el 69,3%, seguidas por heridas penetrantes en el 41,1% y por fracturas en el 37,4%.

Cuadro 3. Distribución de lesiones, por tipo de lesión y edad del paciente

Tipo de lesión	Edad									
	0-4		5-15		15+		Desconocida		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Laceraciones	12	46,1	83	63,3	477	72,2	6	37,5	578	69,3
Heridas penetrantes	10	38,5	48	36,6	282	47,7	3	18,7	343	41,1
Fracturas	7	26,9	51	38,9	249	37,7	5	31,3	312	37,4
Lesiones oculares y complicaciones	6	23,0	47	35,9	214	32,4	5	31,3	272	32,6
Abrasiones	3	11,5	29	22,1	124	18,8			156	18,7
Lesiones y sus complicaciones, sistema auditivo	1	3,8	14	10,7	40	6,0			56	6,7
Trauma, órganos internos			5	3,8	48	7,3			53	6,3
Pérdida tisular			10	7,6	43	6,5			53	6,3
Quemaduras	5	19,2	8	6,1	28	4,2			41	4,9
Lesiones y sus complicaciones, sistema respiratorio			4	3,0	24	3,6			28	3,3
Luxaciones	2	7,7	4	3,0	20	3,0	1	6,2	27	3,2
Politraumatismo			1	0,8	20	3,0			20	2,4
Concusión	1	3,8	3	2,3	16	2,4			20	2,4
Lesiones y sus complicaciones, sistema gastrointestinal	6	23,1	1	0,8	7	1,1			14	1,7
Lesiones y sus complicaciones, sistema nervioso	1	3,8	3	2,3	8	1,2			12	1,4
Lesiones y sus complicaciones, sistema genitourinario			1	0,8	10	1,5			11	1,3
Otras lesiones	1	3,8	6	4,6	36	5,4			43	5,1
Número total de pacientes	26		131		661		16		834	

Cuadro 4. Distribución de lesiones, por tipo de lesión y sexo del paciente

Tipo de lesión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Laceraciones	310	70,3	268	68,2	578	69,3
Heridas penetrantes	173	39,2	170	43,3	343	41,1
Fracturas	174	39,5	138	35,1	312	37,4
Lesiones oculares y complicaciones	152	34,5	120	19,1	272	32,6
Abrasiones	90	20,4	66	16,8	156	18,7
Lesiones y sus complicaciones, sistema auditivo	32	7,3	24	6,1	56	6,7
Trauma, órganos internos	26	5,9	27	6,9	53	6,3
Pérdida tisular	26	5,9	27	6,9	53	6,3
Quemaduras	18	4,1	23	5,8	41	4,9
Lesiones y sus complicaciones, sistema respiratorio	10	2,3	18	4,6	28	3,3
Luxaciones	14	3,2	13	3,3	27	3,2
Politraumatismo	7	1,6	14	3,6	21	2,5
Concusión	10	2,3	10	2,5	20	2,4
Lesiones y sus complicaciones, sistema gastrointestinal	10	2,3	4	1,0	14	1,7
Lesiones y sus complicaciones, sistema nervioso	9	2,0	3	0,8	12	1,4
Lesiones y sus complicaciones, sistema genitourinario	3	0,7	8	2,0	11	1,3
Otras lesiones	23	5,2	20	5,1	43	5,1
Número total de pacientes	441		393		834	

Se encontraron menos laceraciones en los niños menores de un año pero, por el contrario, las quemaduras y sus complicaciones y las lesiones del tracto gastrointestinal fueron mucho más frecuentes entre los infantes.

Las lesiones oculares y sus complicaciones se encontraron con mucho mayor frecuencia entre los hombres, aunque no se sabe la razón de este hallazgo (Cuadro 9).

Trescientos doce pacientes (37,47%) sufrieron fracturas. La distribución de los pacientes por edad y sexo sigue el patrón general de la muestra (Cuadro 5). Setenta pacientes (22,4%) presentaban múltiples fracturas (Cuadro 6). Por lo tanto el número total de fracturas fue de 381, siendo las de las extremidades inferiores las más frecuentes en todos los grupos (Cuadro 7). Las fracturas costales fueron más frecuentes entre los mayores de 15 años, mientras

CRONICAS DE DESASTRES

que la proporción de las fracturas de los huesos propios de la cara y de la clavícula son un poco mayores entre los menores de 5 años. Existen algunas diferencias por sexo según la frecuencia relativa y según la clase de fractura (Cuadro 8), como por ejemplo, las fracturas de los huesos propios de la cara son dos veces más frecuentes entre los hombres que en las mujeres, mientras que lo contrario se observa en las fracturas de la pelvis.

Cuadro 5. Distribución de casos de fracturas óseas, por edad y sexo del paciente

Edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-4	5	2,9	2	1,4	7	2,2
5-14	32	18,4	19	13,8	51	16,4
15+	135	77,6	114	82,6	249	79,8
Desconocida	2	1,1	3	2,2	5	1,6
Total	174	55,8	138	44,2	312	100,0

Cuadro 6. Distribución de casos de fracturas óseas, sencillas o múltiples

Edad	Fractura					
	Sencilla		Multiple		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-4	5	2,1	2	2,9	7	2,2
5-14	45	18,6	6	8,6	51	16,4
15+	188	77,7	61	87,1	249	79,8
Desconocida	4	1,6	1	1,4	5	1,6
Total	242	77,6	70	22,4	312	100,0

Cuadro 7. Distribución de fracturas, por sitio y edad del paciente

Sitio	Edad									
	0-4		5-14		15+		Desconocida		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cráneo	1	12,5	5	7,0	9	3,0			15	3,9
Cara			8	11,3	24	8,1	1	14,3	33	8,7
Clavícula			10	14,1	25	8,5	1	14,3	36	9,4
Extremidades superiores			12	16,9	57	19,3	1	14,3	70	18,4
Costillas			3	4,2	51	17,3	2	28,5	56	14,7
Columna					12	4,1	1	14,3	13	3,4
Pelvis			7	9,9	23	7,8			30	7,9
Extremidades inferiores	7	87,5	26	36,6	94	31,9	1	14,3	128	33,6
Total	8	2,1	71	18,6	295	77,4	7	1,8	381	100,0

Cuadro 8. Distribución de fracturas, por sitio y sexo del paciente

Edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cráneo	10	4,9	5	2,9	15	3,9
Cara	24	11,7	9	5,1	33	8,7
Clavícula	20	9,8	16	9,1	36	9,4
Extremidades superiores	27	13,2	43	24,4	70	18,4
Costillas	34	16,6	22	12,5	56	14,7
Columna	6	2,9	7	4,0	13	3,4
Pelvis	12	5,8	18	10,2	30	7,9
Extremidades inferiores	72	35,1	56	31,8	128	33,6
Total	205	53,8	176	46,2	381	100,0

CRONICAS DE DESASTRES

La mayoría de las lesiones oculares consistieron en conjuntivitis, seguida de hemorragias subconjuntivales y laceraciones palpebrales.

La discrepancia que se observa entre el "número total de pacientes con lesiones oculares" (272) y el "número total de las lesiones" (295) se debe a que algunos pacientes presentaban más de una clase de lesión (Cuadro 9).

Cuadro 9. Lesiones oculares

Tipo de lesión	No.	% Pacientes con lesiones oculares
Conjuntivitis	144	52,9
Hemorragia suconjuntival	93	34,2
Laceración palpebral	50	18,4
Ulceración de córnea	8	2,9
No. total de lesiones	295	
No. total de pacientes con lesiones oculares	272	

Cuarenta y un pacientes presentaron quemaduras, principalmente de primer grado (Cuadro 10). En tres casos de niños menores de 4 años se pudo determinar que las quemaduras de primer grado se debían al sol.

Cuadro 10. Quemaduras, por edad y sexo

Grado	Masculino				Femenino				Total
	0-4	5-14	15+	Subtotal	0-4	5-14	15+	Subtotal	
Primer	4		7	11	4		15	19	30
Segundo	1	4	1	6			4	4	10
Tercer			1	1					1
Total	5	4	9	18	4		19	23	41

En todos los demás casos no fue posible determinar si las quemaduras eran producidas por agentes químicos, por los componentes ácidos del lodo o debido a que el lodo realmente bajó muy caliente.

Se realizaron amputaciones en 65 pacientes (7,8%), siendo las más frecuentes las de las extremidades inferiores (52 casos - 80%). Seiscientos veinticuatro pacientes (74,8%) recibieron antibióticos, ya que la mayoría de las heridas presentaban una infección mixta con coli, pseudomonas, klebsiella, proteus, etc.

En los Cuadros 11 y 12 se presenta lo referente al pronóstico y al desenlace.

Cuadro 11. Pronóstico

<u>Pronóstico</u>	<u>No. de casos</u>	<u>Porcentaje</u>
Recuperación total	316	37,9
Rehabilitación	293	33,9
Prótesis	32	3,8
Grave	36	4,3
Desconocido o no registrado	167	20,1
Total	834	100,0

Cuadro 12. Resultado

<u>Resultado</u>	<u>No. de casos</u>	<u>Porcentaje</u>
Dados de alta	367	44,0
Referidos	75	9,0
Muertos	29	3,5
Aún en hospital	212	25,4
Desconocido o no registrado	151	18,1
Total	834	100,0

CRONICAS DE DESASTRES

Comentarios

La experiencia de los últimos años en América es que en las grandes avalanchas, como la que se presentó en Yungay, Perú durante el terremoto de 1970, quedan pocos sobrevivientes heridos.

No obstante, la situación en Armero se presentó muy distinta por la consistencia del lodo arrastrado por el lahar que permitió que muchos flotaran, y por el contrario, dificultó otra clase de rescate que no fuera primordialmente aéreo.

Las maniobras iniciales de rescate y atención de los heridos fueron desarrolladas principalmente por personal de la región. La ayuda externa se demoró mucho en llegar a la zona del desastre por diversas razones.

Dos hospitales de campaña provenientes de dos países amigos comenzaron a funcionar a los tres días, el 16 de noviembre uno de ellos; se instaló en un edificio junto al hospital de Ambalema y no requirió la instalación de las carpas anexas--solamente efectuó una cirugía mayor. El otro se instaló en Mariquita, utilizó las instalaciones del hospital local y solamente efectuó intervenciones menores.

Un equipo de cirujanos y traumatólogos que vino desde un país muy lejano, no pudo desarrollar todas las actividades previstas debido al estado general de los pacientes, que ameritaban traslado a hospitales de alta complejidad y además, porque sólo contaban con un traductor. Un gran número de médicos y de rescatistas bien intencionados encontraron frustrados sus intentos de ayuda debido a que cuando llegaron era demasiado tarde para efectuar operaciones de rescate o la situación real no les permitió el desarrollo de sus actividades. Por otro lado, Colombia cuenta con un número apreciable de profesionales altamente calificados en todos los campos médicos y quirúrgicos.

Estos son solamente algunos ejemplos de situaciones que se presentan comúnmente en todos los desastres y no únicamente en éste. Todos ellos requieren de unas medidas inmediatas que solamente pueden ser suministrados por la población local, la cual debe estar preparada y entrenada para atender estas emergencias. Esto es importantísimo, debido a que generalmente, cuando llegan los equipos y personal de rescate extranjeros, ya es demasiado tarde para desarrollar medidas salvadoras. De la misma forma, se ha demostrado que los hospitales de campaña ubicados tardíamente tienen muy poco uso, si es que tienen alguno; se necesitan en forma crucial durante las primeras 48 a 72 horas.(...) La respuesta no se encuentra en tratar de organizar en forma rápida equipos médicos y de rescate sofisticados (y por consiguiente más costosos) para enviar a los países vulnerables, sino en el manejo de las técnicas sencillas pero críticas del triage, estabilización y transporte de los heridos.

No se presentaron las epidemias anunciadas por la prensa e inclusive por algunos miembros del Gobierno, en la misma forma como no ocurrieron después de los terremotos de Popayán en 1983, Chile y México en 1985. Sin embargo, la vigilancia epidemiológica sí debe reforzarse durante un desastre, ya que existe el peligro potencial de que se presenten brotes epidémicos bajo ciertas circunstancias.

La Cruz Roja ante el desastre

Dr. Guillermo Rueda Montaña*

Este no es un informe médico exclusivamente, si bien trata tangencialmente algunos aspectos sanitarios, de salud o médicos, y aquellos que conlleva la atención de cualquier desastre.

Antes de entrar en materia y a manera de información, casi que de constancia, me voy a referir a algunos antecedentes: a partir de los primeros anuncios de creciente actividad volcánica en el Ruíz, la Cruz Roja y la Defensa Civil, en los departamentos de Tolima y Caldas comenzaron acciones destinadas esencialmente a la preparación de las poblaciones vecinas a los ríos provenientes del nevado, así como al establecimiento de procedimientos de alarma en caso de erupción.

Es así como la Defensa Civil movilizó grupos que recorrieron las márgenes de los ríos procurando instruir a la población riverense y a los habitantes de los poblados situados en las faldas del volcán, tales como Murillo, Erveo, Falán y el Líbano. Repartieron folletos instructivos, reunieron a las comunidades y advirtieron sobre los peligros inminentes. Lograron algunos desplazamientos de personas, pero especialmente de ganado hacia las áreas más bajas y menos peligrosas.

* Médico egresado de la Universidad Nacional de Colombia, especializado en Cirugía Torácica y Cardiovascular en el Hospital San José de Bogotá y en los Estados Unidos. Desde 1978 ocupa el cargo de Presidente de la Cruz Roja Colombiana.

CRONICAS DE DESASTRES

¿Por qué fallaron los preparativos de prevención?

A. Porque la avalancha del 13 de noviembre sobrepasó todas las expectativas en cuanto a su naturaleza y volumen.

B. Porque el permanente estado de alerta creó en las poblaciones urbanas de Armero y Chinchiná una sensación de aparente seguridad que impidió el acatamiento de los consejos de evacuación hechos por la Cruz Roja y la Defensa Civil.

C. Porque las medidas fueron insuficientes debido a la falta de medios y de experiencia nacional en este tipo de desastres; y

D. Porque las condiciones de inseguridad reinantes en Colombia hacen muy difícil, si no imposible, que los colombianos abandonen sus viviendas y sus negocios.

Estos antecedentes tienen un epílogo: 62 miembros de la Cruz Roja de Armero y numerosos de la Defensa Civil perecieron allí en cumplimiento de su deber y sin haber logrado su propósito.

Entremos entonces a la primera fase, o fase de búsqueda y rescate.

(...) La información inicial sobre la avalancha fue muy escasa, debido a los insuficientes medios de comunicación, la elevada hora nocturna y no había entidad, ni persona que diera una versión lo más aproximada posible de la realidad. Solamente a las 6 de la mañana siguiente, una comisión de la Cruz Roja del Tolima, que en la noche había viajado de Ibagué, avisó por radio que Armero había desaparecido. Al día siguiente, a las 11 horas, una comisión compuesta por ocho socorristas, personal médico y enfermeras de la Cruz Roja, se trasladó a la ciudad de Mariquita en un vuelo de la Fuerza Aérea Colombiana.

(...) Quiero hacer notar aquí una cosa: ¿por qué esos equipos que viajaron de Bogotá, sólo

podieron salir a las 11 a.m.? Porque tuvieron que sostener un verdadero pugilato para encontrar cupo en los aviones o helicópteros cargados de numerosos espontáneos.

Las diversas entidades que reaccionaron a la voz de alarma seleccionaron a la ciudad de Mariquita como centro de operaciones para el rescate, estabilización de pacientes y evaluación, por encontrarse a escasos 20 minutos por tierra de Guayabal y a 10 minutos de vuelo en helicóptero, de Armero; y por poseer la infraestructura necesaria en servicios, tales como aeroportuarios, hospitalarios, albergues, vías de penetración y recursos físicos y humanos básicos para la atención de urgencias de las víctimas rescatadas. Una vez llegada la comisión de socorro de la Cruz Roja Colombiana, la ciudad de Mariquita se dividió en dos grandes áreas de asistencia; la comisión de salud, atención médica, estabilización y primeros auxilios, que se radicó en Mariquita y Guayabal, y la comisión de búsqueda y rescate, conformada por personal de rescate de la Seccional Cundinamarca, el personal del SAR, grupo de búsqueda y rescate que todos ustedes han visto en acción, "los azules" y coordinado por el socorro nacional de la Cruz Roja, representado en uno de sus funcionarios con puesto de comando y comunicación en Mariquita.

(...) Se cumplieron dos clases de operaciones aéreas: una de corto alcance, por helicóptero, entre Mariquita y Armero y la otra de mayor alcance en aviones tipo Hércules, Focker, Araba y Cesna, entre Mariquita y Bogotá.

(...) En vuelo estacionario descendían los socorristas y comenzaban la búsqueda de personas que entre los escombros y ruinas de casas destruidas se hallaban y así encontraban a los sobrevivientes.

Los trataban de reunir en un solo sitio, y digo los trataban, pues la movilización a pie era casi imposible debido al terreno movedizo por la acción del agua sobre grandes cantidades de tierra.

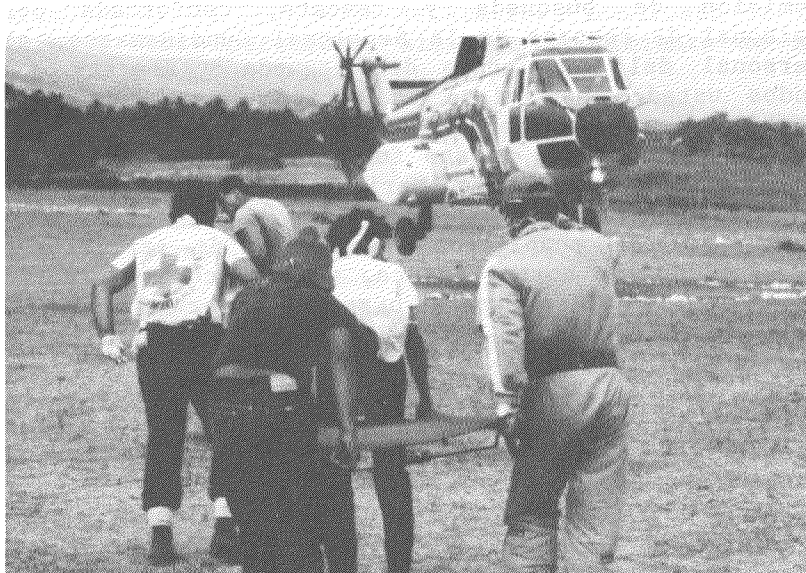
CRONICAS DE DESASTRES

Las operaciones de rescate fueron sumamente difíciles, especialmente durante las primeras 48 horas; sólo se podía hacer por medio de helicópteros, con los peligros que eso tiene.

(...) Una vez rescatadas las víctimas, se avisaba al helicóptero y se evacuaban a la ciudad de Mariquita.

Labores del personal de rescate en el aeropuerto de Mariquita

Se seleccionó un grupo de socorristas en la plataforma del aeropuerto, quienes recibían los heridos provenientes de Armero en helicóptero, los conducían al muelle donde se improvisó la asistencia médica y la estabilización de pacientes, permaneciendo allí hasta que el médico diagnosticara su traslado, (...) según su gravedad.



Los primeros equipos de rescate que responden a un desastre no son equipos internacionales, sino locales. En los preparativos para desastres, se debe tratar de asegurar un entrenamiento regular de grupos y voluntarios locales para que, en las primeras horas críticas después de un desastre, éstos estén preparados para responder inmediatamente.

Comunicaciones durante las labores de búsqueda, salvamento y rescate

Desde el primer momento en que la voz de alarma sobre el desastre se presentó, el mayor afán fue el de establecer contacto entre el área de la tragedia y Bogotá. Esto no se logró sino una vez que el personal de la Liga Colombiana de Radioaficionados llegó al área con sus equipos, activando las repetidoras que para esa región estaban instaladas. Contactaban con la ciudad de Bogotá y mantenían a las diversas entidades informadas sobre lo que sucedía.

Esto fue otro aspecto, que es necesario destacar: fue muy difícil establecer una comunicación constante con la zona, de manera que durante las primeras 48 horas tuvimos enormes dificultades para saber exactamente qué estaba sucediendo, cómo estaba sucediendo y qué estaban haciendo allí.(...)

Censo y estadística

En todo desastre sea cual sea su naturaleza y durante las primeras 72 horas, este aspecto del censo y la estadística es algo que se descuida notablemente. Es evidente que en esas primeras horas, en momentos de efervescencia y calor, es muy difícil que se establezca un sistema de datos y esto, que aparentemente durante las primeras horas no tiene importancia, la tiene y muy grande con el correr de los días.

(...) A estas operaciones de búsqueda, rescate y atención inmediata, la Cruz Roja hace los siguientes comentarios: las operaciones de rescate se vieron entorpecidas por:

A. Falta de comunicaciones apropiadas durante las primeras 36 horas.

B. Escasez de transporte aéreo y helicópteros y exceso de personal para transportar a la zona del desastre. Esto es una de las cosas, sobre las cuales

CRONICAS DE DESASTRES

quiero hacer el mayor énfasis; exceso de personal voluntario, exceso de buena voluntad, exceso de sentimiento humanitario, que a la hora de la verdad y en el momento de un rescate de esta magnitud, crea complicaciones y confusiones sin cuento. Excesiva cantidad de personas colaborando de muy buena voluntad, pero con absoluto desconocimiento de las normas que existen para esos casos. Ello se debió a que las autoridades no aislaron suficientemente la zona y permitieron la entrada a toda clase de espontáneos.(...)

C. Falta de un comando unificado en las operaciones durante las primeras horas.

D. A pesar de todo, es necesario afirmar que en las primeras 72 horas fue posible rescatar más del 95% de los sobrevivientes. El rescate realizado por entidades foráneas, provistas de sofisticados equipos, se redujo únicamente a menos del 5%.

E. Comentario similar puede hacerse a las operaciones de carácter médico: exceso de gente, diversidad de métodos, falta de unificación; pero también en este caso, las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud, por intermedio del Comité de Emergencias, de ordenar el inmediato traslado de heridos graves por la vía aérea a Bogotá, Ibagué, Medellín y Cali, así como sus comunicaciones con todo el país, permitieron una satisfactoria asistencia de las víctimas.

F. La hora de la tragedia. Es explicable que el rescate no hubiera comenzado antes. Recuerden que fue a las 10:15 de la noche y que el aviso de lo que allí había sucedido solamente se pudo dar al día siguiente; y

G. La dificultad e imposibilidad en las comunicaciones. El acceso a la zona solamente posible por helicóptero y evidentemente, la escasez de equipos tanto en cantidad como en calidad.(...)

Apoyo inmediato de damnificados

Debido a la cantidad de familias que quedaron desprotegidas y que fueron llegando a los centros urbanos más cercanos al área del desastre, (...) hubo necesidad de improvisar albergues en colegios y escuelas, campamentos etc.(...)

A estos lugares de albergue se les prestó asistencia en alimentación, suministro de agua potable, elementos de cama, asistencia médica y se aplicaron las medidas más urgentes de saneamiento ambiental, prevención de enfermedades infecto-contagiosas, control de vectores, etc., todas ellas de urgencia durante la fase inmediatamente posterior al desastre, con tan buenos resultados que no se evidenció ningún brote epidémico, el que hubiera podido presentarse como consecuencia del hacinamiento, la disminución súbita de los hábitos de vida y salud y la escasez de suministro de agua potable, la que fue muy notable, factores todos que intervinieron en forma directa sobre la salud de las personas.(...)

Atención de pacientes

(...) Se atendieron aproximadamente 332 pacientes en las primeras 24 horas; esta cifra es aproximada ya que inicialmente no se efectuaron registros de atención cuidadosos.

Para evitar confusión en la identificación de pacientes, se les colocó a todos un esparadrapo en el tórax, consignando en éste su identificación y si se les había administrado Tetanol, para evitar así una segunda administración en otro lugar.

En el Hospital de Mariquita, en coordinación con el equipo médico, desplazado por el Servicio de Salud de Bogotá y personal docente de la Universidad de Caldas, se hizo la reclasificación y estabilización de pacientes para su posterior remisión por vía aérea a Bogotá o por vía terrestre a los hospitales de Honda, La Dorada y Guaduas.