

SECTOR SALUD

ORGANIZACIÓN DEL SECTOR¹²

El sector salud en la República Dominicana se divide en dos subsectores: público y privado. El sector público está constituido por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social -SESPAS-, que es el órgano rector de las acciones de salud y cubre teóricamente el 80% -la cobertura real es de 35%- de la población con servicios asistenciales, preventivos y de promoción de la salud; el Instituto Dominicano de Seguros Sociales^{13 14} -IDSS- cubre a los obreros asalariados y a un número reducido de empleados particulares en caso de enfermedad, maternidad, invalidez y vejez. Su cobertura familiar se limita a la atención obstétrica y a los menores de 1 año, -el IDSS no cubre seguro de desempleo- y cubre al 4.9% de la población total -460.000 trabajadores y beneficiarios-. El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional -ISSFAPOL- cubre a todos los miembros y familiares de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. El sector privado está constituido por instituciones lucrativas y sin fines de lucro -cubre el 60%-. En los últimos años se destaca el incremento de organizaciones no gubernamentales -ONGs- que trabajan fundamentalmente con poblaciones urbano-marginales, rurales y grupos especiales -aproximadamente 300- como son los pobladores de bateyes, mujeres y niños, así como la expansión de planes privados -iguales médicas y seguros-.

Existe una gran desarticulación y falta de coordinación entre las distintas instituciones y subsectores.

PLAN DE EMERGENCIA

La Secretaría de Estado de Salud y Asistencia Social tiene dentro del Plan Nacional de Emergencia la responsabilidad de coordinación del sector salud. Cuenta con un Plan elaborado desde 1983, el cual consta de dos partes, una corresponde al Programa Nacional de Salud para Situaciones de Desastres y otra al Plan de Hospitales^{15 16}.

Sus objetivos son establecer un instrumento o marco de referencia para el funcionamiento de la SESPAS en situaciones de emergencia y definir las áreas de operaciones y las actividades a desarrollar antes, durante y después de la emergencia. Contempla además, establecer los mecanismos de coordinación necesarios en el sector de parte de SESPAS con las instituciones descentralizadas, autónomas y privadas establecidas en el territorio nacional.

A pesar de la existencia de este Plan y de haber sido activado en otras oportunidades, como en las actividades correspondientes al V Centenario de que en 1992, de acuerdo a las informaciones de los medios de comunicación este no fue puesto en ejecución en la etapa previa al desastre del huracán dando lugar a que no se distribuyera la información necesaria a todo el país como está contemplado en dicho plan. Tampoco se activaron los Comités hospitalarios con el Aviso de Huracán. Sin embargo, debemos destacar que post desastre se activaron importantes sectores como fueron las evaluaciones del sistema sanitario, la organización del sistema de vigilancia epidemiológica, control de vectores y reservorios, vigilancia de las enfermedades, el área de saneamiento ambiental y un destacado aporte a los refugios.

¹² Situación de Salud en la República Dominicana. SESPAS/OPS. 1996.

¹³ La Salud en Las Américas. OPS 589/V.2

¹⁴ Proyecto de la Ley General de Salud.- Santo Domingo: Congreso Nacional de la República, 1995.

¹⁵ Plan Nacional de Salud para Situaciones de Desastres. República Dominicana. SESPAS 1990.

¹⁶ Plan de Hospitales: Organización para preparativos en caso de desastres. SESPAS 1983.

Tanto en el nivel nacional como en las Direcciones Provinciales, la SESPAS realizó acciones concretas post el evento, relacionadas a constatar la vulnerabilidad de los establecimientos –infraestructura-, equipos y la organización de los sistemas. Rápidamente se organizaron haciendo un llamado a todos los médicos y evaluando específicamente en los hospitales la capacidad de respuesta post huracán, electricidad, agua, funcionamiento de los quirófanos, insumos quirúrgicos y medicamentos. Asimismo, en lo que respecta a la coordinación con la Direcciones Provinciales se elaboró un formulario básico para conocer daños, cantidad de médicos, necesidades inmediatas, red de comunicación, número de damnificados, ubicación y muertes. Se enviaron misiones a terreno que contactaron los directores y las Direcciones Provinciales y se les ofreció instrucciones de primera mano, además, prepararon un plan de acción al cual cada una de ellas respondió dependiendo de sus capacidades que incluía la atención a los damnificados dentro y fuera de refugios, el mantenimiento de las funciones de los servicios básicos sobre todo las urgencias, comunicación a la comunidad para tomar medidas de seguridad , poder mitigar los daños y prevenir las enfermedades y la coordinación intersectorial.

DAÑOS EN EL SECTOR SALUD

Instalaciones de Salud

Los daños registrados en el sector de la Salud varían en función de la localización de las instalaciones, dependiendo si estaban localizadas en las áreas de vientos huracanados o de inundaciones y lluvias excesivas. Aunque se puede



considerar un desastre mayor, la infraestructura del sector de la salud no sufrió daños de consideración⁹, salvo casos muy aislados como el hospital de Tamayo que quedó inhabilitado debido a la pérdida de todo sus equipos por efecto de la inundación de lodo¹⁷, el hospital Carl Theodore George de San Pedro de Macoris destrucción total del techo y paredes divisorias por los vientos, con filtraciones severas en todos los pisos, pudiendo en

ambos casos ser rehabilitados. El número de edificaciones dañadas de acuerdo con la CEPAL se muestra en la siguiente tabla, llegando a 87 con el mayor número concentrado en el Distrito Nacional y las provincias Altagracia, San Pedro de Macoris y La Romana donde se incluyen hospitales, subcentros de salud y clínicas rurales.

¹⁷ Hernández, Diógenes.-- Análisis de mitigación de desastres en instalaciones de salud de la República Dominicana a propósito de los daños causados por el huracán George.-- Santo Domingo: OPS, 1998.

INSTALACIONES DE SALUD DAÑADAS POR PROVINCIA

Provincia	Número edificios	Costo(miles de pesos)
Total	87	27,849.1
Azua	7	2,169.5
Barahona-Bahoruco	6	1,879.6
Distrito Nacional	18	4,029.0
Duarte-Independencia	2	619.8
El Seybo	4	2,169.5
Hato Mayor	3	885.5
La Altagracia	10	3,099.3
La Romana	7	2,169.5
La Vega	5	1,549.6
Monseñor Nouel	4	1,239.7
Monte Plata	5	1,549.6
San Cristóbal	2	619.9
San Juan Maguana	6	1,859.6
San Pedro de Macorís	9	2,789.3
Sánchez Ramírez	4	1,239.7

NOTAS: a) Se incluyen hospitales, subcentros de salud y clínicas rurales.

a) Los valores repetidos son valores promedios en la región

Los daños principales a la planta física son la pérdida total o parcial de techos, filtraciones, agrietamientos^{18 19}, verjas exteriores, roturas de puertas y ventanas y paredes interiores. La lluvia y las inundaciones fueron las causas de pérdidas de equipo⁶



Daños en interior de instalación hospitalaria

entre los que se encuentran mesas de cirugía, equipos de anestesia, electrocardiógrafos, equipos menores, equipo y material de oficina, entre otros. En los sistemas de apoyo sufrieron daños el sistema eléctrico de distribución interior y exterior incluyendo transformadores, los desagües del sistema sanitario, equipos sanitarios, drenaje de aguas negras,

suministro de agua, daños en las cisternas, dejando una situación de emergencia con unos costos indirectos de RD\$235 millones.

Adicionando tres millones de pesos reportados por el Instituto Dominicano de Seguro Social, los daños a la infraestructura alcanzan un poco más de 30 millones de pesos, necesiéndose cerca de 350 millones para la reconstrucción, de los cuales hay un componente indirecto de unos 248 millones de pesos. (Ver tabla).

¹⁸ Hernández, Diógenes.-- Evaluación de daños causados por el huracán George a planta física, equipos y sistemas de apoyo en las instalaciones de salud.-- Santo Domingo: OPS, 1998.

¹⁹ Evaluación del impacto del huracán George en las estructuras de salud de la provincia de Monte Plata.- Santo Domingo: Médicos sin Fronteras. 1998.

**Daños en el sector Salud D
irectos e Indirectos
(Miles de pesos)**

Concepto	Directos	Indirectos
Destrucción parcial o total en la infraestructura de salud	30,645	
Pérdidas en equipos y mobiliario	65,522	
Mayor gasto de medicamentos durante la emergencia y el post desastre		65,000
Disposición, tratamiento y recuperación de víctimas		15,000
Gasto en actividades de educación comunitaria		5,000
Gastos en acciones preventivas, vacunas, combate de plagas y vectores de enfermedades		55,000
Vigilancia y control epidemiológico		15,000
Incremento en costos de atención hospitalaria, ambulatoria y asistencial		25,000
Mayores costos asistenciales por el incremento de la morbilidad		45,000
Costo atribuible a la menor capacidad de prestación de servicios		10,000
TOTALES	96,167	235,000

El sector militar no ha informado de pérdidas en las instalaciones de salud, tampoco se tienen informes del sector privado aunque se conocen de pérdidas en hospitales, clínicas y consultorios como es el caso del hospital oncológico de la Universidad Central del Este que fue destruido en un 50%(18).

Infraestructura Sanitaria

El principal problema de la infraestructura afectada es el sistema de drenaje sanitario obstruido, así como las cisternas que fueron inundadas por las aguas de los ríos y cañadas desbordadas. Las letrinas de las comunidades y bateyes ubicados en las zonas de vientos huracanados y donde las crecidas e inundaciones causaron daños mayores fueron destruidas en más de un 95% dejándolas en condiciones no operables.

El sistema de bombeo de agua fue afectado por la destrucción de los molinos de viento, del sistema eléctrico y de las tuberías de agua del sistema de acueductos, contaminación de las cisternas, pérdidas de tinacos y reservorios de agua.

SANEAMIENTO AMBIENTAL

Agua potable

La importancia del abastecimiento de agua fue primordial. La primera necesidad sentida a nivel de los refugios fue la de suministro de agua potable.

En lo referente a las comunidades, se puede afirmar que los 502 acueductos con que cuenta el país quedaron fuera de servicio por lo menos durante 24 horas después del paso del fenómeno. Los daños en los sistemas fueron provocados por o derivados de los siguientes eventos: daños de las redes eléctricas, en los equipos y sistemas eléctricos, en los acueductos en los cruces de los ríos, en las obras de toma y estaciones de bombeo, en los pozos, en los caminos de acceso, motores de emergencia, entre otros.

En muchas comunidades el servicio fue restableciéndose a partir del segundo y tercer día, aunque en forma precaria y generalmente con reparaciones de carácter transitorio que en muchos casos todavía perduran. Es importante destacar, que la agilidad con la que se fue restableciendo el servicio energético nacional contribuyó

muy favorablemente a la normalización de los servicios, ya que alrededor del 70.0 % de los sistemas dependen total o parcialmente del bombeo.

En sentido general, podemos decir que la situación de emergencia fue superada ágilmente a nivel de las comunidades, ya sea mediante reparaciones transitorias o a través del suministro de agua por camiones tanques - frecuentemente de una ciudad a otra- en los casos en que por más de una semana las comunidades no contaban ni siquiera con servicio precario de agua potable.

Sin embargo, más que los daños ocasionados a los acueductos por el paso del huracán, la precaria condición de los sistemas antes del desastre, aunada a la alta vulnerabilidad de los mismos para enfrentar estos fenómenos, ha impedido a la fecha que un gran número de sistemas puedan recobrar el nivel de calidad en el suministro que tuvieron antes del desastre -principalmente acueductos por gravedad a los que se le hicieron obras de toma provisionales- e inclusive otra cantidad considerable de sistemas que aún no han entrado en servicio.

Los principales problemas relacionados con el agua potable fueron ocasionados por falta del líquido y no por la calidad del mismo. Esto así, porque inmediatamente pasó la Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de



Salud procedió al diseño de pautas para la clorificación del agua.

Estas pautas fueron escritas y se distribuyeron en todos los refugios, se grabaron en un mensaje radial de la Secretaría de Estado de Salud Pública y sirvieron para la realización de un anuncio de amplia difusión patrocinado por la Colgate-Palmolive. La respuesta de la ciudadanía fue muy positiva, siendo

evidente que en todos los lugares y a todos los niveles se clorificaba el agua antes de su consumo.

El programa de salud ambiental de OPS sirvió como un centro coordinador donde todas las agencias e instituciones consultaban las necesidades relacionadas con el abastecimiento de agua tanto a nivel de los acueductos como en los refugios y también para proporcionar las pautas de dosificación de cloro. Organismos internacionales contribuyeron a la obtención de reservorios de agua, tinacos y tanques plásticos.

La primera necesidad urgente de los refugios fueron recipientes para almacenamiento de agua, luego cloro (el cual fue utilizado en mayor cantidad en forma líquida y fue donado casi en su totalidad por la Colgate-Palmolive a través de la OPS/OMS) y finalmente tanques que se improvisaron con fundas plásticas para la disposición de excretas en los refugios. Se canalizó una donación de la Cruz Roja de 700 tambores de cloro granular que sirvió a las Instituciones que prestan servicio de agua potable para la desinfección especial de los sistemas y la clorificación de camiones cisternas. Es importante destacar lo que fue un factor común en todos los lugares y en todos los aspectos: la ausencia de organización de la comunidad en los diferentes niveles.