

VII. Disaster Health Care
Summary Statement and Comments

Two projects were submitted in this category. A major pan-Caribbean health preparedness program proposal carrying the title "Health Emergency Preparedness in the Caribbean" suggests that in each country the executing agency be the Ministry of Health. These organizations would receive professional technical, financial, and administrative support through bilateral, regional and international arrangements. Pan American Health Organization and CARICOM technical assistance is judged to be an essential component of that plan. Implementation of the project would entail a number of country projects that would have to be scheduled for implementation on a regional basis.

The Dominican Ministry of Public Health and Social Assistance submitted a project entitled "Priority Health Needs in Disaster Prevention in the Dominican Republic." It is, like the regional project, a comprehensive proposal involving training and provision of equipment and supplies.

Dalton

VII-R-1

Caribbean Disaster Preparedness Projects Conference
Project Proposal

Program Area - Disaster Health Care

Chairman - C. de Ville

I. Title - Health Emergency Preparedness in the Caribbean

II. Description of problem and of need:

The Caribbean countries are closely interdependent in terms of health disaster preparedness activities factors such as:

- the small size of most countries with the corresponding scarcity of human and economic resources;
- the physical and geographic isolation and/or dispersion of part of the national population in a large number of disaster-prone islands;
- the diversity of cultures, languages, economic and social systems;
- the different levels of development;

they contribute significantly to the increasing need for technical cooperation and support before, during, and after emergencies.

Caribbean countries are vulnerable to a variety of natural hazards: earthquakes (e.g. Trinidad and Tobago), volcanic eruptions (St. Vincent 1979), hurricanes (all islands, as illustrated by serious disasters in Barbados, 1955, in Haiti, 1964 and hurricanes David and Frederick in Dominica and the Dominican Republic, 1979), floods (in the Dominican Republic, 1979 and Jamaica 1979), and drought, with its sequel of malnutrition (in Haiti, 1974 and 1977). Government authorities have also expressed their need for cooperation relating to such technological disasters as air crashes, explosions, major fires, etc.

The impact of natural disasters is worsened by the particular weakness of the health services and other private or public institutions. A total disruption of the smallest islands is common in case of natural disasters. For instance, the temporary evacuation and care of 10,000 persons constituted a major problem in St. Vincent (population less than 100,000 inhabitants). Although of modest dimension on the global scale, this emergency may overwhelm the government's capability and require extensive managerial and economic support from the Caribbean and international communities.

The disasters in 1979 (floods in Jamaica, volcanic eruption in St. Vincent, and hurricanes in the Dominican Republic and Dominica) underline the lack of preparedness in the health sector and the urgent need for adequate training of essential personnel in most of the countries.

The level of preparedness in the Caribbean varies from country to country. For instance, in Barbados, Cuba, and Jamaica an effective plan and coordination mechanism have been established which are periodically updated. This may provide a guide and model for pre-disaster planning in other countries. In Haiti and most of the small islands the preparedness level is critically low and will require extensive technical cooperation.

A national plan associated with training in the health sector will reduce casualties and damages to essential services and facilities.

III. Description of project and objectives:

Objectives:

1. Promote disaster planning in the health sector.
2. Provide minimum training to health officials at all levels.
3. Include emergency preparedness in health education programs directed to the general public.
4. Assess the vulnerability of health and related services and strengthen the disaster response operational capacity.

Activities:

1. To strengthen or establish a sectoral and regional disaster plan and a technical program of emergency preparedness within the health sector of the countries. The Ministries of Health will be encouraged to assign this responsibility to a senior health official, as the limited resources normally will not justify a full-time post at country level. The possibility of employing an official to serve two or more countries on a full-time basis will also be investigated.
2. To review the existing disaster emergency legislation relevant to the health sector, particularly in regard to receiving or providing relief assistance.
3. To adapt the regional or general manual and training material presently available or in development under the PAHO regional program to the distinctive features of each national situation.
4. To formulate technical guidelines for disaster relief in the health field (completion of the standard list of drugs and equipment, standardization of the medical treatment of mass casualties, etc.).
5. To conduct national inventories of back-up equipment against anticipated needs such as human resources available and local and foreign sources of assistance.
6. To conduct training sessions for health-related officials at all levels, including managers/coordinators, hospital administrators, utility managers and sanitary engineers, logistic and supply managers, paramedical personnel (nurses, public health inspectors, health educators, etc.).
7. To develop simple educational materials for the benefit of the general population.
8. To encourage the participation of the scientific community in applied research and technical evaluation of the material developed, and include disaster management in curricula of medical, nursing, engineering, and other health related schools.
9. To study the cost effectiveness and feasibility of establishing stockpiles of essential emergency equipment, i.e. laboratory supplies, sanitary engineering equipment, drugs, field communication sets, etc. at national or regional levels.

10. To establish guidelines for making disaster-proof certain essential elements of health facilities/utilities which will include survey of vulnerability of existing facilities and recommendations for their improvement, and inclusion of disaster-prone factors in the design of new facilities/utilities of the health sector (e.g. hospitals, clinics, water treatment plants, etc.).
11. To award scholarships/fellowships to nationals from member countries to participate in courses/seminars on disaster assessment and management organized outside the region.
12. To constitute a regional health assessment team with communication and transport support to assist the affected country in times of disasters.
13. To train selected nationals to constitute a source of stand-by expertise and a local team to undertake the assessment of the needs in the health sector following the impact of a disaster.

IV. Actions to be taken by the country to enhance this project:

- designate an official responsible for emergency preparedness activities in the health sector who will act as a focal point/coordinator in case of disaster
- provide funds for the training activities undertaken at country level
- facilitate the entry (waiver of custom duties and immigration requirements) of personnel and equipment for the project in case of disaster.

V. External financial/technical assistance: (5 years)

	Total US\$
Project Manager, including travel, (technical cooperation, general coordination of activities), social benefits, pensions, etc.	350,000
Secretarial support	50,000
Technical consultants	100,000
Local transportation services	20,000
Seminars/courses/training:	
One annual course at Caribbean level (5 days, 40 participants)	220,000
Two national courses (5 days 20 participants)	150,000
Documentation, manuals, visual aids	90,000
Feasibility studies (stockpile)	10,000
Development of model plans, testing and research	80,000
Disaster assessment team training/logistics support	100,000
Analysis of vulnerability of essential services	15,000
Survey and advice on disasters for essential facilities	150,000
Subtotal	1,335,000
Miscellaneous, contingencies (20%)	US 267,000
Total	1,602,000

VII. Designation of Agency responsible for carrying out the project:

Execution and Evaluation at Regional Level

- Emergency preparedness being essentially a component of each health program, the proposed project will be integrated into other activities carried out at country level with PAHO technical cooperation (especially development of health services, environmental health, and disease control).
- Direct supervision will be exercised by the PAHO Area and Country Program Coordinators/Representatives.
- Technical supervision and support will be provided by the PAHO Regional Advisor on Emergency Preparedness, in addition to that provided by the Program Manager recruited for this program.
- A special advisory committee with participation of national experts, CARICOM and other agencies will be established.

Execution at National Level :

- The Ministry of Health.

*República Dominicana**Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social***Atención de Salud en Relación al paso
del huracán "David"****1. Introducción:**

La República Dominicana está ubicada en la isla "La Española", la segunda en tamaño después de Cuba y forma parte del grupo de islas llamado "Antillas Mayores". Tiene una superficie de 48,442 Km², ocupa aproximadamente las 2/3 partes de la isla, de la cual le corresponde la parte oriental, con una población estimada al 10/Julio/1979 de 5,275,410 habitantes.

El país está dividido políticamente en un Distrito Nacional y 26 Provincias. Las Provincias se dividen en municipios con un total de 98 municipios.

Por su situación geográfica la República Dominicana está expuesta al paso de los huracanes, tormentas, etc. que se originan en estas regiones, provocando problemas generales y de salud de diferente amplitud e intensidad.

Las acciones de salud tienen singular importancia en las situaciones de desastres, ya que directamente ó coordinadas - con las de otras instituciones u organismos contribuyen a - salvar vidas y a evitar enfermedades.

2. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Es la responsable de proteger y promover la salud en todos - sus aspectos.

Estructuralmente mantiene tres niveles administrativos-operacionales.

Un nivel central : normativo nacional

Un nivel regional : normativo regional

Un nivel de área : ejecutivo.

El nivel regional está constituido por 6 regiones de salud - que abarcan todo el país desde la 0 hasta la V. Actualmente se está en proceso de re-estructuración para distribuir el - país en 8 regiones en lugar de 6.



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Cada región de salud está a su vez constituida por Areas de Salud, que corresponde cada área a una provincia de la división política del país.

3. Recursos Generales de Salud Pública.

Número de establecimiento, camas, médicos y enfermeras por Regiones de Salud, R. D.

1979.-

REGION	ESTABLECIMIENTO CON INTERNAMIENTOS	ESTABLECIMIENTO * SIN INTERNAMIENTOS	TOTAL	No.DE CAMAS	MEDI COS.	ENFER MERAS	CLINICA RURALES
0	16	19	35	3,029	535	1,625	18
I	15	7	22	670	173	448	56
II	17	5	22	1,717	467	1,235	54
III	14	3	17	697	228	521	58
IV	9	0	9	238	113	240	30
V	11	3	14	380	154	339	43
VI	6	1	7	340	95	233	23
VII	9	2	11	349	100	224	22
TOTAL	97	40	137	7,420	1,865	4,865	304

*Centros de salud, Subcentros, Dispensarios!-

Aparte del personal médico y de enfermeras de cada Clínica Rural actualmente se cuenta con 5,000 Promotoras Rurales de Salud, voluntarias de las comunidades rurales que prestan atención primaria a la Población rural dispersa.

La mayoría de los establecimientos con internamientos tiene servicios de ambulancia.-

4.

ORGANIZACION Y FUNCIONES

El Secretario de Estado de Salud Pública formó parte, presidiéndola, de una Comisión Nacional de Salud designada por el Poder Ejecutivo, junto al Director del Cuerpo Médico y Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas, el Director General del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, el Presidente de la Cruz Roja.

Internamente, la extrutura organica de la SESPAS a alto nivel era normalmente la siguiente: Un secretario de Estado; tres Subsecretarios de Estado, uno del Area de Asistencia Social, y otro Administrativo, y otro del Area de Salud.

La Subsecretaria del Area de la Salud tenía a su vez dos Directores Generales, uno de Atención Médica y otro de Programas Normativos.



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

SECRETARIO

SUBSECRETARIO DE SALUD

SUBSECRETARIO ADMINISTRATIVO

SUBSECRETARIO DE ASISTENCIA SOCIAL

SUBSECRETARIO DE SALUD

DIRECTOR GENERAL

DIRECTOR GENERAL DE

Al pasar el huracán, dada la situación de catástrofe nacional, y - después de varias tentativas, esta estructura normal fué modificada por una de emergencia que permitía agilizar mas la dinámica de las acciones.

Esta nueva estructura organica estaba constituida por una COORDINACION CENTRAL integrada por los tres Subsecretarios de Estado, con la responsabilidad máxima de carácter ejecutivo y operativo, que servía de soporte al Secretario de Estado.

La Coordinación Central a su vez tenía el apoyo de tres áreas operativas: El área de Asistencia Social, el área de Atención Médica y Saneamiento Ambiental y el Area de Apoyo Administrativo; cada una con su correspondiente Jefe de area:-

También se creó un Comité Asesor que servía de apoyo tanto a la coordinación Central como a las Jefaturas de los tres áreas.

Además se creó un Comité de Coordinación de Ayuda Externa presidido por el Secretario de Salud, para canalizar los aportes de ayuda foránea!

Las responsabilidades generales de las tres areas operativas eran las siguientes:

- Generar actividades para atender las urgencias en el orden de su gravedad.
- Obtener aprobación de la Coordinación Central.
- Solicitar y utilizar los recursos necesarios.
- Ejecutar las actividades de su área y estas con las de otras áreas y organismos. Ejecutar las actividades operativas por la Coordinación Central
- Informar todo lo necesario a la Coordinación Central.
- Aprovechar los aportes de los órganos asesores y de coordinación de ayuda externa.

Con ésta estructura de emergencia las acciones de saneamiento Ambiental de la Dirección General de Programas Normativos pasará al Area de Atención Médica.



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Las demás acciones de la Dirección General de Programas Normativas (Epidemiología, Educación, Nutrición, Salud Mental) pasarán a la Coordinación Central, específicamente a la Subsecretaría - del Area de la Salud.

El Area de Atención Médica y Saneamiento Ambiental se encargó - de la atención médica y el Saneamiento Ambiental:

----a nivel hospitalario

----a nivel de refugios

----a nivel de la comunidad.

Las acciones de Epidemiología Educación Sanitaria, Nutrición y - Salud Mental correspondiente a la Dirección General de Programas Normativos pasarán directamente a la Coordinación Central específicamente a la Subsecretaría de Salud, llevandose a cabo a:

---- Nivel de la comunidad

---- Nivel de refugios

---- Nivel hospitalario.-

5. Preparativos antes del ciclón.

- 5.1. Etapa mediata : En realidad, los preparativos se iniciaron desde mucho antes que se conociera la existencia del huracán "David". Consistieron en visitas realizadas por nosotros a las diferentes regiones de salud del país, inmediatamente regresamos del seminario de Santa Lucia, celebrado en Junio del año 1979. En esas visitas le dimos orientación a cada Director Regional de Salud sobre los diferentes tópicos tratados en el aludido seminario relativos a los preparativos para casos de desastres.

Aún cuando el huracán se presentó demasiado pronto después del seminario, creemos que estas instrucciones, junto a las que se le dieron en la etapa inmediata pre-ciclónica contribuyeron a una mejor preparación para hacerle frente a los problemas que surgieron.



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

- 5.2. Etapa inmediata: Dos días antes del paso del ciclón la Sub-Secretaría de Salud y la Dirección General de Atención Médica realizaron visitas a cada uno de los hospitales de la capital, entrevistándose con cada Director y su personal médico y para-médico.

La finalidad era asegurarse una atención médica adecuada a nivel hospitalario y de refugios y además organizar brigadas que pudieran movilizarse hacia áreas afectadas.

Las acciones tomadas fueron las siguientes:

- Dar de alta a todos aquellos pacientes cuya situación de salud lo permitiera a fin de tener suficiente camas vacías.
Se llegó a obtener 700 camas vacías. (*dato en la captación*)
- Distribución de personal, aumentando considerablemente el número de médicos y personal para-médico en cada hospital.
- Suministrar medicinas de emergencia extra.
- Asegurarse la existencia de equipo y material mínimo para estos casos.
- Formación de brigadas médicas.

Además, para la atención médica a nivel de los refugios, se tomaron las siguientes acciones:

- Obtención de la lista de refugios suministrada por la Defensa Civil.
- Localización de la ubicación de cada refugio en el terreno.
- Asignación de personal médico a los refugios.
- Organización de paquetes de medicamentos básicos para cada refugio.

La Dirección General de Programas Normativos se reunió con los directores y personal de su dependencia para tratar los posibles puntos a seguir según las circunstancias.



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

6. Principales regiones y áreas afectadas:

Las regiones más afectadas fueron la O en las áreas del Nucleo Central y San Cristobal; la Region I en las áreas de Peravia, Azua.

7. Principales problemas de salud provocados por el paso del huracán "David".

7.1. Mortalidad: SESPAS desconoce las cifras de muertes atribuible directamente al huracán, algunos sectores han considerado mas de 2000 muertes por traumatismos, ahogamientos y desaparecidos.

7.1.2. Mortalidad por Gastroenteritis:

La mortalidad por Gastroenteritis disminuyó considerablemente en los meses de Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre del 1979, en comparación con los mismos meses de los 5 años anteriores. Ver cuadro siguiente:

Defunciones por Gastroenteritis 1974-1979
Sept, Oct, Nov, Dic. R.D.

Año	Sept.	Oct.	Nov.	Dic
1974	191	198	203	170
75	214	266	214	194
76	156	214	204	163
77	213	175	169	196
78	112	131	118	101
79	139	201	180	111

Fuente: División de Estadística SESPAS.

7.1.3. Mortalidad por Fiebre Tifoidea:

Las defunciones por fiebre tifoidea aumentarán ligeramente durante los tres ultimos meses de 1979, (en comparación con los mismos meses de los cinco años anteriores) disminuyendo en el mes de Diciembre. Ver siguiente cuadro

Defunciones por Fiebre Tifoidea 1974-1979
Sept, Oct, Nov, Dic. R.D.

Año	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
1974	1	4	1	2
75	3	0	3	2
76	2	1	2	2
77	6	1	2	4
78	3	4	1	1
--			-	-



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

7.1.4 MORTALIDAD POR SARAMPION.

Las defunciones por sarampión disminuyeron ligeramente en los últimos cuatro meses del 1979, en comparación - a los cinco años anteriores.

Ver siguiente cuadro.

Defunciones por sarampión 1974-1979.
Sept., Oct., Nov., Dic., R. D.

AÑO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1974	9	12	13	15
75	19	16	18	16
76	24	28	20	19
77	17	14	11	11
78	6	4	3	8
79	9	17	18	15

FUENTE: División Estadística. SESPAS.

7.1.5 MORTALIDAD POR BRONQUITIS.

Las defunciones por Bronquitis, Bronco- neumonía, etc. disminuyeron notablemente en los últimos cuatro meses del --- 1979, en comparación con los mismos meses de los cinco años anteriores.

Defunciones por Bronquitis 1974-1979.
Sept., Oct., Nov., Dic.

AÑO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1974	35	39	46	36
75	39	42	33	36
76	35	43	25	20
77	36	41	23	37
78	32	23	29	24
79	28	35	34	29

7.1.6 MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.

Las defunciones por avitaminosis y otras deficiencias nutricionales fueron ligeramente superiores en los meses de Sept., Oct., y Nov. de 1979, mientras que en Diciembre las defunciones fueron menores, comparado con los últimos cuatro meses de los cinco años anteriores al 1979.

Ver cuadro siguiente.

Defunciones por avitaminosis y otras deficiencias nutricio-
nales 1974-1979, Sept., Oct., Nov., Dic. R.D.

AÑO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1974	44	45	58	61
75	55	54	81	88



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

AÑO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1976	52	61	56	54
77	58	52	.61	49
78	67	41	42	34
79	73	84	84	50

FUENTE: División de Estadística. SESPAS.

Analizando los cuadros anteriores y en relación con las enfermedades de mayor incidencia podemos notar una disminución general de la mortalidad, significando ello una atención médica adecuada en una situación catastrófica - como la dejada en el país al paso del huracán "David" y luego la tormenta "Federico".

El tratamiento de la desnutrición se hace más difícil por su carácter menos agudo.



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

de los cinco años anteriores al 1979. Ver cuadro siguiente.-

Defunciones por avitaminosis y otras deficiencias nutricionales 1974-1979.-

SEPT. OCT. NOV. DIC., R. D.

AÑO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1974	44	45	58	61
1975	55	54	81	88
1976	52	61	56	54
1977	58	52	61	49
1978	67	41	42	34
1979	73	84	84	50

Fuente : DIVISION DE ESTADISTICA SESPAS.-

Analizando los cuadros anteriores y en relación con las enfermedades de mayor incidencia podemos notar una disminución general de la mortalidad, significando ello una atención médica adecuada en una situación catastrófica como la dejada en el país al paso del Huracán "David" y luego la tormenta "Federico".-

El tratamiento de la desnutrición se hace más difícil por su carácter menos agudo.-

7.2 Morbilidad : Como es lógico, se trataba principalmente de heridas y traumatizados.

Estas causas de mortalidad y morbilidad ocurrieron en período inmediato al Huracán principalmente a personas que no fueron a refugios confiables por no existir estos, por negligencia, ignorancia o confusión.

7.2.1 Morbilidad por Gastroenteritis. Ver siguiente cuadro.-

Aunque fué superior a los años anteriores en los meses de septiembre, Octubre y noviembre, los expectativos, dada la magnitud del desastre eran mucho más elevadas. En diciembre la incidencia fué ya normal.

Morbilidad por gastroenteritis 1974-1979.-

Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre, R. D:-

M E S E S

AÑO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
-----	-------	------	------	------



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

1974	2083	4188	3083	2521
1975	5069	5360	2470	3036
1976	4746	4825	4279	4705
1977	6477	6232	6269	5324
1978	8989	8175	9918	7259
1979	11452	16690	10054	7105

Fuente : DIVISION DE ESTADISTICAS, SESPAS.-

7.2.2.- Morbilidad por Fiebre Tifoidea.-

Ver siguiente cuadro.-

Morbilidad por Fiebre Tifoidea.-

Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre 1974-1979.-

AÑO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1974	30	79	36	10
1975	49	35	28	71
1976	153	116	87	83
1977	114	94	80	101
1978	61	78	68	30
1979	114	194	224	138

Fuente : DIVISION DE ESTADISTICAS, SESPAS.-

7.2.3 Morbilidad por sarampión.- Ver siguiente cuadro.-

Morbilidad por Sarampión.- 1974-1979.-

Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre.-

AÑO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1974	253	257	239	254
1975	363	311	230	197
1976	874	580	420	428
1977	266	319	264	199
1978	393	376	477	355
1979	868	1309	1217	1022

Fuente : DIVISION DE ESTADISTICAS.- SESPAS.-

7.2.4 Morbilidad por Paludismo.-



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

El paludismo se incrementó en los tres últimos meses, octubre, noviembre y diciembre, en comparación con los últimos cinco años.

Morbilidad por Paludismo.- 1974-1979.-
Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre.-

AÑO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1974	7	22	67	175
1975	2	6	6	20
1976	105	77	61	129
1977	7	31	93	147
1978	62	101	258	342
1979	104	346	627	509

Fuente : DIVISION DE ESTADISTICA.- SESPAS.-

Para fiebre Tifoidea y sarampión cuya morbilidad aumentó en los meses de Septiembre, Octubre y noviembre, declinando en diciembre, hacemos el mismo comentario que para gastroenteritis, en el sentido de que dada las condiciones ambientales completamente engativas, catastróficas, esperabamos una mucho mayor incidencia, considerando que las medidas de control tomadas fueron bastante efectivas. --

Problemas ambientales.-

Los principales fueron los siguientes:

- Falta de agua potable
- Instalación sanitarias colmatadas
- Letrinas desbordadas
- Acumulación de basuras
- Malos olores
- Aumento de la población de moscas, mosquitos, roedores
- Considerable número de vivienda destruidas y deterioradas
- Contaminación química por materias primas industriales esparcidas
- Alimentos perecederos descompuestos
- Alimentos no perecederos afectados.



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

9.- Problemas nutricionales.-

La destrucción es una condición endémica del país que afecta principalmente a lactantes y pre-escolares la situación de-
jada por el Huracán David favoreció la agudización de la -
desnutrición, por falta o limitación de los alimentos en -
cantidad y la calidad .-

Entre los problemas que nos afectan podemos citar:

No se había programado la alimentación para los niños;

La cantidad de refugiados en la capital fué superior a la ca-
pacidad física de producción de raciones cocinadas por los -
comedores económicos;

En los refugios no había condiciones para preparar ningún ti-
po de alimentos para niños;

Inicialmente no se coordinó con la Dirección de Nutrición de
Sespas las normas para la alimentación infantil.-

10 : de Salud mental:

Durante el Ciclón los principales problemas fueron de crisis -
histericas a veces colectivas, así como estados de angustia y
desesperación.

Después del paso del Huracán se presentó un síndrome de rea-
cción al desastre observado en la población mayormente afecta-
da. En este síndrome se notaba principalmente estado depresivo,
con pérdidas de la esperanza. También tendencia a la apa-
tía y a la pasividad.-

11.- Acciones después del paso del Huracán.-

11.1 Atención médica:

Se prestó atención médica a todos los lesionados, tanto a ni-
vel de hospitales como en los refugios.

Como ya hemos señalado, a nivel de los hospitales se aumentó
el personal médico general y especializado.

Para una mejor atención, se trasladaron a los hospitales de -
las áreas mas afectadas equipos de médicos especializados (or-
topedistas, cirugía, pediatría, gineco, obstetricia, etc.) fe-
forzando el personal médico ya existente, además se realizó -



República Dominicana

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

un amplio suministro de medicinas a dichos hospitales.

Para la atención médica en las zonas rurales se organizaron brigadas médicas formadas por médicos residentes y de hospitales junto a estudiantes universitarios, principalmente de la UASD.-

Las zonas incomunicadas eran atendidas por brigadas similares trasladadas en helicópteros.

La atención médica a los refugios se realizó el mismo día del huracán por médicos asignados de los hospitales. Luego estos médicos se incorporaron a las brigadas móviles siendo sustituidos en los refugios por los médicos del Servicio Médico Escolar y estudiantes universitarios.

11.2 Epidemiología:

Las principales acciones estaban dirigidas a:

--Vigilancia epidemiológica

--Inmunizaciones

11.2.1 La vigilancia epidemiológica pretendía detectar y notificar a tiempo los casos de enfermedades transmisibles con fines de controlar ~~a tiempo~~ cualquier brote que pudiera presentarse.

Las principales enfermedades a tener en cuenta eran aquellas de fácil transmisión en un ambiente deteriorado. a saber:

Gastroenteritis

Fiebre tifoidea

Sarampión

Hepatitis

Tétano

Poliomielitis

otras