



DEU
DESASTRES
EMERGENCIAS
URGENCIAS

NOTICIAS DEU

Marzo 1.987 Bogotá - Colombia

PUBLICACION TRIMESTRAL

Año 1 - No. 2

Programa Nacional de Preparativos para Emergencias y Desastres
 MINISTERIO DE SALUD — APARTADO AEREO No. 12226 BTA.



Barrio Nariño -
 inundaciones
 del Río Amazonas,
 Abril de 1.987

CONTENIDO

La Seguridad en los Hospitales	1
Informe Inundaciones Río Amazonas.4,5 y 6 de Marzo de 1987 . . .	2 ✓
Reunión Coordinadores de Emergencias y Desastres del Sector Salud Subregión Andina	4
Algunas Consideraciones sobre la Importancia de Planeación Comunitaria de Emergencias	4 ✓
Salud Mental y Primeros Auxilios Psíquicos en Casos de Desastres	6 ✓
Universidad Industrial de Santander . . .	9
Actividades Realizadas en 1.986 . . .	10
Próximas Actividades	11
Servicios de Información	12

LA SEGURIDAD EN LOS HOSPITALES

Por: Doctor John A. Florez T.
 Profesor titular
 Facultad Nal. de Salud Pública U. de A.

Mucho se ha hablado especialmente en los últimos tiempos sobre el papel que el hospital tiene frente a un desastre en la población. Es decir, sobre la capacidad de respuesta frente a una emergencia externa.

Siendo lo anterior una realidad, y además una necesidad, pocas veces nos hemos detenido a pensar sobre la acción devastadora que un desastre puede tener sobre las estructuras hospitalarias, y

DIRECTOR

JUAN PABLO SARMIENTO P
Coordinador Nacional Plan Preparativos
para Urgencias, Emergencias y Desastres
Ministerio de Salud.

MINISTERIO DE SALUD

Doctor JOSE GRANADA RODRIGUEZ
Ministro de Salud

Doctor KAROL BOTERO LARA
Viceministro de Salud

Doctor ALFONSO FIGUEROA MELUK
Secretario General Ministerio de Salud

CONSEJO CONSULTIVO

Doctor JOHN FLOREZ TRUJILLO
Universidad de Antioquia

Doctor ALBERTO ZARATE M.
Universidad Industrial de Santander

Doctor NEY GUZMAN G
Universidad del Valle

Doctor GUILLERMO RUEDA M.
Cruz Roja Colombiana

COMITE DE REDACCION

BEATRIZ VELEZ ESTRADA
NESTOR OTALORA SOLER
HERNANDO ACERO CASTELLANOS
RICARDO RUIZ MEDINA

su impacto sobre las personas que la habitan—personal médico, empleados, pacientes, visitantes—.

Una unidad hospitalaria puede ser vulnerable desde muchos ángulos; y gracias a los planes hospitalarios de emergencia que empiezan a configurarse en el país, aspectos tan importantes como la seguridad eléctrica y la lucha contra incendio, esta cobrando alguna notoriedad.

Poco a poco vemos como los hospitales han ido adquiriendo elementos materiales, y protecciones, frente a diferentes tipos de riesgo a pesar que los recursos económicos en más de uno han sido precarios. Esto sólo forma parte de lo que puede denominarse la seguridad integral, ya que es el factor humano el completo necesario para alcanzar el nivel de seguridad que exige un Hospital, no solamente frente a la prevención de

riesgos como en la forma como afronte una emergencia.

Es necesario una acción positiva del personal frente al problema, que cobije a todos y cada una de las personas que laboran o residen en el hospital, y esto requiere de un proceso de mentalización que con un adecuado entrenamiento beneficie a toda la comunidad hospitalaria, y muy especialmente a los enfermos, con un adecuado plan de evacuación.

“Llegará un momento en que los usuarios de los hospitales, principales sujetos de riesgo, exigirán el nivel de seguridad a que tiene pleno derecho, y producirse un incendio es simplemente: “Sálvese quien pueda y que Dios proteja a los enfermos” (Plan de emergencia contra incendios en edificios hospitalarios—Miguel Martorell Oller 1984).

Informe Inundaciones Rio Amazonas

4, 5 y 6 DE MARZO DE 1.987

A raíz del incremento en las lluvias ocurrido durante los meses de Enero y Febrero sobre la cabecera del río Amazonas y sus afluentes, ocasionado por cambios climatológicos que tiene como eje el Fenómeno del Niño; el río sobrepaso ampliamente los niveles esperados para esta época del año, produciendo un impacto importante en la frágil economía de los habitantes del lugar, en especial para los indígenas Yaguas y Ticunas aunque también hay algunos colonos afectados.

En la Región se cultivan productos de consumo directo como yuca, plátano, maíz que se complementan con el pescado, recurso no siempre disponible por dos razones:

1. Durante el año hay dos épocas de pesca que ocupan un espacio de 6 a 8 meses con intervalos de escases importante de pescado.
2. Es el pescado el elemento principal de trueque para la adquisición de elementos como

azúcar, sal, alimentos, ropa, etc., que hace en algunos casos que a pesar de existir el recurso localmente, no pueda ser utilizado por los habitantes.

Teniendo en cuenta las razones expuestas se puede comprender más fácilmente como un período invernal no previsto afecta pequeños cultivos creando una verdadera emergencia que puede centrarse básicamente en alimentos, con algunas variaciones de un asentamiento a otro.

La población estimada en riesgo corresponde a grupos dispersos y pequeños corregimientos que en condiciones normales carecen de servicios básicos, se calculan en 1500 - 1800, habitantes.

EL único medio de comunicación es el río Amazonas y los caños que penetran la densa vegetación.

Existe un sistema de radio que comunica los caseríos de aproximadamente 400 habitantes o más con Leticia.

La comisión estuvo integrada por los Directores de las Oficinas de Atención de Emergencias y Fronteras de la Presidencia de la República, Doctores Pablo Medina y Sara Ines Gaviria, respectivamente.

Los Doctores Jorge Iván Valencia y Oscar Arango representantes de HIMAT, los coroneles Espitia y Varcancel de la Defensa Civil y el Sector Salud estuvo representado por el Doctor Amadeo Vita del Fondo Nacional Hospitalario y Juan Pablo Sarmiento de la oficina de Desastres del Ministerio de Salud.

Se partió el día 4 de Marzo, regresando el 7 de Marzo, cumpliendo las siguientes actividades.

- Reunión del Comité de Emergencias del Amazonas:
 - Análisis de Situación
 - Pronósticos Meteorológicos
 - Inventario de Recursos
 - Plan de Emergencia
 - Necesidades.
- Inspección a las zonas de inundación desde Leticia hasta Pozo Redondo.

— Establecimiento Plan de Acción.

Conclusiones de la visita:

1. Se inicia una emergencia en las zonas de las riberas del Río Amazonas que se prolongará hasta el mes de Julio a raíz de las intensas lluvias en la Región.
2. El problema esencial y común a todos los asentamientos humanos es la falta de alimentos especialmente los de aporte calórico, aunque en algunos casos también de aporte protéico.
3. De acuerdo a las costumbres alimenticias la población se dividió en dos grupos a saber:
 - Colonos con costumbres semejantes a los del interior en las riberas de los ríos.
 - Indígenas cuya alimentación se limita a pescado, fariña (harina de yuca) y plátano.
4. En los Asentamientos Pozo Redondo y Naranjales se hace necesario un reasentamiento inmediato cuyos estudios ya se iniciaron; motivan su reubicación la erosión importante que el río ocasiona y que pone en peligro la seguridad de la población.
5. El servicio de Salud del Amazonas ha programado una comisión que viene haciendo un diagnóstico de la situación; se inició hace 7 días y culmina el 11 de Marzo. Con la visita se hicieron algunos ajustes que permitirán un mejor aprovechamiento de la experiencia. Hasta el momento no hay reportes de patología ocasionadas por las inundaciones ni cambios sobre el medio ambiente importantes; sin embargo se activó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

RECOMENDACIONES :

Corto Plazo :

1. El Servicio de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Comité de Emergencias establecerán un Sistema de Vigilancia Nutricional al igual que un activo programa de suministro de alimentos en la zona de emergencia.

4 NOTICIAS DEU

2. Las Autoridades Locales estudiarán los lugares de reubicación de las poblaciones de Naranjales y Pozo Redondo.
 3. Continuar las comisiones de Salud compuestas por Médico, Odontólogo, Enfermera, Promotores de Salud y Saneamiento a todos los corregimientos, involucrados en la emergencia.
- Mediano y Largo Plazo :
1. Se gestionará la **concesión** o adjudicación de tierras cultivables para la construcción de malokas que permitan garantizar la manutención de las tribus ribereñas durante las épocas del año.
 2. Mejorar las viviendas para que puedan resistir mejor las condiciones ambientales.
 3. Estudiar soluciones prácticas para la recolección de aguas lluvias y disposición de excretas en asentamientos indígenas.
 4. Estímulo económico para el mejoramiento de las condiciones en la Región.
-

REUNION COORDINADORES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES DEL SECTOR SALUD SUBREGION ANDINA

En Febrero de 1987 se asistió a la Reunión de Coordinadores de Planes de Preparativos para Emergencias de la Subregión Andina en Ecuador con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud y el Convenio Hipolito Unanue, concurren representantes de Venezuela, Perú, Ecuador y Colombia, como observador Chile. Coordinaron la Reunión de los Doctores Claude de Ville, Miguel Gueri de la Oficina de Preparativos para Emergencias y Coordinación en caso de Desastre de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, el Asesor Subregional Doctor Luis Jorge Pérez Calderón; Representantes de

CIDA y AID – OFDA. Se evaluaron los actuales programas, y se definieron futuras actividades y reuniones.

Simultáneamente se trabajó en un documento destinado a la Reunión de Ministros de Salud de la Subregión Andina a efectuarse en el mes de Marzo de 1987 en Ecuador, en donde se resalta la importancia de los Programas de Preparativos para Emergencias y Desastres y se promueve un mayor apoyo para los mismos, por parte de los respectivos Gobiernos.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PLANEACION COMUNITARIA DE EMERGENCIAS

NESTOR JOSE OTALORA SOLER
Antropólogo M.S.P.
Programa Nacional de Preparativos
para Emergencias y Desastres
Ministerio de Salud

Las condiciones generales del País, se constituyen en factores determinantes para la ocurrencia de eventos que afectan la salud y el bienestar de su población especialmente en los sectores margina-

les, la cual por lo general habita en áreas de más alto riesgo.

Los peligros que nos asechan son diversos, pero se destacan aquellos provocados por terremotos, inundaciones, deslizamientos, maremotos, tsunamis, erupciones volcánicas y deterioro del medio ecológico.

A estas condiciones naturales, se agregan las económicas, sociales, políticas y culturales, las cuales constituyen el aspecto determinante para que los fenómenos naturales potencialicen sus efectos sobre la población.

Desafortunadamente la información existente en el país sobre la ocurrencia de situaciones de de-

sastre es escasa; sin embargo, se sabe que en un período comprendido entre 1566 y 1900 se han registrado 59 terremotos de gran magnitud con un alto índice de destrucción y pérdida de vidas. Dentro de las ciudades que presentan una mayor frecuencia de terremotos, se destacan:

CIUDAD	No. DE EVENTOS	CAPACIDAD DESTRUCTIVA PROMEDIO
Popayán	6	60%
Bogotá	4	45%
Popayán	6	60%
Bogotá	4	45%
Pasto	3	85%
Cúcuta	2	90%
Pamplona	2	75%

De igual forma el País ha sido afectado por un gran número de guerras civiles, epidemias, accidentes, incendios, inundaciones, explosiones, intoxicaciones masivas etc.

Solamente en el maremoto de Tumaco (1979), el Terremoto de Popayán (1983) y el desastre de Armero y Chinchiná (1985) murieron aproximadamente 23.300 personas y quedaron heridas 5.105. En el caso de Tumaco, el maremoto se presentó a las 3 de la madrugada y su epicentro se ubicó a 75 Kms. de Tumaco; las primeras olas llegaron a la costa aproximadamente a las 7 y 59 minutos de la mañana del mismo día. En Armero el volcán Arenas presentó 2 erupciones explosivas a las 12 y 45 PM del día 13 de Noviembre y solo hasta las 23 horas 15 minutos PM del mismo día llegó la primera oleada al Municipio.

Como se podrá observar en ambos casos hubo tiempo suficiente para proteger la población si hubiese existido un plan de emergencia.

Analizando los registros, se observa como la mayor parte de los fenómenos que nos afectan presenta recurrencia en el tiempo y el espacio, lo cual permite prever futuros eventos. Pero si se compara la cronología de los eventos con las respuestas tanto de la comunidad proveedora de ser-

vicios como de la receptora de los mismos, se puede advertir un desfase en el sentido de la preparación y la presentación del fenómeno.

En otras palabras los acontecimientos han tomado por sorpresa al País y es de solo después de un desastre que el Estado toma medidas pertinentes para afrontar tales situaciones; veamos algunos ejemplos:

A raíz de la guerra de los mil días a comienzos de siglo, el sector privado toma la iniciativa de organizar el primer cuerpo de ambulancias, con el fin de prestar atención a los combatientes heridos en el campo de batalla. Este hecho se constituyó posteriormente en el germen de la Cruz Roja Colombiana.

Con motivo de los sucesos de orden público ocurridos en el país el 9 de Abril de 1948 el Gobierno Nacional se motiva para crear una entidad que asuma técnica y responsablemente la atención de las emergencias. Es así como en Noviembre de 1948 se expide la ley 49 por medio del cual se organiza el Socorro Nacional para casos de calamidad pública

Con el decreto 3398 de 1.965 el Estado crea y organiza la Defensa Civil como institución de rescate y apoyo en caso de desastres y se adscribe como Instituto Decentralizado al Ministerio de Defensa Nacional.

Con ocasión del Maremoto de Tumaco se produce la ley 9 de 1979 con la cual se establece el Comité Nacional de Emergencias. Un año después a través del decreto 2995 de 1980 se da origen al Comité de Auxilio Internacional.

A fin de dar consistencia a la estructura de atención a calamidades públicas, con el decreto 3489 se reglamenta el título VIII de la ley 9 de 1979 y se modifica el decreto 2341 de 1971 estableciendo funciones y responsabilidades para los comités de emergencia nacional, regional y local y el Fondo Nacional de Emergencias y Centros Operativos.

El Terremoto de Guatemala en 1976 genera en las Naciones Unidas la iniciativa de promover y

organizar a través de sus agencias internacionales, programas de atención en desastres en los Países de alto riesgo. En consecuencia dentro del Sector Salud se acoge la iniciativa y se crea en 1981 el cargo de Coordinador del Plan Nacional de Preparativos para Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud.

Finalmente la catástrofe de Armero en 1985 generó una gran controversia acerca de la necesidad de superar la improvisación, preparando tanto a la población como a las instituciones comprometidas en la prevención, atención y recuperación de un desastre. Esta inquietud se tradujo en la organización de una oficina dependiente de la Presidencia de la República encargada de coordinar la gestión de las instituciones responsables de atender estas circunstancias especiales.

Esta acción se piensa completar con la elaboración de un proyecto de ley para presentarlo al congreso en la próxima Legislatura con el fin de reestructurar el Sistema Nacional de Emergencias haciéndolo más operativo y eficiente.

Aunque los esfuerzos institucionales han sido importantes, se hace necesario la configuración de un plan Nacional de Emergencia que incluye como parte fundamental la organización de la comunidad en riesgo a fin de prevenir, afrontar y recuperarse de una situación de desastre.

Así lo demuestran países como Guatemala y Japón, donde recientemente se presentaron erupciones volcánicas con un mínimo de pérdidas humanas. En Japón por ejemplo, se evacuaron de

una Isla, aproximadamente 12.000 personas en un término de 2 horas, presentándose solamente la muerte de una persona por infarto cardíaco.

Las medidas más lógicas para evitar que fenómenos de orden natural o generados por el hombre afecten, la vida y bienes de la población consisten en: de un lado, reubicar el lugar de menor riesgo a la población expuesta y de otro, desarrollar una conciencia colectiva que permita aprovechar los recursos de la naturaleza de una manera racional e inocua para el equilibrio ecológico.

Desafortunadamente estas medidas, exigen cambios profundos en la estructura del poder y la riqueza del país, lo cual a corto y mediano plazo resulta improbable

De inmediato es urgente que a través de una acción conjunta Gobierno-Población se desarrolle una conciencia sobre la necesidad de estar alerta frente a los peligros que nos asechan y poder contar con Planes de Emergencia Comunitarios a través de los cuales se asignen y organicen recursos para realizar acciones de prevención de riesgos manejo de emergencias y recuperación de los daños causados a las personas y al medio.

El hombre a través de su historia, ha desarrollado el conocimiento, la ciencia y la cultura para descubrir y controlar las leyes que rigen los fenómenos de la naturaleza; sin embargo, sus avances no permiten aún evitar la ocurrencia de terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otro tipo de eventos, pero si de atenuar los efectos y proteger hasta donde su capacidad lo permitan, la vida y riqueza de la humanidad.

SALUD MENTAL Y PRIMEROS AUXILIOS PSIQUICOS EN CASOS DE DESASTRES

Doctor MARTIN SILVA AGUILAR
Jefe Sección Salud Mental
DIVISION ATENCION MEDICA
SERVICIO DE SALUD DEL VALLE

10.- CUATRO TIPOS DE COMPORTAMIENTO ANTE UNA EMERGENCIA.

A. Clasificación

De acuerdo a investigaciones realizadas por diferentes psicólogos y psiquiatras en varios países, acerca del comportamiento en casos de emergencia, los seres humanos pueden ser clasificados en cuatro tipos:

- a) a) Tipo Calmado
- b) Tipo acelerado (o impetuoso)
- c) Tipo obediente
- d) Tipo impotente (o tipo "no puedo hacer nada").

a) **TIPO CALMADO**

Las personas de este tipo usualmente se comportan serenamente, sin alharaca y con firmeza en tiempos de emergencia. Son capaces de ver y analizar las diferentes situaciones que los rodean con calma, claridad y pueden indicar a otros que deben hacer

b) **TIPO ACELERADO**

Las personas de este tipo se tornan inquietas, agitadas y aturridas en tiempos de emergencia. No pueden ver ni analizar las situaciones que los rodean con claridad y pueden realizar actos precipitados, por su propia iniciativa .

c) **TIPO OBEDIENTE**

Las personas de este tipo son incapaces de hacer algo por su propia iniciativa en tiempos de emergencia. Siempre buscan a alguien alrededor de ellos a quien obedecer. Luego ellos marchan en un sentido siguiendo a una persona en ese momento y en otro momento marchan en otro sentido siguiendo a otra.

d) **TIPO "NO PUEDO HACER NADA"**

Las personas de este tipo son totalmente incapaces de hacer algo en tiempos de emergencia. Quedan totalmente abrumadas por la situación (El número de personas inútiles de este tipo no es muy grande en cualquier país y por lo tanto no se tendrá en cuenta de aquí en adelante).
(Solo basta mencionar que las hay)

2o.- **ALGUNAS ESTADISTICAS**

Trabajando con las clasificaciones a, b y c el doctor Abe, psicólogo Japonés utilizó dos cuestionarios hipotéticos: en el primero preguntaba qué habían hecho o que sería lo apropiado hacer en tiempos de emergencia y los clasificó de acuerdo a sus respuestas a dichas preguntas. (ver tabla No. 1)

TABLA No. 1

Porcentajes de personas de cada uno de los tres tipos

Tipo calmado	35%
Tipo acelerado	40%
Tipo obediente	20%
(Desconocido)	5%

Sin embargo al aplicarles a las mismas personas el segundo cuestionario que los forzaba a responder preguntas como qué iban a hacer ante tal situación de emergencia inminente, obtuvo las siguientes estadísticas. (ver tabla No. 2)

TABLA No. 2

Porcentajes de personas pertenecientes a los tres tipos de acuerdo al segundo cuestionario

Tipo calmado	0%
Tipo acelerado	70%
Tipo obediente	30%

Las diferencias entre la tabla No. 1 y la No. 2 son notorias y dicentes. Apesar de las diferencias con la cultura japonesa, estas diferencias pueden ser observadas en cualquier país. Una persona perteneciente a cualquier tipo se comportará diferente dependiendo de las condiciones que lo influencien en un momento dado.

3o.- **INTERVENCION EN CRISIS - PRIMOS AUXILIOS PSIQUICOS**

Con las consideraciones anteriores ya podemos pasar a revisar los valiosos aportes de

la doctora Raquel Cohen, fruto de un trabajo de más de 15 años en situaciones de desastre.

1. Los individuos que acaban de recibir el impacto de un desastre natural no puede ser tratados como "pacientes mentales" pues en realidad no lo son. Son Víctimas del desastre y debe tenerse en cuenta ésto para el enfoque y manejo. Cierta grado de aturdimiento inicial o transitorio es apenas normal.
2. En el período inmediatamente posterior al desastre es lógico encontrar toda gama de individuos temerosos, confusos, agitados, aturridos, dóciles, gritando, dando órdenes, contraordenes, deambulando sin rumbo fijo, etc.

Cada uno de ellos, a su manera tiene que hacer uso de los mecanismos psicológicos que tenga a su alcance para controlar la ansiedad provoca por la dolorosa realidad y para comprender las causas y las consecuencias de la situación que vive. Pero - y en esto es muy enfática la doctora Raquel Cohen - , la NEGACION es la defensa más importante en las víctimas de los desastres.

Si en el psicoanálisis o en las terapias tradicionales la negación es "patológica," en cambio en situaciones de desastre es MUY UTIL. Al principio le sirve al individuo como protección para no enloquecerse. La víctima no quiere sentir mucho. No estaba preparada para aceptar esa situación.

Necesita la negación en su período crítico. De ahí que las víctimas pueden relatar muy bien, con lujo de detalles, los acontecimientos pero no estan sintiendo. Todo socorrista, médico, paramédico o trabajador de emergencia (incluyendo a los periodistas), debe tener claro que la víctima necesita de la negación, pues ésta le ayuda a no sentir emoción ya que la emoción por un lado le produce dolor y por otro no permite ningún tipo de pensamiento .

Por lo tanto, lo que debe hacer el socorrista es NO ESTIMULAR EL SENTIR. Sino reforzar el sistema cognitivo.

Como se hace ésto?

De todos modos la única referencia a la mano es el evento mismo. La intervención necesariamente se hace volviendo al evento. Las Víctimas necesitan insistir en el relato y el socorrista o el interventor en crisis puede ayudarle con preguntas que lo orienten en el tiempo, en el espacio, en su persona, preguntas como ¿ a qué horas sucedió? ¿con quién estaba ? ¿En qué lugar ? y descartar ¿ por qué sintió susto ? (!) ¿Qué está sintiendo ahora que se cayó su casa ?. (!) o ¿Qué piensa hacer ahora que toda su familia ha desaparecido ? (!!).

Las preguntas deben dirigirse a los campos de la orientación, de la memoria, de la atención, pero no al área de los sentimientos y así protegemos la psiquis de la víctima como cuando inmovilizamos una fractura ósea: Al paciente fracturado le duele su fractura cuando se la mueven; a la persona psicológicamente golpeada por el desastre le duele si le movemos sus emociones.

Si toda la atención psicológica se hace en el área cognitiva, en la medida que la víctima insiste en relatar el evento, éste le va quedando bajo un control cortical muy eficaz. A esto la doctora Raquel Cohen lo ha llamado "Primeros Auxilios Psíquicos" y utilizándolos la víctima en crisis prácticamente se modifica por si sola.

4o.- CLASIFICACION DE EMERGENCIA PARA VICTIMAS EN CRISIS

En un desastre, para clasificar víctimas que requieran intervención en crisis, en el período de atención inicial, lo más práctico es hacerlo utilizando una clasificación burda: Por su comportamiento más evidente. Si no existen heridas que amanecen con su vida, las víctimas podrían agruparse en sitios diferentes según los siguientes comportamientos, que son detectables por cualquier socorrista:

1. Grupo de Agitados: los que gritan mucho, se mueven incesantemente, se halan el pelo, entorpecen las labores

rescate y atención médica (Incluido el diagnóstico de reacción histérica disociativa) " Los que obstaculizan"

2. El grupo de mutistas: Los que se enmudecen, rechazan el tema, negativistas pasivos o incluso aquellos que dan respuestas lacónicas o con monosílabos " Los que se paralizan"
3. El grupo de Desorientados: aquellos con aturdimiento extremo, que no saben como se llaman, ni que fecha es, ni donde viven o donde están y hablan en forma confusa "Los que se desubican"

Una vez agrupados, cualquier equipo de salud mental, de cualquier hospital psiquiátrico o unidad de salud mental puede aten-

der estos grupos de acuerdo a su experiencia o preferencia, Por ejemplo hay psicólogos o psiquiatras, médicos o socorristas que son hábiles para tratar mutistas, otros para los confusos y los agitados si definitivamente deben ser evaluados por personal médico calificado ya que algunos pocos podrían llegar a necesitar sedación de urgencia y en casos extremos internación.

Proponer algún esquema más sofisticado para nuestro medio es irrelevante. Juntar los pacientes por grupos de comportamiento similar, observarlos y tratarlos con suavidad por personas instruidas en primeros auxilios psíquicos e intervención en crisis es factible en nuestro medio y debemos continuar preparándonos para brindar este tipo de atención.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

PLAN DE PROYECTO DE GRADO: "VULNERABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES QUE CONFORMAN EL COMITE REGIONAL DE EMERGENCIA EN SANTANDER, COMPRENDIDAS EN UN DESASTRE" *

Resumen por . Alberto Zárate Martínez

Se pretende presentar un diagnóstico del grado de vulnerabilidad de las Instituciones oficiales, semioficiales y privadas que conforman el Comité Regional de Emergencia -CRE- en Santander, para proporcionar a las mismas entidades una base en la planificación preventiva para enfrentar los desastres naturales, así como facilitarles la operacionalización de dichos planes.

Específicamente se identificarán los riesgos a que está expuesto el Departamento de Santander, su magnitud y sus posibles efectos, se investigarán los recursos de las Instituciones para configurar un inventario general, se evaluará la capacidad de atención y prestación de servicios a la población, se destacará la necesidad de una adecuada coordinación y se elaborarán propuestas de acción para el CRE.

El estudio se ha justificado por el riesgo de la ocurrencia de desastres naturales o creados por el hombre en el Departamento y la ausencia de estudios de vulnerabilidad que permitan realizar una planificación preventiva en forma objetiva.

El presente proyecto se desarrollará en un año aproximadamente, a partir de Enero de 1987 y sus costos se han estimado en \$ 350.000.

* Este trabajo , bajo la dirección de ESPERANZA GONZALEZ A. y ALBERTO ZARATE MARTINEZ - docente de la UIS - será desarrollado por las estudiantes de Trabajo Social Nohora Ortíz F , Lucy S. Pabón D y Marlene Uribe R. para optar el título de Trabajador Social.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN 1986

El Programa Nacional de Preparativos para Desastres del Ministerio de Salud, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, desarrolló durante 1986 actividades en sus tres componentes como son: Atención, Educación y Capacitación, identificando la capacitación como uno de los más importantes en el área de preparativos para Desastres. Por esta razón el Programa ejecutó durante este año ocho (8) Seminarios - Talleres sobre "Administración en Salud con Posterioridad a los Desastres Naturales", orientados a la asistencia de víctimas en masa, Planes Hospitalarios, Regionales y Seccionales de Emergencia, Integración Docente Asistencial, Coordinación Intra y Extra-Sectorial, con participación en cada evento de 60 personas de todas las Instituciones que de una u otra forma tienen que ver con la atención de las Emergencias causadas por los desastres.

Para la ejecución de estos Seminarios se han tenido en cuenta algunos de los Departamentos de mayor riesgo en nuestro País, es así como el Programa estuvo realizándose en Guajira, Valle del Cauca, Boyacá, Norte de Santander, Caldas, Cundinamarca, Antioquia y Huila.

Consideramos importante informarles que así como se desarrollaron estos eventos de capacitación en las Seccionales de Salud, también desarrollamos reuniones nacionales e internacionales; la ejecutada en el mes de Octubre para Docentes de las Facultades del área de la Salud en la Localidad de Melgar-Cafam, a fin de difundir la importancia de la enseñanza de la Administración Sanitaria de Emergencia- evaluar el componente de preparativos para Desastres y definir los contenidos y estrategias para incorporar la en-

señanza de la Administración Sanitaria de Emergencias en Planes de estudio en sus distintos niveles. Reuniones Internacionales como la ejecutada en Manizales durante el mes de Noviembre de 1.986, con el apoyo de la OPS/OMS y FIDUCAL (Fundación para el Fomento de la Investigación Científica y el Desarrollo Universitario de Caldas), sobre Aspectos Volcánicos, Sísmicos y Geológicos, con participación de Expertos en Desastres de los Países de México, Chile, Perú y Colombia, a fin de conocer el comportamiento de los Volcanes y las investigaciones realizadas en la misma área; conocer experiencias en cuanto al manejo de la Atención Médica, Saneamiento Ambiental, Ayuda Internacional y formular recomendaciones para el desarrollo posterior de planes de Emergencia en los Países afectados ó en riesgo.

Otra de las actividades de capacitación que muestra interés de nuestro Programa por preparar a quienes deben ejecutar acciones en caso de emergencias, es la de realizar Seminarios - Talleres para personal de otras Instituciones que pueden servir de apoyo en caso de desastre.

Para el desarrollo de sus actividades el Programa recibe el apoyo de las publicaciones clásicas de la Organización Panamericana de la Salud; En este aspecto, y de acuerdo al desarrollo de evaluación del Programa, se ha visto la necesidad de elaborar material en base a las experiencias y a los recursos nacionales.

El Programa Nacional de Preparativos para Desastres da seguimiento a sus actividades de capacitación a fin de asegurar el cumplimiento de sus objetivos y asesorar a los responsables de ejecutar

sus funciones, en caso de ser necesario. Para 1986 se dió seguimiento y/o asesorías en las Localidades de Inzá, Belarcazar, y Guapí en el Departamento del Cauca, Barranquilla, Cartagena; Tunja, Chiquinquirá; Bucaramanga. Estas actividades fueron orientadas a planes de emergencia para afrontar accidentes por concentración masiva de población con motivo de la llegada de su Santidad Juan Pablo II.

El Componente de Atención durante éste año se desarrolló con la Atención de las emergencias creadas por inundaciones en el Departamento del Meta, en la Regional del alto y bajo Magdalena, también en el Departamento del Tolima por la pasada erupción del Cráter Arenas del Nevado del Ruíz; Asesorías para el adecuado manejo de la emergencia causada por inundaciones en las co-

misarias de Guanía, Guaviare, Vaupés y Vichada, y en las Intendencias de Arauca y Casanare. El programa participó activamente a través del Comité Operativo de Emergencia de Bogotá, interviniendo en la solución de los problemas causados por las inundaciones de los ríos Tunjuelito y Bogotá.

Considerando la importancia de divulgar a la comunidad como prepararse para afrontar un desastre, el Programa ha realizado una serie de investigaciones sobre el conocimiento y comportamiento de la población en casos de desastre a fin de preparar y desarrollar con otras entidades responsables un programa de educación. Se inició una investigación en el Norte de Santander, proceso que se extenderá a todo el territorio Colombiano para 1987, estableciendo prioridades según zonas de riesgo y frecuencia de los eventos.

PROXIMAS ACTIVIDADES

Entre las actividades programadas tendientes a desarrollar el proceso de planeación, programación y normalización, la oficina organizará grupos de trabajo con expertos en el área, que darán su asesoría para la elaboración de normas técnicas en los aspectos de Atención en Salud, Vigilancia Epidemiológica, Saneamiento Ambiental, Planes Hospitalarios de Emergencia para así determinar los principales riesgos a que están expuestos a la infraestructura hospitalaria, la comunidad y el medio ambiente.

Para la elaboración de estas normas se tendrán en cuenta tres aspectos:

1. La complejidad de los niveles de atención dados por el Sistema Nacional de Salud.
2. Las características y necesidades de la población sometida a riesgo por causa de emergencias y desastres.

3. Los recursos existentes en el país para atender las posibles emergencias.

Los objetivos generales que se han definido para el grupo de trabajo son los siguientes:

- Desarrollar una metodología adecuada para el Sector Salud, que evalúe la vulnerabilidad y el nivel de riesgo aceptable.
- Elaborar normas técnicas por niveles de complejidad, con el fin de que la atención pueda ser prestada en forma organizada, oportuna y de acuerdo a los recursos existentes. En el área de la atención médica se establecerán criterios técnicos sobre prevención y educación, triage, procedimientos básicos de atención, medicamentos y suministros básicos, remisión y seguimiento, registros e información requerida.

En el área de vigilancia epidemiológica, aspectos relacionados con registros, recolección y análisis de información en la fase de impacto; detección, prevención y control de problemas específicos.

En Saneamiento básico se dispondrán medidas sobre abastecimiento de agua; disposición de residuos, control de alimentos, de vectores y control de zoonosis.

Elaboración de normas técnicas en aspectos de Rehabilitación, Salud Mental, Sistema de Transporte y comunicaciones y Nutrición, serán proyectos que se desarrollarán posteriormente.

Otras actividades a desarrollar serán:

- Organización y ejecución de Seminarios - Talleres sobre Administración Sanitaria en Desastres Naturales para los Servicios Seccionales de Salud de Magdalena y Cesar a celebrarse en la ciudad de Santa Marta, Y para el Servicio de Salud del Chocó.

Serán invitados a estos Seminarios representantes de la Cruz Roja, Defensa Civil, Bomberos y Policía y otras entidades involucradas en el proceso de atención de emergencias.

- En Neiva, se realizará durante los días 8, 9 y 10 de Abril, con la organización del Seguro Social y la participación de las empresas e industrias del Departamento, un Seminario sobre manejo de emergencias y desastres, en el que también participará el Ministro de Salud

Se continuarán los contactos necesarios con la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, con el fin de incluir el componente de preparativos por emergencias y desastres en sus programas académicos

En Junio de 1987 se celebrará un Simposio Internacional sobre accidentes químicos, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Sa-

lud, el Centro de Ecología Humana y Salud "ECO" y el Ministerio de Salud, cuyos objetivos seran:

- Identificar los principales riesgos a las personas y al medio ambiente, producidos por el incremento acelerado de desastres químicos.
- Analizar los principales obstáculos que se presentan para poner en marcha planes de acción tendientes a prevenir o mitigar desastres por riesgos químicos.
- Proponer un plan de acción definido para ser presentado a las Instituciones creadas, y poder iniciar las actividades.

SERVICIOS DE INFORMACION

Durante los días 18 al 21 de Agosto de 1986 se celebró en la ciudad de Medellín un curso sobre Atención de Urgencias en situaciones de Desastres organizada por la Asociación de Enfermeras de Antioquia, el Comité Interinstitucional Metropolitano del Sector Salud en Atención de Desastres, la Universidad de Antioquia y la Cruz Roja Colombiana.

Contó con la colaboración de la Gobernación de Antioquia; la oficina de Atención de Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina de Atención de Emergencias de la Presidencia de la República, para mayores informes dirigirse a ASDEAN Apartado Aéreo No. 4858 de Medellín - Colombia.

— o o o —

El jefe del proyecto de preparativos para Emergencias y Desastres de la OPS en Colombia, Ingeniero ROGER GAMBOA fué transferido a la oficina de la OPS/OMS en Quito - Ecuador, en su reemplazo fué asignado el Ingeniero LUIS SANCHEZ.