

SEMINARIO DE ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE SALUD PÚBLICA EN SITUACIONES DE DESASTRE¹

A pesar de que en los últimos años se han observado marcados progresos, es necesario proseguir en la planificación de tareas para casos de emergencia a nivel nacional y determinar cuáles son las acciones que se requieren realmente cuando se produce un desastre. Este informe da cuenta de los resultados de un seminario de salud pública que se llevó a cabo para discutir los problemas vinculados con las situaciones de desastre.

Del 15 al 20 de noviembre de 1976 tuvo lugar en Panajachel, Atitlán, Guatemala, un seminario sobre el tema Aspectos Administrativos de Salud Pública en Situaciones de Desastre. El seminario fue organizado por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

Altos funcionarios de organismos nacionales de Centro América, México y Pana-

má interesados en la planificación y coordinación de las actividades de socorro en situaciones de desastre se reunieron durante una semana con expertos y representantes de los principales organismos internacionales, tales como la OPS, la Oficina del Coordinador de las Naciones Unidas para el Socorro en Casos de Desastre (UNDRO), PNUD, la Cruz Roja y los Servicios Católicos de Socorro. Las entidades nacionales incluían los ministerios de salud pública, ministerios de defensa, comités nacionales para situaciones de urgencia y dependencias de saneamiento ambiental.

A continuación se enumeran los objetivos del seminario:

¹El informe final de este seminario se encuentra disponible en la Unidad de Desastres y Coordinación de Ayuda en Casos de Emergencia y Catástrofes, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C., 20037, U.S.A.



El violento sismo ocurrido en Guatemala en febrero de 1976 confirma la necesidad de una preparación de actividades para hacer frente a la situación en caso de emergencia, así como una planificación de medidas preventivas contra desastres. (Foto: J. Metelsky, AID, EUA).

- identificar problemas específicos de salud pública y esbozar soluciones posibles, sobre la base de la experiencia adquirida en catástrofes ocurridas en Centro América y México;

- contribuir a la utilización de un procedimiento multidisciplinario para hacer frente a la situación en casos de desastre y promover una coordinación más estrecha entre los ministerios de salud, los comités nacionales para situaciones de urgencia y las demás instituciones interesadas en la planificación de medidas preventivas o de socorro en situaciones de desastre;

- fomentar la debida preparación para hacer frente en caso de emergencia y la planificación de medidas preventivas contra catástrofes en los países participantes.

El Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Julio Benjamín Sultán Berkowitz, en representación del Presidente de la República de Guatemala, dio apertura a la sesión inaugural del seminario. Durante el curso de las reuniones se examinaron varios temas importantes y el resultado de las discusiones se resumen en el presente informe.

Aspectos de salud pública subsiguientes a los casos de desastre

Se examinaron, desde el punto de vista epidemiológico, las situaciones de salud que se crean como consecuencia de desastres en los países participantes y en el mundo. Los oradores destacaron que existe una falta de datos precisos y fidedignos sobre los efectos reales que sobre la salud ejercen los desastres, en marcado contraste con la amplia aceptación de información basada en rumores por parte del público y profesionales mal informados. En la actualidad existe escasez de conocimientos científicos sobre los tipos de lesiones, que ocurren a continuación de diversas clases de desastres, las distribuciones por edad y la influencia que tienen con el transcurso del tiempo. Dicha escasez de conocimientos tiene repercusiones potencialmente considerables tanto en la preparación para las situaciones de emergencia como en las medidas de auxilio que se requieren. Entre los numerosos factores mencionados en la sesión preliminar se consideró la ausencia

de brotes epidémicos significativos a continuación de un desastre, la concentración de suministros no solicitados y de voluntarios faltos de preparación en las zonas de desastre.

Preparación para los casos de emergencia y planificación de medidas preventivas contra desastres

Los participantes en el seminario prestaron detenida atención a los diversos aspectos de la preparación de las actividades en el sector salud para los casos de emergencia y su relación con la preparación general del país a este respecto. Se hizo hincapié en la importancia, así como en los beneficios potenciales a largo plazo, de la prevención y atenuación de los fenómenos naturales. En varias conclusiones y recomendaciones se destacó la necesidad de integrar las funciones del sector salud en un plan nacional de emergencia y, asimismo, actualizar y revisar planes prácticos y ajustados a la realidad, basados en el análisis de la disponibilidad y vulnerabilidad de los principales recursos nacionales.

Acopio de información, vigilancia epidemiológica y evaluación

Se reconoció unánimemente la importancia vital del acopio de información y de una inmediata evaluación nacional en situaciones de emergencia.

Asimismo se consideró que, dentro del campo de la salud, revestían fundamental importancia las técnicas y métodos epidemiológicos para la vigilancia y evaluación en la planificación de actividades en situación de desastre y para emplear en forma óptima los escasos recursos humanos y materiales en condiciones de emergencia.

Se estudió el sistema de vigilancia epidemiológica que se puso en práctica después del terremoto de Guatemala ocurrido el 4 de febrero de 1976, y se tomó como ejemplo de una provechosa contribución de los epidemiólogos en la determinación y evaluación

de las actividades de socorro ante una situación de desastre. El sistema ha sido instituido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, con la ayuda de la OPS y del Centro para el Control de Enfermedades, E.U.A.

La asistencia médica de urgencia y los hospitales de campaña

Los participantes en el seminario reconocieron que, después de un desastre, la asistencia médica a las víctimas ocupa el primer lugar en el orden de prioridades. También se mencionó que durante las primeras 12 horas, el período más crítico, las autoridades nacionales de salud deben atender la situación de crisis, ya que, como cabe esperar, la respuesta internacional sufre cierta demora. A este respecto se consideró necesaria una mejor preparación para hacer frente a los casos de emergencia. Este último punto se reflejó en varias conclusiones y resoluciones en las que se subrayaron los requisitos básicos que deben reunir los hospitales de campaña:

- autoabastecimiento técnico, logístico y administrativo;
- uso de grupos multidisciplinarios;
- capacidad suficiente para proyectar las actividades de los hospitales en toda la comunidad;
- capacidad suficiente para comunicarse con la población.

Además, los participantes recomendaron el establecimiento ulterior de servicios permanentes de salud para llenar el vacío que con frecuencia se observa después que se retira de la zona o país afectado, la asistencia médica en masa.

Saneamiento ambiental y control de las enfermedades

Los participantes convinieron en que la prevención de enfermedades después de un desastre debe estar basada principalmente en medidas de saneamiento—abastecimiento de agua y sistema de eliminación de excretas apropiados—así como en la vigilancia epi-

demiológica de enfermedades seleccionadas de importancia local.

Por otra parte, se advirtió que la interrupción de programas de control de enfermedades importantes y la utilización de los recursos de esos programas para otras actividades no indispensables de socorro y rehabilitación, constituyen un factor potencial en la manifestación de brotes epidémicos. En las sesiones de trabajo del seminario se hizo notar la falta de información científica que corrobore la creencia corriente de que los cadáveres humanos o animales representan una importante causa de epidemias.

En 15 resoluciones se destacó la urgente necesidad de una planificación, capacitación de personal y evaluación en materia de saneamiento ambiental durante las situaciones de emergencia. Sin embargo, los asistentes a la reunión no se mostraron favorables a la organización de campañas de inmunización en masa a continuación de una catástrofe, ya que se trata de medidas contraproducentes que obligan a desviar recursos humanos y otros recursos nacionales.

Salud mental y comportamiento

Recibió especial atención la contribución potencial de psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales que participan en la planificación de actividades, auxilio y rehabilitación. No obstante, se consideró poco aconsejable el uso generalizado de tranquilizantes y neurolépticos cuando se trate de personal no especializado.

Distribución de alimentos

Los participantes del seminario recomendaron la designación de una sola persona encargada del problema de los alimentos, dentro del comité nacional de casos de emergencia. Igualmente aconsejaron que los alimentos procedentes de donativos internacionales se distribuyeran a través de las dependencias que llevan a cabo programas habituales de alimentación.

Suministros médicos de urgencia

Se estudiaron detenidamente los problemas principales que plantean los suministros médicos no solicitados. Sobre todo, se consideró que el coste que representa en tiempo, en personal y en efectivo el transporte, selección, inventario y distribución de los suministros enviados por particulares y ciertas instituciones no oficiales, excedía los beneficios que oportunamente podría obtener la población.

Se recomendó que la OPS preparara una lista preliminar de los medicamentos básicos que se utilizarían en caso de que ocurrieran algunos de los diferentes tipos de desastres y que se sometería a la consideración de los países participantes para su adaptación a la farmacopea nacional. Además, se consideró que una sola institución sería la encargada de solicitar los artículos médicos, y que esta solicitud se haría a través del comité nacional de casos de emergencia correspondiente al país afectado. Los organismos y países donantes deberían abstenerse de enviar muestras médicas y, en cambio, deberían dar prioridad a proporcionar grandes cantidades de suministros escogidos, debidamente rotulados, de acuerdo con la petición formulada por el país afectado.

Coordinación de los voluntarios nacionales e internacionales

Los participantes llegaron a la conclusión de que los voluntarios pueden aportar una valiosa contribución si participaran en grupos que tuvieran sus propios recursos y estuvieran bien organizados. En contraste con ello, se consideró que la presencia de voluntarios individuales aislados resulta contraproducente y puede entorpecer a veces en las operaciones de socorro. A este respecto, se señaló que la coordinación de voluntarios aislados es sumamente difícil, especialmente cuando no hablan el idioma del país afectado.

Se recomendó que los organismos internacionales relacionados con las tareas de

socorro en casos de desastre, prepararan y mantuvieran al día una lista oficial de grupos de socorro en la que se estableciera la esfera de actividades de cada grupo. Asimismo, se consideró que deberían establecerse normas a nivel nacional a fin de permitir actuar en concomitancia a grupos nacionales e internacionales en situaciones de emergencia.

Con respecto a la eficacia general de los grupos voluntarios, se consideraron especialmente importantes las condiciones siguientes:

- estructura y organización de los grupos;
- registro oficial del grupo en el país afectado;
- recursos propios;
- aceptación de la autoridad del comité nacional para casos de emergencia;
- rapidez de intervención (los grupos deberían estar en condiciones de actuar en cuanto fuera necesario).

Funciones de los organismos internacionales

Por último, se presentó y discutió el tema de las funciones que deben desempeñar los organismos internacionales. Estas deben incluir la participación de las organizaciones bilaterales e internacionales en la primera evaluación de un desastre, la función de la Oficina del Coordinador de las Naciones Unidas para el Socorro en Casos de Desastre como punto central, las posibilidades de la Cruz Roja y otras organizaciones voluntarias, así como la función de la OMS y la OPS en cuanto a la provisión de expertos médicos en el sector salud.

De manera unánime se reconoció la necesidad de una mayor coordinación entre los organismos gubernamentales e internacionales así como entre las innumerables organizaciones voluntarias. Entre los servicios que se esperaba de estos organismos internacionales figuraron los siguientes:

- adiestramiento de personal y distribución de material técnico y científico para colaborar con los

países en la planificación de medidas preventivas contra los desastres;

- prestación de servicios de expertos y provisión de suministros durante las diversas fases del desastre;

- desarrollo de investigaciones epidemiológicas y operativas sobre desastres, a fin de obtener la información real y precisa necesaria para actualizar y adaptar los planes de emergencia de los países participantes.

REPERCUSIONES SOCIALES DE LA EPILEPSIA. EL CONSEJO SOCIAL^{1, 2}

Alguna vez se ha hecho referencia a la locura como la pérdida de la libertad y ello, en el doble sentido: filosófico y psicológico. Si la locura es, pues, la desposesión del propio destino, la epilepsia supone una alteración temporalmente más limitada pero también importante. Al sufrir una crisis de tipo del gran mal o una ausencia, por breve que ella sea, se pierde la conciencia del momento vivido, del presente, pero también se esfuma el pasado. La estructura del devenir existencial se rige por dos coordenadas: el espacio y el tiempo. Es decir, que la locura y la epilepsia privan del funcionamiento cabal del sistema nervioso que hace posible tener conciencia del estar ahora y aquí.

La población epiléptica—aun la atendida médicamente—carece de una de las dimensiones fundamentales que debe estar siempre presente en la relación médico-paciente. No basta saber que en la epilepsia las neuronas del cerebro no baten lo suficientemente armónicas para mantener al paciente sin alteraciones de conciencia, motoras o viscerales. No es suficiente que sepamos cuál es el medicamento de elección en el tipo preciso de disritmia que acabamos de diagnosticar. Tampoco se agota el problema con el ajuste fino de una dosificación pacienteamente elaborada. El epiléptico necesita ser considerado en relación con sus facetas menos involucradas en la enfermedad. En qué forma el paciente incorpora o rechaza el

diagnóstico; cómo convive con su limitación biológica, y cuáles son sus temores en relación con el matrimonio, la descendencia y su propio futuro mental.

El epiléptico ante su enfermedad

Enfrentar un diagnóstico no es cosa fácil. Por benigno que al médico le parezca, el paciente recibe con el diagnóstico un ataque a la imagen que de sí mismo se ha hecho. En especial, ser epiléptico quiere decir no ser normal mentalmente, estar sujeto a la vergüenza de padecer un ataque en cualquier momento y a tener que convivir durante un largo período de la propia existencia—si no es que a través de toda la vida—con una importante limitación biológica. Para el médico, es muy fácil pensar en un diagnóstico grave y en otro que solo es la constatación de una anormalidad, pero para un paciente cualquier etiqueta diagnóstica emitida por su médico supone una reconsideración de su estado de salud, de su imagen, de su autoestima. En algunas culturas el ser epiléptico implica no solo una enfermedad sino una vergüenza social.

En las consultas hospitalarias y privadas atendidas por el autor, se asiste con frecuencia al drama de un primer ataque epiléptico y la vergüenza de tener que confesar que hay antecedentes familiares. Esto no quiere decir más que una cosa: se está perdiendo la batalla contra la ignorancia. Son precisamente los médicos y más aún los especialistas en neurociencias los que están obligados a llevar a cabo una educación o vulgarización inteligente.

¹ Texto resumido del artículo con el mismo título por el Dr. César Pérez de Francisco publicado en *Salud Pública de México* 17(6):821-827, 1975.

² Trabajo presentado en sesión plenaria del III Congreso Mexicano de Cirugía Neurológica. Acapulco, Guerrero, marzo de 1973.