

Crónica del terremoto en Haití: Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

# Crónica del terremoto en Haití:

Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud /  
Organización Mundial de la Salud

12 de enero 2010



# Crónica del terremoto en Haití:

Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud **(OPS / OMS)**

12 de enero 2010



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

**Santo Domingo, República Dominicana**

# Equipo de Coordinación y Respuesta PWR-DOR

## **Dirección general**

Dr. Merlin Fernández

## **Coordinación / PED**

Ing. Ana Quan, Dr. Luis Jorge Pérez , Liz Parra , Leonardo Hernández

## **Sistemas y servicios de salud**

Dra. Jacqueline Gernay, Dra. Selma Zapata, Licda. Dalia Castillo

## **Vigilancia de la salud, prevención y control de enfermedades**

Dr. Miguel Machuca, Dra. Rosario Cabrera

## **Información y comunicación**

Licda. Rosario Guzmán

## **Salud familiar y comunitaria**

Licda. Cecilia Michel

## **Administración**

Licda. Miguelina Jiménez, Licda. Liduvina Morel

# Contenido

---

<b>Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>5</b>
Daños en República Dominicana y respuesta	6
<b>OPS/OMS en la respuesta al desastre</b>	<b>9</b>
Respuesta inmediata	9
<b>Coordinación Operativa Frontera</b>	<b>14</b>
<b>Coordinación oficina central PWR/DOR</b>	<b>16</b>
<b>Logística</b>	<b>19</b>
<b>Sistemas y servicios de salud y protección social</b>	<b>20</b>
Medicamentos	20
Bioseguridad (trabajo inter programático con Desarrollo Sostenible y Seguridad Humana )	21
Rehabilitación	23
Recomendaciones de los equipos de rehabilitación	25
Salud Mental	26
Respuesta de OPS/OMS a la necesidad de apoyo psicosocial	27
Respuesta nacional a la necesidad de apoyo psicosocial	27
<b>Vigilancia de la salud, prevención y control de enfermedades</b>	<b>31</b>
<b>Desarrollo sostenible y seguridad humana</b>	<b>34</b>
<b>Información y Comunicación</b>	<b>37</b>
Materiales educativos bilingües	39
<b>Glosario</b>	<b>40</b>

## Introducción

El documento *Crónica del Terremoto en Haití: Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS)* que presentamos a continuación es una reseña del terremoto y sus consecuencias, pero ante todo es un ejercicio de revisión, presentado en orden cronológico, de las acciones emprendidas en el marco de la Respuesta a la Emergencia y una herramienta para entender la dinámica de aquellos días.



### **Recordar**

*Sismo de 7 grados que la tarde del 12 de enero de 2010 redujo a escombros zonas importantes de Puerto Príncipe*

El sismo de 7 grados que la tarde del 12 de enero de 2010 redujo a escombros zonas importantes de Puerto Príncipe y otras ciudades haitianas, ha puesto en agenda nuevos desafíos, tanto para las autoridades de República Dominicana y Haití, como para las agencias de cooperación, grupos, instancias e instituciones ligadas a la respuesta a emergencias.

Tan pronto se produjo el desastre, la OPS/OMS, a través de su Representación en República Dominicana, activó sus mecanismos de respuesta, acudiendo en tiempos récords a los escenarios de la emergencia donde los retos eran inaplazables.

Esto se hizo en un proceso de acompañamiento a las autoridades de la República Dominicana, especialmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que, más allá de la asistencia técnica y financiera, demostró el carácter solidario y humanitario de la cooperación en tiempos de crisis.

En esta crónica se aborda la Respuesta en cada uno de sus componentes, desde las primeras decisiones relacionadas con la atención hospitalaria y el mejoramiento de la capacidad resolutive de los centros de salud de la frontera, hasta las acciones desarrolladas en el área de comunicación de riesgo, pasando por las intervenciones en rehabilitación, salud mental, bioseguridad, agua y saneamiento y vigilancia de la salud, entre otros aspectos.

También se refieren las claves principales de la coordinación de la OPS/OMS, tanto de su propio equipo de respuesta, como a nivel del Gobierno, las agencias del Sistema de Naciones Unidas (SNU) y las organizaciones de la Sociedad Civil.

Como queda planteado en este documento, el terremoto en Haití fue una oportunidad para demostrar que la prevención en emergencias y desastres será siempre una prioridad y una oportunidad para probar la eficacia de los sistemas de salud a todos los niveles.



La catástrofe en Haití, por su secuela de destrucción masiva, desbordó todos los parámetros existentes en materia de respuesta a emergencias y desastres. Y este documento, que reúne las acciones realizadas, puede dar una visión de la realidad, y con ello, una mirada necesaria sobre todo el conjunto de las operaciones.

## Antecedentes

El 12 de enero del 2010, un potente sismo de 7 grados en la escala de Richter sacudió la Isla La Hispaniola, alrededor de las 17:50 hora local dominicana. El epicentro fue localizado en 18.451 ° N, 72.445 ° W, profundidad de 10 km (6.2 millas), a una distancia de 15 km (10 millas) al suroeste de Port-au-Prince, ciudad capital de Haití, 140 kilómetros (90 millas) E, de Les Cayes, Haití, 145 kilómetros (90 millas) al ONO de Barahona, República Dominicana y a 1140 kilómetros (710 millas) al sureste de Miami, Florida.

“El terremoto ha creado una situación sin precedentes, amplificada por el hecho de que azotó al país más poblado de la región y a su centro económico y administrativo (Puerto Príncipe)”.



### **Recordar**

*Fue alrededor de las 17:50 cuando se sacudió la Isla La Hispaniola.*

Cifras oficiales estiman 220,000 personas fallecidas, 300,000 lesionadas, 1.3 millones de refugiados y otros 500,000 desplazados hacia otras zonas del país. Al menos 50 hospitales y centros de atención de salud y 1,300 centros educativos quedaron inutilizables, al igual que 105,000 viviendas, y otras 300,000 viviendas sufrieron daños estructurales. El total de recursos financieros de cooperación externa requeridos para ejecutar el Plan de Reconstrucción ha sido estimado en US\$11,500 millones. Partiendo de las pérdidas humanas y materiales, este terremoto ha sido considerado el de mayor impacto en la historia de la humanidad.

La ciudad dominicana más cercana es Jimaní, a pocos minutos de la frontera y aproximadamente a 30 minutos por vehículo de motor de Puerto Príncipe, en condiciones habituales. Es la capital de la provincia Independencia, con poco más de 6,000 habitantes y unos 12,000 en todo el territorio del municipio. En condiciones normales, Jimaní cuenta en el sector salud con el personal de la Dirección Provincial de Salud, un hospital general de segundo nivel, con 34 camas, y dos unidades de primer nivel de atención (UNAP). Los establecimientos de atención de esta provincia forman parte de la red del Servicio Regional Enriquillo.

## Daños en República Dominicana y respuesta

Se reportaron daños menores o medianos en unos 20 centros educativos públicos ubicados en Azua, Barahona, Montecristi, Dajabón, San Francisco de Macorís y en la capital Santo Domingo. También se reportaron daños menores en dos hospitales, en Barahona y Santiago. La única persona lesionada reportada fue una menor de Los Alcarrizos, provincia de Santo Domingo, por traumas diversos ocasionados por el derrumbe de una pared.

La responsabilidad de las primeras acciones dominicanas recayó en la Dirección Nacional de Emergencias y Desastres. A través de esa dependencia, el Ministerio de Salud, como primera medida, envió un contingente de 38 médicos de diferentes especialidades, 8 consultorios móviles y 10 unidades de ambulancias para reforzar los centros de salud de la región, con atención en la ciudad de Jimaní.

Tres de esas ambulancias fueron movilizadas de inmediato a Puerto Príncipe, junto con los 8 consultorios, los cuales se instalaron en esa capital el miércoles 13 de enero.

La inversión del Sistema de Salud de la República Dominicana para atender a las víctimas del terremoto en Haití ha sido estimada por las autoridades en unos 1,000 millones de pesos (US\$27.7 millones).\*

Las víctimas fueron atendidas en 14 hospitales de la frontera y otros puntos del país, así como en la comunidad fronteriza haitiana Fond Parisien.







# OPS/OMS en la respuesta al desastre

## Respuesta inmediata

Desde que se tuvieron las primeras noticias del sismo en Haití, la Representación de la OPS/OMS en República Dominicana se activó para dar apoyo a la Respuesta inmediata, acompañar a las autoridades en las acciones que se llevarían a cabo y participar en los espacios de coordinación del Sistema de las Naciones Unidas.

Una vez conocidas las noticias del evento, se sostuvieron reuniones con el Ministro de Salud, el Centro de Operaciones de Emergencias (COE) y el Sistema de las Naciones Unidas, en las cuales se decidió:

- Desplegar el equipo del Ministerio de Salud, con unidades móviles médico-quirúrgicas, ambulancias, medicamentos e insumos.
- Instalar el centro de operaciones móvil de la Dirección de Emergencia y Desastres en la zona fronteriza.
- Activación del Centro de Operaciones de Emergencias (COE), quienes garantizaron la coordinación de las instituciones del Gobierno y la logística que sería movilizada de inmediato.
- Activar el UNETE, con el objetivo de intercambiar información, activar el Grupo de Respuesta y poner en operación el Plan de Emergencia.

Se informó sobre la situación a la oficina principal del Área de Emergencias y Desastres en Washington, quienes a su vez movilizaron horas más tarde el equipo de respuesta rápida.

Al día siguiente se organizó el Equipo de Respuesta de la Representación, desde el administrativo, logístico, y el técnico. También fue activado el comité de crisis.

La Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) organizó los grupos de Respuesta Rápida (GRR) y la sala de situación de salud del nivel nacional, los cuales se desplazaron al día siguiente a Jimaní y Puerto Príncipe trabajando a tiempo completo, con designación de responsabilidades y roles. El grupo fue dando respuesta a las necesidades que se iban presentando, cada área técnica se encargó de apoyar al país en sus respectivos temas: Servicios de Salud, Agua y Saneamiento, Epidemiología, Salud Familiar y Comunitaria e Información y Gestión del Conocimiento. Así mismo, el área administrativa con el personal de Finanzas, compras, cursos y seminarios, recursos humanos, servicios generales, sistemas, centro de documentación, y área secretarial, fueron el apoyo indispensable para que las acciones de respuesta fueran oportunas.



Dr. Bautista Rojas  
Ministro de Salud



Una vez arribó el personal del equipo de Respuesta Rápida (proveniente de WDC y Panamá) se definió un plan de misión, en el cual se apoyaría a la representación de Haití en la parte de respuesta en salud y coordinación de la ayuda humanitaria y en la gestión administrativa, de recursos y proyectos.

Por otro lado, se indicó bajo este mismo plan de misión la declaración de emergencia, activación de caja chica con un monto inicial de 10,000 dólares; elaboración, compra y envío de kits de emergencia; y compra de combustible para la Representación OPS/OMS en Haití, para las instalaciones de PROMESS y para dos hospitales que tenían una necesidad inmediata de combustible para operar sus plantas de emergencia.

En este mismo orden, y dadas las informaciones de la situación en la frontera, se estableció un punto de respuesta a emergencias en la frontera, específicamente en Jimaní. Ya en la frontera, y enterados de primera mano de la situación, se decidió en coordinación con el jefe de emergencias de República Dominicana, el segundo de protección civil, el siguiente plan:

- Evaluación rápida de la situación de salud.
- Determinación de un plan de acción para la respuesta.
- Funcionalidad hospitalaria.
- Aumento de la capacidad resolutive: habilitación de emergencia del centro oftalmológico Buen Samaritano.
- Descongestión hospitalaria: Habilitar albergue postquirúrgico en Bethel y en el Centro Love a Child, en Fond Parisien, Haití, zona fronteriza (dotación equipamiento de emergencia, insumos y suministros).
- Implementación de TRIAGE y activación sistema de referencia.
- Implementación LSS/SUMA, bodega estratégica.

Poco después del terremoto, la OPS/OMS instaló un Centro de Operaciones en Jimaní para facilitar la coordinación operativa con las autoridades e instancias a nivel local y ofrecer apoyo en el terreno. El centro funcionó durante toda la emergencia como una plataforma para el apoyo administrativo, logístico y técnico a las autoridades.

Es así como el Hospital General Melenciano, de Jimaní, con sólo 36 camas, recibió en las primeras horas post desastre alrededor de 400 pacientes en situaciones críticas, que llegaban en oleadas, transportados en camiones desde Puerto Príncipe. Esta situación demandó que para descongestionar el Hospital se requiriera apoyo de personal sanitario de universidades, instituciones públicas y privadas, insumos y suministros.

Las acciones de la OPS y las autoridades fueron orientadas a mejorar la capacidad resolutive y garantizar facilidades de alojamiento de los pacientes con la dotación de camas, el aprovisionamiento de insumos de laboratorios, reactivos, medicamentos, material médico quirúrgico, ropa de campo, insumos para la prevención de enfermedades como mosquiteros, pastillas para purificar agua, entre otros, y algunos equipos para la atención de urgencias, así como garantizar la logística necesaria para el bienestar del personal de salud. Así se alquilaron casas para ubicar personal asistencial y mejorar las condiciones de bienestar del personal voluntario y/o institucional, así como para la referencia de pacientes a otros centros hospitalarios.

“En el lado dominicano, la información era, básicamente, la enorme afluencia de pacientes, muy en particular a la zona de Jimaní. Detalles no había porque inicialmente ni siquiera supimos cuánta gente había, cuánta gente se había operado porque inicialmente no se estaban haciendo los registros porque la urgencia no era a quién o a cuántos se estaban tratando, sino salvar vidas”. (Dr. Merlin Fernández, Representante OPS/OMS).

*“En el lado dominicano, la información era, básicamente, la enorme afluencia de pacientes, muy en particular a la zona de Jimaní. Detalles no había porque inicialmente ni siquiera supimos cuánta gente había llegado, cuánta gente se había operado porque inicialmente no se estaban haciendo los registros porque la urgencia no era a quién o a cuántos se estaban tratando, sino salvar vidas”*

**Dr. Merlin Fernández,**  
Representante OPS/OMS



El inicio de funcionamiento de la sala de situación de salud en la DPS de Jimaní facilitó desde su inicio la recopilación y análisis de la información. Tras un análisis de esa situación, los técnicos de la OPS/OMS, con la Dirección Nacional de Emergencias y Desastres y las autoridades de la Región IV de Salud, identificaron como una prioridad el descongestionamiento de ese centro, para lo cual los pacientes fueron referidos, una vez clasificados, a centros hospitalarios de Barahona, Santo Domingo y Cabral entre otros, en transporte disponible de la zona.

Así mismo, se habilitó el servicio de hospitalización del Buen Samaritano, un centro de atención oftalmológica perteneciente a una Fundación privada, en el cual se adaptaron 8 salas de cirugía y espacios para el referimiento de pacientes desde el Hospital General Melenciano de Jimaní, para alcanzar un adecuado desempeño como el escenario de atención quirúrgica y de emergencia más importante.

Esta situación implicó la necesidad de que la OPS/OMS dotara ambos centros de salud de los equipos e insumos necesarios para la atención y bienestar de los pacientes, procediera a la contratación de personal para el

manejo de residuos hospitalarios, proporcionara apoyo en la desinfección y entrenamiento en bioseguridad con el fin de prevenir infecciones y accidentes quirúrgicos y en general mejorar la calidad de la atención.

Se contrataron auxiliares de farmacia y junto con el centro de reserva se apoyó en la organización de las farmacias hospitalarias, se montaron dos laboratorios clínicos, uno para fortalecer y dotar de equipos automatizados el Hospital General Melenciano y el otro para el Buen Samaritano.

En general se puede decir que se brindó atención a cerca de 3000 pacientes, muchos de los cuales fueron quirúrgicos. Se movilizaron equipos de rehabilitación, enfermería, salud mental, se dotó de agua y se mejoraron las acometidas de agua del Hospital General Melenciano y del hospital adaptado del Buen Samaritano.

La OPS apoyó para el establecimiento y equipamiento de centros post quirúrgicos en la Iglesia Bethel y el Centro de Nutrición, ambos en Jimaní, así como en el campamento Fond Parisien, administrado por la Universidad de Harvard, situado en la comunidad haitiana de Fond Parisien, en donde la OPS instaló dos carpas para ubicar un área de atención a los pacientes en recuperación, donde se brindaron servicios de rehabilitación, hasta que se produjo el retiro del hospital de este lugar.

Se estableció un equipo de Naciones Unidas en terreno y se organizó un grupo de salud en la zona de frontera. Se conformaron subgrupos de trabajo, uno que fungió como COE salud y otros específicos en vigilancia epidemiológica, nutrición y alimentación y servicios de salud, a los que asistían ONGs, voluntarios, iglesias y en general prestadores de servicios de salud, como los directivos del Buen Samaritano .

Es importante destacar que nosotros pudimos dar una respuesta en un tiempo record, como está establecido según las normas de la Organización. (Dr. Merlin Fernández, Representante de OPS/OMS).

El propósito de estas acciones fue desconcentrar los servicios de hospitalización para liberar camas y aumentar la capacidad para el alojamiento de pacientes críticos y finalmente salvar vidas.



*Es importante destacar que nosotros pudimos dar una respuesta en un tiempo record, como está establecido según las normas de la Organización.*

**Dr. Merlin Fernández,**  
Representante OPS/OMS



República Dominicana  
Ayuda Humanitaria

# Coordinación Operativa Frontera



## Coordinación Operativa Frontera (Jimaní)

A primera hora del día siguiente (13 de febrero) un equipo de la OPS/OMS partió para Jimaní a iniciar las labores en terreno y la coordinación operativa con las autoridades.

De inmediato, evaluaron la situación del Hospital General Melenciano, donde llegaban permanentemente camiones de heridos, muchos de ellos en condiciones críticas.

En pocas horas fue desbordado por una demanda superior a sus posibilidades de respuestas. Concebido como un hospital del segundo nivel con sólo 30 camas disponibles, tuvo que atender unos 300 pacientes en condiciones críticas.

La situación en que eran atendidos los pacientes estaba planteando grandes desafíos en términos de gestión hospitalaria, especialmente en el mejoramiento de las condiciones de alojamiento y de la calidad de los servicios. Los pacientes dormían en el suelo, en sábanas, en colchones y faltaba personal especializado.

Los técnicos organizaron y pusieron en ejecución un Plan de Trabajo. Se establecieron los servicios de salud atendiendo, básicamente, al criterio de fortalecer la capacidad de respuesta hospitalaria y de mejorar las condiciones de los pacientes.

Poco después del terremoto el jueves 14 de enero, la OPS/OMS instaló un Centro de Operaciones en Jimaní para facilitar la coordinación operativa con las autoridades e instancias a nivel local y ofrecer apoyo en el terreno. El centro funcionó durante toda la emergencia como una plataforma para el apoyo administrativo, logístico y técnico a las autoridades.





## Coordinación oficina central PWR/DOR



### **Recordar**

*12 Clusters estuvieron a cargo de la coordinación de las diferentes estrategias de ayuda.*

Las instancias del gobierno que sirvieron de enlace a la OPS para todo lo relacionado con la Respuesta fueron el Ministerio de Salud y el Centro de Operaciones de Emergencia (COE).

A nivel local, la coordinación en terreno se llevó a cabo a través de la Dirección Provincial de Salud (DPS) de Independencia y la Dirección Regional IV de Salud, así como de los niveles operativos del COE.

En el marco de la cooperación con el Gobierno, la OPS coordinó con el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo acciones relacionadas con la cooperación externa en apoyo a la respuesta.

El otro nivel de coordinación se dio con el Sistema de Naciones Unidas (SNU), a través del UNETE, que mantuvo un activismo incesante durante todo el proceso crítico de la Respuesta.

Bajo el liderazgo de Naciones Unidas, se activaron 12 clusters, de los cuales la OPS coordinó el de salud. En los clusters participaron representantes del Gobierno, las ONG y las agencias del Sistema. El cluster, como espacio de coordinación, evitó que se duplicaran acciones en sus respectivas áreas de intervención y permitió unir las voluntades en una sola dirección.

*“OPS y gobierno, Nuestro enlace era a través de dos instancias, el Ministerio de Salud y el Centro de Operaciones de Emergencias. Eso era a nivel nacional. A nivel local en Jimaní era la oficina nuestra con la presencia del nivel operativo del COE, la coordinación de salud de SESPAS y la coordinación con la Dirección Provincial de Salud y la Dirección Regional de Salud, que eran las instancias que estaban involucradas. Esa fue la coordinación que se dio a ese nivel.*

*Ahora, a nivel de Naciones Unidas, tuvimos la coordinación con el equipo técnico de Naciones Unidas. Ahí inmediatamente se puso en operación el UNETE, que es el Sistema de Naciones Unidas para dar respuesta a la emergencia. Está formado por varias agencias. Se formaron los grupos de trabajo para abordar cada uno de los temas, se formaron unos 12 cluster. Nosotros como OPS presidimos el Cluster de Salud.” (Dr. Merlin Fernández, representante de OPS).*

*“En el Cluster de Salud (con participación del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, las agencias de NNUU, USAID, ONGs locales e internacionales y la Universidad Iberoamericana (UNIBE), había subcomités que facilitaron la toma de decisiones y el apoyo a acciones en algunas áreas específicas”. (Dra. Jacqueline Gernay, Consultora de OPS en Sistemas y Servicios de Salud).*

En el cluster de salud se crearon cinco sub comités de logística, rehabilitación, salud mental, cuidados intensivos e investigación.

- El subcomité de salud mental organizó bajo la coordinación del Ministerio de Salud Pública el apoyo psicosocial en la frontera (Jimaní, en República Dominicana, y Fond Parisien, en Haití) y en los albergues de la ciudad de Santo Domingo.
- El subcomité de rehabilitación coordinó los esfuerzos de rehabilitación en la frontera facilitando el reclutamiento y logística de equipos voluntarios de Ecuador, Panamá, Nicaragua, Argentina y Costa Rica, los que dieron servicios en los hospitales de Jimaní y en el centro de recuperación de Love a Child en Fond Parisien. Se capacitaron 6 enfermeras haitianas en rehabilitación básica. El subcomité a través de la ONG Progressio facilitó la creación del primer centro de rehabilitación comunitaria en Jimaní.



- El subcomité de cuidados intensivos aseguró la capacitación en cuidados intensivos básicos de médicos y enfermeras de los hospitales de Jimani, Barahona y Azua y la evaluación de las necesidades de esos tres hospitales. La OPS compró equipos de cuidados intensivos para asegurar el cuidado de pacientes traumatizados graves.
- El subcomité de investigación (OPS - Visión Mundial – DIGEPI) organizó una Encuesta de población desplazada en las provincias de Independencia, Barahona y Bahoruco para identificar las demandas en salud (> 3000 hogares visitados).

El cluster se reunió semanalmente con minutas e información compartidas a través de un Google Group creado a tales fines.

Los clusters fueron oficialmente desactivados en abril pero el grupo decidió continuar sus reuniones mensuales como “grupo técnico de apoyo a la frontera.”



## Logística

Entre el 23 de enero y el 15 de marzo en la República Dominicana se recibió un total de 308,354.13 Kg. de diferentes categorías de insumos y suministros: uso médico, agua y saneamiento, operaciones logísticas y manejo de cadáveres.

De estos, 6,523 Kg. fueron equipos médicos incluido equipos de laboratorio para diagnóstico, equipos de rayos X, instalaciones para uso médico (carpas) y para uso en operaciones logísticas (oficinas móviles), así como Kits de emergencia para 10,000 personas.

Del total de la mercancía recibida, el 54 por ciento corresponde a comprada, 34.2 por ciento a donaciones y 10.8 por ciento a otras fuentes no determinadas.

Durante toda la emergencia la OPS movilizó técnicos en distintas áreas para ofrecer apoyo a las autoridades de la República Dominicana y de Haití. Estas áreas fueron servicios de salud, agua y saneamiento, rehabilitación, salud mental, prevención de enfermedades y comunicación de riesgos.





*“En la preparación de esa lista el Ministerio de Salud jugó un papel de liderazgo. Fue un ejercicio muy técnico que contó con el apoyo político. La idea fue hacer un listado único que sirviera de guía para orientar las donaciones hacia las necesidades. A partir de ese momento, todos los esfuerzos se concentraron en reducir el riesgo del uso irracional de medicamentos que caracterizan estas situaciones de emergencia”.*

**Lic. Dalía Castillo**  
*Consultora en  
Medicamentos Esenciales y  
Tecnología en Salud*

## **Sistemas y servicios de salud y protección social**

### **Medicamentos**

En el área de medicamentos, la OPS/OMS orientó sus acciones a la planificación de la respuesta de los servicios farmacéuticos, principalmente, la gestión y la administración de las donaciones y las compras de medicamentos e insumos.

Se preparó una lista estandarizada de medicamentos, tomando como referencia la lista del botiquín de urgencias de la OMS y la lista de medicamentos del documento de Manejo de Medicamentos en Situación de Desastres del Ministerio de Salud. Esta lista fue publicada en la página Web del Ministerio de Salud, junto a las directrices que emitió dicho Ministerio para el manejo de las donaciones durante esta emergencia.

“En la preparación de esa lista el Ministerio de Salud jugó un papel de liderazgo. Fue un ejercicio muy técnico que contó con el apoyo político. La idea fue hacer un listado único que sirviera de guía para orientar las donaciones hacia las necesidades. A partir de ese momento, todos los esfuerzos se concentraron en reducir el riesgo del uso irracional de medicamentos que caracterizan estas situaciones de emergencia” (Lcda. Dalia Castillo, Consultora en Medicamentos Esenciales y Tecnología en Salud).

La coordinación de las intervenciones entre todos los actores durante la respuesta –a saber, OPS/OMS, Ministerio de Salud Pública, las agencias y los cooperantes- resultó en la optimización de los recursos, la reducción de los riesgos y eliminó diversos obstáculos, haciendo que la respuesta de los servicios farmacéuticos durante la emergencia fuera más efectiva.

Con el apoyo del Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios de la OPS/OMS (SUMA), se organizó un sistema de despacho y distribución, para lo cual OPS contrató un grupo de siete especialistas quienes trabajaron con un coordinador del Ministerio de Salud. Esa fue, de alguna manera, una respuesta ante las limitaciones que implicaba la falta de personal farmacéutico especializado para gestionar el gran volumen de medicamentos que iba llegando.

Se presentaron dificultades en algunos puntos de la gestión debido a la existencia de procedimientos que no respondieron con la rapidez que ameritaba la situación, especialmente en el caso de los medicamentos con restricciones para la prescripción y venta, mismos que son controlados por la Dirección Nacional de Control de Drogas (DNCD). Estos medicamentos eran esenciales durante la primera fase del proceso de atención a las víctimas en estado crítico, sobre todo en las amputaciones y las curas. Aunque fue posible definir un procedimiento para la gestión de estos productos, la dilación de la respuesta redujo la calidad de la atención.

## Bioseguridad (trabajo inter programático con Desarrollo Sostenible y Seguridad Humana )

Los técnicos de la OPS/OMS, enfermeras especializadas en bioseguridad y técnicos de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) movilizados a la zona fronteriza encontraron serias fallas en los procesos de bioseguridad y control de infecciones, que planteaban riesgos biológicos para los pacientes y sus familiares y para el personal de salud. Esas deficiencias fueron identificadas en evaluaciones realizadas al Hospital General Melenciano, al Centro Buen Samaritano, de Jimani, los hospitales fronterizos de Montecristi, Dajabón, Elías Piña y Pedernales.



*“Es importante mejorar procesos tanto en el aspecto asistencial para controlar las infecciones, como a nivel de saneamiento ambiental de los hospitales, que tiene que ver tanto con lavado de mano, limpieza, y desinfección de quirófanos, esterilización, con el asilamiento de pacientes cuando se considere pertinente, con manejo de desechos hospitalarios, y al mismo tiempo vinculados con fumigación, eliminación de ratas y control del agua”.*

**Dr. Humberto Moreno**  
*Consultor de OPS en Bioseguridad*



Entre las debilidades más relevantes pueden citarse la falta de higiene, el no respeto de las normas mínimas de bioseguridad con ausencia de un comité de infecciones, de un manual de bioseguridad y de un epidemiólogo permanente. También se identificó una inadecuada disposición de desechos, desorden de las basuras y falta de higiene, en tanto, el personal de limpieza no contaba con los elementos y la capacitación adecuados para realizar esa actividad.

En adición a estas dificultades se vio que no eran adecuados los procesos de limpieza y desinfección de quirófanos, al igual que los procesos de inactivación, desinfección y esterilización de material médico quirúrgico.

La OPS abrió una línea de suministros para responder rápidamente a las demandas que iban surgiendo y contrató un consultor en Bioseguridad que impartió en Barahona un curso regional sobre bioseguridad y control de infecciones, dirigido a 39 gerentes y funcionarios de los 13 hospitales de la zona.

*“Es importante mejorar procesos tanto en el aspecto asistencial para controlar las infecciones, como a nivel de saneamiento ambiental de los hospitales, que tiene que ver tanto con lavado de mano, limpieza, y desinfección de quirófanos, esterilización, con el asilamiento de pacientes cuando se considere pertinente, con manejo de desechos hospitalarios, y al mismo tiempo vinculados con fumigación, eliminación de ratas y control del agua”.* (Dr. Humberto Moreno, Consultor de OPS en bioseguridad).

Capacitaciones en bioseguridad fueron organizadas por el personal médico y de enfermería, mientras personal de limpieza y mayordomía recibió entrenamiento en limpieza hospitalaria en los cinco hospitales fronterizos.



Ese trabajo se hizo conjuntamente con acciones para la mejora de agua y saneamiento por parte de OPS/OMS y del Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección General de Saneamiento Ambiental (DIGESA).

## Rehabilitación

El Hospital General Melenciano de Jimaní y el Centro “Buen Samaritano” fueron los centros de atención inmediata.

Todos los pacientes que superaron la etapa aguda y se recuperaron funcionalmente fueron trasladados a Fond Parisien, Haití, y ubicados en el centro de recuperación Love a Child y otros centros de albergue, dependiendo del tipo de cuidado que requerían. Los que ameritaban de mayores cuidados médicos-asistenciales eran dejados en Fond Parisien y los que estaban en condiciones de autocuidado y manejo ambulatorio fueron trasladados a otros albergues, como “Camp Hope”.

Dadas las características de las lesiones que presentaban los afectados todos requerían de acciones de rehabilitación inmediata, que incluyera cuidados post quirúrgicos y prevención de complicaciones por la inmovilización, promoción de la independencia funcional y autonomía de los pacientes, asesoría a familiares y apoyo psicológico a pacientes y sus familias.

En vista de lo anterior, la OPS/OMS en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, inició la movilización de equipos de Argentina, Nicaragua, Panamá y Costa Rica para los servicios de rehabilitación dirigidos a las víctimas del desastre.

A continuación, reseña de las intervenciones más relevantes de cada equipo:

### Argentina

A solicitud de la OPS, Argentina envió dos equipos de “Casco Blancos”. Ellos diseñaron una ficha de evaluación y seguimiento en rehabilitación para informar el estado de cada paciente, los tratamientos efectuados, el equipamiento indicado y el plan sugerido para continuar en las siguientes etapas.

Las patologías evaluadas fueron en su mayoría secuelas traumatológicas, siendo las fracturas de MMII las de mayor prevalencia, siguiéndole la





amputación de MMII, de MMSS y fractura de MMSS. También se observó la presencia de lesiones de piel, de diferentes magnitudes, lesiones de nervios periféricos y otras fracturas. Es de notar que muchos pacientes presentaban más de una de las secuelas mencionadas.

El 7 de febrero de 2010 se incorporó el segundo equipo para continuar con las actividades mencionadas, evaluar la necesidad de implementar nuevas acciones y elaborar el informe final. Esta misión culminó el día 14 de febrero de 2010.

### **Nicaragua**

Durante la emergencia, dos equipos de este país ofrecieron sus servicios a los afectados. El primero estuvo en Jimaní del 16 al 26 de febrero del 2010 y el segundo del 7 al 22 de abril. Fueron atendidos un total de 109 pacientes.

El equipo diseñó un formato para realizar la Evaluación Funcional, que se utilizó en todos los pacientes tratados, incorporando por primera vez, las evoluciones en los expedientes de cada persona.

También apoyaron el proceso de capacitación del personal de salud de la provincia Independencia para fortalecer la provisión de servicios de rehabilitación en la zona.

Esta capacitación incluyó el diseño y ejecución de un taller de entrenamiento para 40 profesionales, médicos, enfermeras, fisioterapeutas y personal administrativo, procedentes de las unidades asistenciales de la región.

El equipo diseñó un plan de capacitación dirigido a enfermeras haitianas en aspectos básicos de terapia física, para facilitar la referencia y atención oportuna en rehabilitación de las personas con discapacidad ubicadas en Fond Parisien. Adicionalmente, diseñaron una Cartilla de Fisioterapia para apoyar el reforzamiento de la información transmitida en la capacitación.

### **Panamá**

El equipo colaboró en la organización de la futura Unidad de Fisioterapia del Hospital General Melenciano de Jimaní, junto con la persona designada por el Ministro de Salud Pública para coordinar los trabajos de rehabilitación en la zona después del terremoto.

El abordaje fisioterapéutico del equipo de Panamá se basó en las limitaciones de la actividad de los pacientes; se enfatizó en el entrenamiento de la marcha con y sin aparatos asistidos y reentrenamiento en actividades de la vida diaria.

## Costa Rica

El primer equipo estuvo integrado por cuatro fisioterapeutas los que brindaron tratamiento a 270 pacientes durante la labor desarrollada en el campamento con promedio de atención diaria de 30 pacientes.

Además se dio un proceso de enseñanza a familiares haciendo énfasis en educación, auto cuidado, auto responsabilidad, disminuyendo la sobreprotección del familiar hacia el paciente para lograr independencia funcional.

El segundo equipo brindó tratamiento a un promedio de 20 pacientes diariamente, con un total de 122 personas beneficiadas en terapia física y 56 en terapia ocupacional.

El proceso de rehabilitación y de independencia funcional está inconcluso, no se ha podido establecer la fase protésica en las personas con amputación de miembros superior e inferior.

## Recomendaciones de los equipos de rehabilitación:

- No es recomendable la utilización de prótesis “prefabricadas”. Es necesario establecer una estrategia de fabricación local de las prótesis.
- Es importante determinar quién dará sostenibilidad al mantenimiento de las prótesis colocadas y quién realizará los cambios de socket cuando se requiera.
- Todas las acciones de rehabilitación deben ser acompañadas o realizadas conjuntamente con las intervenciones de salud mental, reconociendo y respetando valores, creencias, principios y costumbres del paciente.
- La emergencia debe ser aprovechada para desarrollar el componente de rehabilitación en la red asistencial regional utilizando la rehabilitación basado en la comunidad en los Servicios Regionales de Salud Enriquillo y el Valle (antiguas regiones IV y VI, respectivamente).
- Es conveniente aprovechar las enfermeras capacitadas a fin de dar la sostenibilidad necesaria a los servicios de rehabilitación.



## Salud Mental

La frontera dominico-haitiana previo a la emergencia no tenía ningún servicio de salud mental especializado. Del lado dominicano los ciudadanos de la provincia Independencia (unos 45.000 habitantes) tenían el servicio de salud mental más cercano en Barahona, que incluía un servicio de hospitalización en el Hospital Regional Universitario Jaime Mota. Del lado haitiano el servicio más cercano estaba en la capital, en una unidad de salud mental en el Hospital General de Puerto Príncipe.

Durante el proceso de la emergencia surgió la necesidad de ofrecer apoyo psicosocial, tanto a las víctimas, como a sus familiares.

Durante la emergencia surgieron nuevas instalaciones hospitalarias transitorias y albergues, pero a la vez instituciones existentes previamente asumieron un rol nuevo durante esta situación.

Las instituciones e instalaciones que en diferentes momentos ofrecieron servicios en la frontera fueron: el Hospital General Melenciano, Jimaní; el

centro Buen Samaritano, Jimaní; el centro de recuperación Love a Child, Fond Parisien, Haití; el Centro de nutrición y de formación, Jimaní; el Hogar Bethel, Jimaní.

## Respuesta de OPS/OMS a la necesidad de apoyo psicosocial

Inmediatamente se identificó la necesidad de apoyo psicosocial para las víctimas y desplazados por el terremoto, la OPS/OMS movilizó especialistas en salud mental para la evaluación de los servicios en ambos lados de la zona fronteriza.

Se identificaron tres iniciativas principales para acción inmediata:

1. Organizar y ofrecer seminarios de orientación al personal de salud;
2. Organizar y ofrecer seminarios similares de orientación dirigidos a la comunidad (familiares o pacientes con disposición para dar ayuda a otros) en cada institución (centro de recuperación o campamento) donde estuviera trabajando personal de salud mental.
3. Definición de un protocolo básico de la atención a personas con problemas de salud mental, que permita dar continuidad a la atención a los pacientes a fin de que ésta no se vea afectada por el cambio frecuente de los equipos.

## Respuesta nacional a la necesidad de apoyo psicosocial

Las intervenciones psicosociales de parte de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública incluyeron: apoyo psicosocial de equipos de salud mental compuestos por psiquiatras, psicólogos y voluntarios/as que desde el 13 de enero a mediados de marzo estuvieron dando asistencia en Jimaní, en sus primeras etapas, y en parte del territorio haitiano cercano a la frontera.

A partir de este trabajo, una de las necesidades más eminentes fue la conformación de un equipo permanente que pudiese coordinar acciones con una mayor consistencia y seguimiento. El propósito de este apoyo fue organizar los servicios de salud mental en Jimaní, articulados con el Servicio Regional de Salud, para prestar ayuda psicosocial en forma eficiente a la población fronteriza.

El equipo desplazado a Jimaní estuvo conformado por un/a psiquiatra (jefe de equipo) y cuatro psicólogos/as cada cuatro días, con reunión de entrega el día de cambio. Estuvo ubicado en el Hospital General Melenciano de Jimaní y ofertó atención y apoyo a las instituciones de Jimaní y de Fond Parisien. Previamente se desarrolló un curso breve de capacitación en emergencias en Santo Domingo para los equipos desplazados<sup>1</sup>.

Para asegurar mayor consistencia, la OPS facilitó la conformación de un equipo de salud mental multidisciplinario (psiquiatra, psicóloga y enfermera) con permanencia de 30 días laborales para dar asistencia y seguimiento en Jimaní y Fond Parisien, dar capacitación a personal de las UNAP, líderes comunitarios y población afectada, entre otros, en temas relevantes de salud mental y coordinar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgo psicosocial con autoridades locales en Fond Parisien y en el campamento de la American Refugees Committee (ARC).

Algunas de las intervenciones estuvieron dirigidas a niños y niñas afectados por el terremoto, las cuales fueron fortalecidas con diversos insumos para las acciones con la población infantil. Se realizaron pedidos de material lúdico para actividades de movilización y disminución del estrés en Love a Child, Centro de Nutrición y Buen Samaritano.

Los principales problemas de salud mental y psicosocial identificados fueron los siguientes:

1. De carácter colectivo: ansiedad de anticipación y elementos fóbicos a residir en edificios derivados del temor a nuevas réplicas del temblor (en las instalaciones hospitalarias los pacientes y familias preferían estar en carpas que en los edificios).
2. Problemas específicos de la población afectada: experiencias de duelo ante pérdidas familiares, pérdida de salud o de alguna parte de los miembros inferiores o superiores y pérdidas del hogar. Elementos de ansiedad ante la incertidumbre del futuro e incluso presencia de síntomas de la serie depresiva en algunas personas. Situación de estrés.
3. Problemas específicos derivados de la amputación: síndrome del miembro fantasma.

---

<sup>1</sup> El Dr. Mieses, director de salud mental de República Dominicana, había participado hace años en el taller regional de salud mental en situación de desastres para expertos organizado por OPS/OMS.

4. Situación de los niños y jóvenes sin familia.
5. Situaciones de agotamiento en el personal de la emergencia

### **Recomendaciones**

- Es imprescindible que aquellos que actúan en las intervenciones de apoyo psicosocial conozcan alguna de las dos lenguas (francés o creole).
- Se sugiere dar un apoyo psicosocial de forma permanente y con pertinencia cultural y de género. Se recomienda la creación de un equipo de salud mental formado por psiquiatra, psicólogo con capacitación en temas infanto-juveniles y de enfermera con capacitación en salud mental. Este equipo estaría ubicado en Jimaní durante un periodo de dos años y debería realizar su proyecto en el primer nivel. A nivel especializado debería tener como punto de referencia para casos que precisen hospitalización el Hospital Regional Jaime Mota, de la provincia de Barahona.
- La necesidad de que en las prescripciones terapéuticas se utilice la lista de medicamentos esenciales de la OMS, evitando tratamientos no sostenibles a largo plazo por sus costos.



## Vigilancia de la salud, prevención y control de enfermedades

La OPS/OMS tomó parte, desde el primer momento, en las disposiciones relacionadas con la vigilancia de eventos para controlar posibles brotes epidemiológicos, apoyando a las autoridades en los procesos de toma de decisiones y en la estructuración de la respuesta epidemiológica a todos los niveles.

En estrecha colaboración entre OPS y la DIGEPI, se activó el Sistema de Alerta Temprana y Respuesta Inmediata y se estableció un Plan de Acción Inmediata con apoyo de técnicos de la Organización, que contempló las primeras medidas.

Entre estas medidas cabe destacar por su relevancia en los procesos de toma de decisiones, la organización de Salas de Situación. A primeras horas de la emergencia, la OPS/OMS estableció una Sala de Situación en la Representación en Santo Domingo y en la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI).

Las Salas de Situación fueron establecidas en las provincias Independencia, San Juan, Azua, Barahona, Bahoruco y Elías Piña y en el nivel central del Ministerio de Salud. Funcionaron en base a un modelo sistémico que facilitaba un enfoque que integraba las entradas, procesos y resultados. De esa manera, tanto para la OPS, como para las autoridades y técnicos del Ministerio de Salud, las Salas de Situación se convirtieron en un instrumento indispensable para la toma de decisiones basadas en evidencia.

El 13 de enero se organizaron Grupos de Respuesta Rápida (GRR), uno de los cuales se desplazó ese mismo día a Jimaní y a Puerto Príncipe en busca de comunicación con el personal de Epidemiología del Ministerio de Salud de ese país (la comunicación telefónica había colapsado), preparar un primer informe de situación e identificar necesidades de apoyo epidemiológico. Un segundo equipo fue movilizado a Jimaní para reforzar el servicio provincial de epidemiología, en tanto un tercer equipo tendría a su cargo la puesta en marcha de un alerta epidemiológico nacional, con atención en el Servicio Regional El Valle (antigua Región VI).

Los grupos estaban integrados por un epidemiólogo de campo, un laboratorista y un informático para apoyo en el procesamiento de datos. La

*“La sala de situación es un espacio donde se coloca información de forma similar al mapa que usted ve, al cual se le agrega información sobre los principales contactos con su dirección y teléfonos, datos estadísticos, demográficos y de la respuesta del sector salud, que permitieron en el caso de la representación de OPS/OMS tomar decisiones en relación a como ofrecer la cooperación en la emergencia”.*

**Dr. Miguel Machuca,**  
Consultor en Vigilancia de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades



OPS/OMS garantizó en todo momento el apoyo de suministros básicos para su supervivencia en el terreno.

Según información suministrada por el área de vigilancia de la salud, prevención y control de enfermedades de la OPS, dos de esos equipos de respuesta rápida se desplazaron a la frontera para hacer un levantamiento de la situación, de cara al control de enfermedades transmisibles y la vigilancia de la salud.

Con la activación del Plan de DIGEPI también se estableció un registro para tener información precisa sobre los pacientes atendidos y sobre la mortalidad. Con ello se resolvía la ausencia de datos que ocurrió al principio, especialmente en el Hospital General Melenciano, debido a que la sobrecarga de trabajo desbordó las posibilidades del personal local.

La OPS fue parte directa del seguimiento epidemiológico y la vigilancia que se efectuó en los albergues, una acción iniciada el 17 de enero (al quinto día del terremoto). Cada día se censaba la población y se identificaban los grupos vulnerables, como los lesionados, las embarazadas, los menores de un año y las personas con enfermedades crónicas descompensadas.

Otras medidas de control fueron el reforzamiento de la vigilancia rutinaria de síndromes y eventos de alto potencial endémico, entre ellos la conjuntivitis, diarrea, enfermedades transmitidas por alimentos, infecciones respiratorias agudas, enfermedades prevenibles por vacunas, malaria, leptospirosis y rabia.

Se estableció la vigilancia intensificada en centros de salud. Bajo ese esquema, se llevó a cabo la vigilancia diaria de indicadores sencillos de servicios de salud que permitieron monitorear la dinámica de su utilización y la movilización temprana de recursos críticos para absorber el incremento de la demanda.

Con el apoyo de la OPS/OMS se llevó a cabo la coordinación con algunos programas de Salud Colectiva, especialmente VIH y Tuberculosis, Salud Mental, Salud Ambiental, enfermedades transmisibles por vectores, enfermedades inmunoprevenibles y riesgos de zoonosis.

Para el manejo de VIH durante la emergencia, el Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA) organizó acciones con el Ministerio de Salud Pública y con organizaciones de la Sociedad Civil. Entre éstas pueden citarse el envío de Kits de profilaxis post-exposición, pruebas rápidas y medicamentos de

primera línea para abastecer el Servicio Regional Enriquillo y una evaluación para tener un diagnóstico rápido de los servicios de salud y el manejo de pacientes seropositivos desplazados. Esta evaluación fue llevada a cabo por Naciones Unidas, con participación de ONUSIDA y OPS/OMS.

La OPS/OMS, junto a COPRESIDA, sirvió de intermediario para agilizar las compras de reactivos para el diagnóstico de VIH.

En el caso de control de la tuberculosis, las autoridades dominicanas reforzaron las capacidades locales en las localidades fronterizas, con atención especial en Jimaní. A esas instancias fueron asignados 50 esquemas de tratamiento de primera línea, 5,000 envases para muestras de esputo y reactivos para 3,000 pruebas de baciloscopía.

Estas pruebas, según reportes de la DIGEPI, contribuyeron a detectar sintomáticos respiratorios entre los pacientes, especialmente en los albergues (incluido el Centro de Recuperación de Fond Parisien, en territorio fronterizo haitiano).

Para el control de enfermedades transmisibles por vectores, se reforzaron las medidas habituales para el control de la malaria, aplicando tratamientos preventivos con Cloroquina y Primaquina en los puestos fronterizos, reforzando la vigilancia diaria y la detección de personas febriles en el hospital y en los albergues, estudios diagnósticos de laboratorio y aplicación de tratamientos según protocolos nacionales.

El PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) aplicó 12,544 dosis de DT y 200 de DPT desde los primeros días posteriores al terremoto, para fortalecer el estado de protección inmunológica de la población residente en Jimaní y otras localidades fronterizas.

Se aplicaron 960 dosis de sarampión y rubéola a nacionales haitianos mayores de un año y a cooperantes voluntarios extranjeros y dominicanos que no habían sido inmunizados. Ese operativo se inició el 20 de enero.

Tras el terremoto, la OPS/OMS ofreció apoyo técnico al Ministerio de Salud, a través del Centro Antirrábico Nacional, para la realización de una jornada de vacunación a perros y gatos en las poblaciones fronterizas. Fueron vacunados 22,000 animales en una población de 230,000 personas. La cantidad de vacunados corresponde al 80 por ciento de la población de animales de la zona.



## Desarrollo sostenible y seguridad humana

El 16 de enero (4 días después del terremoto) la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) iniciaron una estrecha coordinación para poner en vigencia el Plan de Emergencia en Salud Ambiental.

En una evaluación inicial hecha a los centros de atención y de recuperación (Hospital General Melenciano, centro El Buen Samaritano, Centro de Nutrición y centro de recuperación Love a Child) se identificaron múltiples factores de riesgo ambiental relacionados con la calidad del agua, la recolección y manejo de los desechos sólidos y hospitalarios, la disposición de excretas y el control de vectores.



Tras la formación de un equipo de trabajo conjunto, que garantizara la coordinación de todas las acciones, se tomaron varias disposiciones con el fin de fortalecer el sistema de vigilancia de la calidad del agua.

En cada uno de esos centros se establecieron puntos fijos de muestreo con una frecuencia de dos veces al día, en tanto se mantuvo una vigilancia diaria de control de cloro del acueducto municipal como medida estratégica.

El trabajo conjunto entre la DIGESA y la OPS/OMS permitió contar con un laboratorio móvil por dos meses, con el que se tomaron muestras de agua en los diferentes lugares intervenidos.

Para hacer sostenibles las actividades de vigilancia, se realizaron varias capacitaciones a los fines de fortalecer la capacidad de los recursos humanos en las siguientes áreas:

- Actividades de vigilancia del agua
- Manejo de las dos máquinas moto mochilas donadas para el control de plagas en los hospitales y población
- Desarrollo de actividades de control de desechos sólidos comunes y peligrosos
- Manejo y disposición final de productos farmacéuticos deteriorados o vencidos

Otra medida de carácter estratégico fue la instalación de una generadora de cloro donada por la OPS para distribuir el producto a todos los centros que estaban en funcionamiento. [Se elaboró una ruta de distribución de cloro a 29 hospitales de la zona fronteriza y provincias cercanas.](#)

Uno de los más graves problemas ambientales detectados en Jimaní fue que el centro Buen Samaritano (369 pacientes), se abastecía de una cañada con un alto grado de contaminación. Para procurar una solución sanitariamente aceptable y segura, se conectó el hospital a la red del acueducto municipal.

La obra consistió en la instalación de una línea de tubos de 2" y de 850 metros lineales y una excavación de 50 cm. de profundidad, todo realizado en un tiempo record de tres días. La obra fue financiada en su totalidad por la OPS/OMS y coordinada con la DIGESA.

En el Hospital General Melenciano, donde el abastecimiento de agua era precario, se efectuó una intervención sostenible en el área ambiental. Consistió en la instalación de una tubería de 12 metros lineales, de 2 pulgadas de la acometida del acueducto a la cisterna para garantizar un llenado más rápido (el anterior era  $\frac{3}{4}$  de pulgada).

Asimismo, se aumentó la capacidad elevada en el techo de 250 galones a 1600 galones (se colocaron 4 tinacos de 250 galones y uno de 600 galones).

En el centro de recuperación post quirúrgico Love a Child, de Fond Parisien, Haití (750 víctimas y sus familiares) tras una evaluación de la calidad bacteriológica del agua, se encontró presencia de coliformes.

Como solución, se instaló un clorador automático en la línea de agua que abastece la parte del hospital, el comedor y la cocina. Se instalaron también 14 lavamanos, de los cuales cuatro fueron instalados en el área de emergencia para asegurar la higiene de los salones de operaciones móviles, y 10 para uso de las carpas donde vivían los pacientes. Además, se instalaron 30 letrinas semi permanentes.



## Información y Comunicación

El 20 de enero, a ocho días del terremoto, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección General de Promoción y Educación para la Salud – DIGPRES-, convocó a la Comisión Nacional de Comunicación de Riesgo en Crisis, de la cual OPS/OMS forma parte, con el objetivo de preparar un Plan de Comunicación de Riesgo, tomando en cuenta el desplazamiento masivo de personas desde Haití hacia el país, especialmente a la zona fronteriza.

Para la elaboración de los materiales educativos orientados a las poblaciones desplazadas en la zona fronteriza, fue necesario tomar en cuenta la diferencia de idiomas y aspectos culturales. Los paquetes comunicacionales, elaborados en español y creole, incluyeron afiches informativos, carteles, guías de orientaciones básicas para los encargados de albergues, guías de autocuidado en albergues y comunidades en riesgo (prevención de diarrea, manejo del agua, disposición de residuos sólidos, entre otros), volantes y materiales gráficos y de audio.

También fueron colocados carteles tipo banners con mensajes educativos en español y creole en los albergues, y se utilizaron megáfonos para transmitir estos mensajes en forma oral.

Para la elaboración en creole e integración de estos materiales se contó con el apoyo de un comité de estudiantes originarios de Haití que cursan estudios en una universidad dominicana. Posteriormente fueron validados en comunidades que cuentan con amplia presencia de nacionales haitianos.

Luego del proceso de validación, adaptación y reproducción de los materiales, se realizó en Jimaní un Foro Binacional con las organizaciones y actores claves para identificar la estrategia de distribución y colocación de los materiales educativos en la población desplazada a consecuencia del terremoto. Gracias al apoyo de la seccional local de la Asociación Dominicana de Profesores (ADP), el foro contó con la participación de una delegación de profesores haitianos de la zona fronteriza. Esta actividad fue resultado de la coordinación de la DIGPRES, DPS Independencia, UNICEF y OPS/OMS a través de su centro de operaciones en Jimaní.

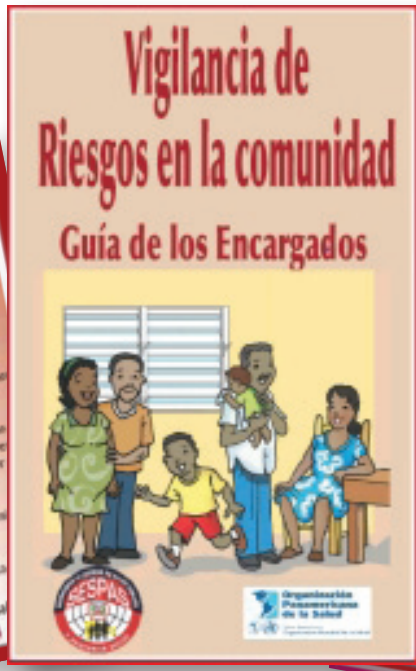
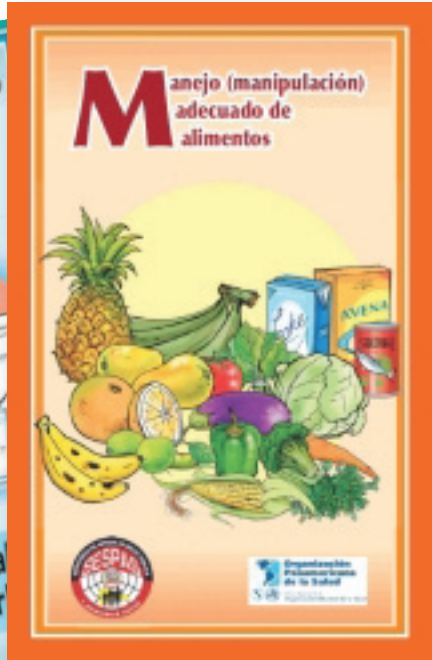
Además, se compartieron los materiales con los comunicadores de la región, a quienes se les solicitó el apoyo para la difusión de los mensajes a través de los diferentes medios.

Para facilitar la coordinación en el área de comunicación en el terreno, apoyar las acciones de movilización social y ofrecer asistencia en la relación con los medios de comunicación de la región, la OPS contrató un Consultor en Comunicación (Octavio Rivera) quien trabajó durante dos meses en la zona de la frontera. El consultor trabajó junto a la DIGPRES en las actividades llevadas a cabo.

La Organización participó en el diseño del plan y en la elaboración de los materiales. La reproducción de los materiales impresos y en formato de audio contó con los auspicios de la OPS/OMS y las acciones para implementar el plan recibieron además el apoyo del UNICEF.

Otras actividades de comunicación desarrolladas por la OPS/OMS en el marco del desastre estuvieron dirigidas a compartir y difundir información sobre la situación y la respuesta, lo que se hizo a través de diferentes medios: actualización permanente de la página Web de la Representación, elaboración diaria de informes de situación (SITREP) para el EOC de la Sede y para NNUU, minutas de las reuniones del cluster de salud, comunicados y ruedas de prensa, entre otros.

## MATERIALES EDUCATIVOS BILINGUES





## Glosario

ADP	Asociación Dominicana de Profesores
ARC	American Refugees Committee
COE	Centro de Operaciones de Emergencias
COPRESIDA	Consejo Presidencial del SIDA
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DIGESA	Dirección General de Saneamiento Ambiental
DIGPRES	Dirección General de Promoción y Educación para la Salud
DPS	Dirección Provincial de Salud
LSS/SUMA	Sistema de Soporte Logístico/Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios
MMII	Miembros inferiores
MMSS	Miembros superiores
NNUU	Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SEPID	Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo
PROMESS	Programa de Medicamentos y Suministros Esenciales, Haití
SITREP	Informe de situación
SNU	Sistema de Naciones Unidas
UNAP	Unidad de Atención Primaria
UNETE	Equipo de Emergencia de Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana