

También en los refugios hubo una gran producción de basura, principalmente debido a los materiales desechables utilizados en las donaciones. En los refugios y albergues del AMSS el manejo de residuos sólidos fue satisfactorio. No así en el interior, donde se presentaron muchas dificultades para lograr que los refugiados colaborasen en la recogida, tanto por falta de una cultura de la población en cuanto a la disposición de desechos sólidos como por la falta de controles de quienes estaban a cargo de dichos albergues y refugios.

En el interior del país se generó un volumen muy grande de escombros de las estructuras colapsadas. Algunas alcaldías establecieron lugares especiales para disponer dichos escombros en su municipio y contrataron empresas privadas para brindar a las comunidades el servicio gratuito de recogida y transporte a los vertederos. En otros municipios, como no habían lugares designados para la disposición de escombros, fueron arrojados en los taludes a los lados de las carreteras, en terrenos baldíos y en las riberas de ríos y riachuelos.

En cuanto a los desechos sólidos médicos, tanto en los albergues como en los hospitales de campaña, siguiendo las guías del MSPAS, se recogieron y se depositaron separadamente del resto de los desechos utilizando el sistema de recolección diferenciada, por separación de colores. Sin embargo, el problema principal se presentó con la disposición final de tales desechos en los hospitales que fueron desalojados y donde se colocaron hospitales de campaña, debido a que se abrieron fosas para enterrarlos en rellenos sanitarios cercanos a los hospitales y muchas de estas fosas no cumplían con las disposiciones establecidas en cuanto a la profundidad y distancia desde las edificaciones.

Ni en los albergues ni en los hospitales de campaña se cumplió con la disposición de utilizar filtros para las aguas grises, a fin de disponerlas adecuadamente. Para su eliminación fueron derivadas al alcantarillado público.

Saneamiento en albergues y refugios

Desde el momento en que se declaró la emergencia se llevaron a cabo las siguientes acciones, contempladas en el programa nacional de saneamiento:

- Para la disposición de excretas se colocaron letrinas portátiles y letrinas de foso.
- Para la disposición de desechos sólidos se ubicaron recipientes de basura y en algunos albergues, como en El Cafetalón, fueron recogidos diariamente por el equipo de saneamiento.



Foto: OPS/OMS, A. Weak

Inmediatamente después de declarada la emergencia, se instalaron letrinas en los albergues, tales como El Cafetalón.

- Se colocaron instalaciones para duchas y lavaderos.
- El abastecimiento de agua segura para consumo humano fue provisto por ANDA a través de camiones cisterna y mediante plantas potabilizadoras, con lo que se garantizaron las necesidades en cantidad y calidad.

El control de la calidad de agua fue llevado a cabo por los inspectores de salud, con el apoyo de la OPS/OMS, mediante comparadores de cloro y Puriagua.

El control en la manipulación de los alimentos en los albergues se realizó mediante el monitoreo en los centros de preparación y expendio de alimentos y charlas educativas sobre almacenaje, conservación y preparación de alimentos. En las áreas rurales este control no se efectuó y se presentó un problema serio con los alimentos que se mantenían al aire libre, debido al viento y al polvo que se produjo por el colapso de las estructuras de adobe y los deslizamientos de tierra.

Manejo de cadáveres

El reconocimiento y el entierro de un cuerpo humano, así como la entrega a sus familiares más cercanos o allegados, obedecen a una variedad de principios religiosos y tradiciones de las poblaciones, ligados a principios establecidos en las normas de los derechos humanos internacionales. El respeto hacia los muertos es universal.¹⁶ Por ello, cuando ocurre una situación de desastre con un repentino gran número de víctimas como el que dejó la secuencia de sismos en El Salvador, se debe prestar especial cuidado al manejo de los cadáveres ya que, de otro modo, se puede producir una situación que agrave la salud mental de los ciudadanos, ya afectada por el propio desastre.

De acuerdo con los consolidados emitidos por el COEN, las cifras oficiales de fallecidos fueron las siguientes:

Tabla 1
Fallecidos como consecuencia del sismo del 13 de enero de 2001

Departamento	Cuscatlán	La Libertad	La Paz	La Unión	San Miguel	San Salvador	Santa Ana	San Vicente	Sonsonate	Usulután	Total
Fallecidos	20	585	44	1	19	24	47	29	48	27	844

Fuente: COEN, El Salvador, *Consolidado final de datos del sismo registrado el día 13 de enero de 2001.*

Tabla 2
Fallecidos como consecuencia del sismo del 13 de febrero de 2001

Departamento	Cuscatlán	La Paz	Morazán	San Salvador	San Vicente	Total
Fallecidos	165	58	1	4	87	315

Fuente: COEN, El Salvador, *Consolidado final de datos del sismo registrado el día 13 de febrero de 2001.*

Tal y como ya se ha señalado, el mayor número de fallecidos (585 personas) se produjo en Santa Tecla a consecuencia del gigantesco alud de materiales de origen volcánico que sepultó gran parte de la colonia Las Colinas en Nueva San Salvador. Las labores de rescate fueron muy lentas porque la

¹⁶ Texto basado en el artículo de Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 2000. *La identificación de cadáveres después de los desastres: ¿Por qué?* en el Boletín Desastres No. 80 Abril 2000. Washington.

mayoría de las víctimas quedó sepultada y los cadáveres fueron apareciendo a medida que se removieron las capas de lodo, piedras y residuos de todo tipo. Un número importante de cadáveres no pudo ser recuperado y de algunos de ellos, sólo se encontraron partes.

En términos generales, las principales causas de muerte por los efectos de los sismos fueron: asfixia mecánica por soterramiento, desangramiento por amputación de miembros, polifracturas y traumatismos provocados por golpes y aplastamientos.

El procedimiento

El Instituto de Medicina Legal Doctor Roberto Masferrer, del Ministerio de Justicia, fue el encargado de coordinar el proceso de reconocimiento y entrega de los cadáveres a los familiares de las víctimas. Debido a que el 13 de enero era sábado, por tanto día no laboral en El Salvador, el personal se presentó tan pronto tuvo noticias de la situación y a las 2:00 p.m. inició las actividades de reconocimiento de cadáveres en las diversas dependencias departamentales de dicho Instituto en las cinco regiones: Metropolitana de San Salvador, Central, Paracentral, Occidental y Oriental; y en las subdelegaciones en: Santa Tecla, San Miguel y San Vicente. El personal se movilizó por vía terrestre a aquellos lugares donde había un gran número de fallecidos y la población no tenía la capacidad para llevarlos hasta las dependencias del Instituto para su reconocimiento. Los grupos de trabajo estaban constituidos por: fotógrafos forenses, médicos forenses y odontólogos.

La Fiscalía tenía la responsabilidad de legalizar las defunciones una vez que el Instituto de Medicina Legal expedía la boleta de reconocimiento. En los lugares en que su personal no podía llegar por vía terrestre, la Fiscalía autorizó a la Policía Nacional Civil (PNC) para que, con el apoyo de la población, realizara la identificación de los cadáveres y elaborara la boleta de reconocimiento. Las actas de defunción las otorgaban las alcaldías.

En la mayoría de las poblaciones los centros para identificar los cadáveres se ubicaron en lugares abiertos dentro de la comunidad.

En el caso de Las Colinas se creó un gran desconcierto en toda la población, incluyendo a las autoridades. El centro de reconocimiento se ubicó inicialmente en una casa que la alcaldía municipal proporcionó; posteriormente, debido al gran volumen de víctimas mortales, los cadáveres se llevaron a un

área abierta que quedaba aproximadamente a 500 metros del área del desastre. Durante las primeras cinco horas no hubo quien informara a los familiares de las posibles víctimas, ni sobre dónde debían ir a reconocer los cadáveres para comprobar si entre ellos estaban las personas que buscaban. Esta situación creó mucha incertidumbre y angustia entre la población.

Como no se utilizó ningún procedimiento para la conservación de los cuerpos hasta su reconocimiento y entrega, en los sitios donde hubo un gran número de víctimas, como en Santa Tecla y San Vicente, los alcaldes ordenaron la inhumación, en fosas comunes, de aquellos cadáveres que no habían sido ni identificados ni reclamados por sus familiares transcurridas 24 horas. Estas fosas se dispusieron en terrenos de los cementerios municipales.

A las 48 horas después del primer sismo, una empresa privada ofreció dos furgones refrigerantes para conservar los cadáveres hasta el reconocimiento y retiro por parte de los familiares. Sin embargo, debido al alto grado de descomposición que ya presentaban los cadáveres, el personal del Instituto de Medicina Legal consideró que no era procedente utilizar el método propuesto.

Se recibieron ofrecimientos de médicos voluntarios para acelerar las acciones pertinentes en esta emergencia masiva, pero el Instituto de Medicina Legal consideró que no sería adecuado aceptar la ayuda de médicos no especialistas por no conocer éstos los procedimientos internos utilizados por ese Instituto, y porque se estimó que se contaba con el personal suficiente.

En los lugares establecidos para el reconocimiento legal, el personal del Instituto de Medicina Legal adjuntaba a cada cadáver una ficha de identificación y se le asignaba un número. Los cadáveres se disponían individualmente en bolsas negras de polietileno y se identificaban mediante una tarjeta en la que figuraba el número asignado.

Los cadáveres reconocidos y reclamados se entregaban en las bolsas negras de polietileno. Los familiares que así lo quisieran podían comprar ataúdes para inhumar a los fallecidos en los cementerios municipales.

Aspectos legales

Durante los primeros días y debido a la confusión en la identificación de cadáveres se presentaron algunos problemas de tipo legal. Por la falta de coordinación entre la Fiscalía, la Policía Nacional Civil, las alcaldías y el Instituto de Medicina Legal, no se llevaba un registro correlativo controlado en la codifica-

ción establecida para identificar los cadáveres. Hubo algunos casos en los que se asignó el mismo número a diferentes cadáveres y ello creó confusión en la entrega a los familiares. En algunos casos, las familias tuvieron que devolver el cadáver por que no correspondía al reconocido inicialmente.

La Procuraduría de los Derechos Humanos del Ministerio Público, que formaba parte del Comité Interinstitucional que conformó el COEN, se encargó de cotejar los nombres de los damnificados de cada uno de los refugios, con el objeto de elaborar las listas de las personas con paradero desconocido¹⁷.

El 9 de febrero, la Comisión de Legislación anunció en la prensa que se discutiría en la Asamblea un decreto que establecía que los jueces de Paz serían los encargados de tramitar la legalización de las defunciones de aquellas personas cuyos cadáveres hubiesen sido identificados y de las personas con paradero desconocido, siempre que no se presentase ninguna oposición después de un mes y de dos publicaciones en los medios de comunicación escritos o edictos sobre la desaparición.¹⁸

El viernes 23 de febrero, la Asamblea Legislativa publicó el decreto No. 294 en el Diario Oficial, tomo No. 350 que contenía la aprobación de la Ley especial transitoria para legalizar la defunción de las personas fallecidas o desaparecidas a causa del terremoto del 13 de enero del 2001. Esta ley se promulgó debido a que las autoridades correspondientes no podían realizar el reconocimiento legal del gran número de personas que fallecieron soterradas o cuyo paradero era desconocido, pues se hacía muy difícil seguir el procedimiento de la legislación común para establecer el estado de fallecido o de persona con paradero desconocido.

¹⁷ Término legal para personas desaparecidas.

¹⁸ Periódico *La Prensa Gráfica*, Sección Nacionales-Política, Pág. 10, 09-02-2001.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES¹

El 13 de enero, tan pronto como se conoció la situación de emergencia del país, la Dirección de Epidemiología del MSPAS inició las acciones para reforzar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica ya existente.

El colapso de las estructuras y los efectos geológicos secundarios provocaron lesiones inmediatas, lesiones simples de piel, fracturas leves y graves, traumas provocados por golpes, caídas, sofocamiento y aplastamientos. Aunque es ampliamente conocido que los sismos no provocan epidemias, las condiciones sanitarias producidas por éstos agudizan situaciones preexistentes en las zonas afectadas. Por ello, se declaró la alerta epidemiológica y la vigilancia epidemiológica se llevó a cabo con base en la comparación de la prevalencia de enfermedades transmisibles existentes en la zona durante dos períodos del año iguales, uno previo y otro posterior al desastre, y en la detección de la presencia de vectores transmisores de enfermedades.

El mismo 13 de enero se iniciaron las actividades de registro y control de los brotes epidemiológicos en las zonas afectadas y en los refugios y se determinó cuáles eran las enfermedades que requerían vigilancia especial. A través de las técnicas del sistema de vigilancia epidemiológica de rutina se identificaron 23 enfermedades o eventos para ser registrados, particularmente en los albergues.

En las *Guías operativas para las actividades del sector salud en función de la emergencia del sismo del 2001*, publicadas el 16 de enero de 2001 por el MSPAS, se incluyeron medidas sistemáticas e integradas dirigidas a la pro-

¹ Basado principalmente en Bañuelos, Armando. Cooperación técnica en epidemiología y prevención y control de enfermedades con motivo de los sismos en la República de El Salvador. Proyecto de epidemiología y prevención y control de enfermedades de la OPS/OMS El Salvador. San Salvador. 2001.

moción de la salud, la atención médica y la prevención y el control de las enfermedades en los refugios y en las áreas afectadas por el sismo. Se incluyeron en las guías anexos de cuadros de orientación en diagnóstico y tratamiento de problemas de salud más frecuentes y recomendaciones del programa ampliado de inmunizaciones. Se describieron, las condiciones mínimas de saneamiento para sitios de refugiados o albergues y se incluyó la guía práctica para el manejo de salud y la lista de actividades de promoción y recuperación de salud. En las zonas dañadas en las que los pobladores no se trasladaron a los refugios, sino que permanecieron cerca de sus viviendas, se mantuvo la vigilancia epidemiológica regular.

El 17 de enero, el MSPAS ya contaba con el formulario de registro definitivo que contenía la lista de las enfermedades sujetas a vigilancia. Este formulario lo llenaban en las direcciones departamentales del MSPAS con la información que se recogía en los albergues y refugios.

Cuando ocurrió el sismo del 13 de febrero ya estaba instalado el sistema de vigilancia y la notificación de la situación epidemiológica fue diaria, por lo que se pudo informar inmediatamente a las agencias de ayuda internacional sobre las necesidades de ayuda específicas.

Después del sismo del 13 de febrero, las Direcciones de Regulación, Epidemiología, Zoonosis, Enfermedades Transmitidas por Vectores y el Laboratorio Central de Salud Pública del MSPAS discutieron en reuniones sucesivas las líneas de acción conjuntas para el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica con motivo del nuevo sismo.

El sistema nacional de vigilancia epidemiológica intensificó también la notificación obligatoria de las enfermedades transmisibles en el resto de la población afectada y se le solicitó a las direcciones departamentales y municipales de epidemiología que notificaran, tan pronto como se identificaran, la aparición de las enfermedades y eventos especiales como cólera, meningitis meningocócica, sarampión, difteria, tosferina y fiebre amarilla, entre otras. El 22 de enero, el MSPAS inició una campaña de inmunización para la erradicación del sarampión, apoyada por UNICEF. Se realizaron talleres de presentación/inducción de la estrategia de atención a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en varios departamentos, que fueron financiados por la Cruz Roja de los EE.UU. y de El Salvador. La Gerencia de Atención de la Niñez trabajó en la elaboración del borrador del Plan Operativo AIEPI 2001.

Análisis situacional

Las acciones de vigilancia se orientaron hacia la caracterización de la distribución de las endemias identificadas desde el año 2000: cólera, dengue, malaria, hepatitis viral tipo A y las enfermedades diarreicas agudas (EDA), así como las enfermedades inmunoprevenibles correspondientes a la población de las áreas afectadas. De esta manera, se estableció la situación de las endemias antes del sismo del 13 de enero para poder comparar con las cifras posteriores.

Las enfermedades que con más frecuencia se registraron en los refugios fueron: bronquitis en niños y adultos por la gran cantidad de polvo que había en el ambiente, perturbaciones emocionales y diarreas, principalmente en adultos.

El diagnóstico sindrómico no se utilizó porque, por ser un método de alta sensibilidad y de baja especificidad, se consideró de poca utilidad durante la emergencia.

Los factores epidemiológicos y ambientales que mantuvieron en alerta a las autoridades de salud del país durante la emergencia, y que hicieron necesario que se estableciera una vigilancia epidemiológica, fueron:

- La migración de la población de sus lugares de residencia habitual y su localización en un ambiente diferente a su lugar de residencia y en condiciones sanitarias deficientes.
- La concentración de población en los refugios.
- Los antecedentes de presencia de diarreas virales, dengue, cólera y bronconeumonías.
- El polvo en el ambiente, producido por los aludes y derrumbes y por la destrucción de construcciones de adobes generalmente hechos de cenizas volcánicas, constituyó una causa adicional de enfermedades que hizo que aumentaran los casos de afecciones respiratorias.²

Sala de situación epidemiológica

Aunque antes del 13 de enero el MSPAS, con el apoyo de la OPS/OMS, tenía todo el equipo preparado para instalar una sala de situación³ epidemioló-

² *Terremoto en El Salvador: Informe de Situación, 18 de Enero 2001*, [página Web en línea www.paho.org/spanish/ped/ElSalvador-18jan.htm]

³ La sala de situación es un espacio físico y virtual, donde un equipo de especialistas analiza la información de diferentes fuentes para determinar el estado en que se halla la categoría del problema que se está estudiando durante la emergencia. La información se complementa con gráficos para documentar las acciones que se desarrollan en el ámbito nacional

gica ante una situación producida por un desastre, no se pudo instalar por los daños estructurales ocasionados en la sede del MSPAS. La Unidad de Epidemiología se transfirió a otra área del edificio y a la Sala de Trabajo de la OPS, donde se instaló la sala de situación epidemiológica con el objetivo de identificar el estado de la salud de cada una de las zonas afectadas.

Se utilizó la sala de situación de la Representación de OPS/OMS en San Salvador para dar a conocer los avances de la situación epidemiológica y el control de enfermedades en la población de las zonas afectadas y en los refugios, además de recopilarse la información sobre las acciones desarrolladas y las necesidades más urgentes, lo cual permitió la toma de decisiones político-administrativas y operativas de una forma precisa. Esta información no sólo fue utilizada por el sector de la salud y saneamiento ambiental, sino por otros organismos nacionales e internacionales, por las ONGs y por los medios de comunicación.

Control de vectores

Como consecuencia del sismo del 13 de enero, el MSPAS conjuntamente con los consultores de la OPS/OMS, elaboró un plan de ejecución inmediata para el control del *Aedes aegypti* en el período de febrero a mayo de 2001, que contenía las medidas siguientes:

- Intervención inmediata para reducir los índices de infestación de *aedes aegypti* en los departamentos considerados prioritarios tras el análisis entomológico y epidemiológico llevado a cabo. Este análisis identificó el orden de los departamentos: San Vicente, La Paz, San Salvador, Sonsonate, Usulután, San Miguel y la Unión.
- Establecimiento de los parámetros y normativas de toma de muestras y procesamiento a nivel del Laboratorio Central para la vigilancia epidemiológica del dengue.
- Chequeos entomológicos cada 15 días dentro y fuera de los albergues y, en caso de que estos chequeos reflejaren riesgos, efectuar el control focal y perifocal, así como la aplicación de insecticidas larvisidas y adulticidas.
- Definición del material y equipo del laboratorio que se debía adquirir, particularmente de reactivos para pruebas de detección de anticuerpos IgM e IgG.

- Puesta en marcha de actividades de promoción y educación en salud para la prevención y control del dengue. Incluía los componentes de investigación, capacitación, participación social y comunicación social. La ejecución de estos componentes quedó a cargo del área de comunicaciones de la Dirección de Epidemiología del MSPAS.

El plan de ejecución inmediata y el plan operativo de vigilancia epidemiológica, atención médica inmediata a la población afectada y control del *aedes aegypti* fueron respaldados por el análisis de la situación epidemiológica, la estratificación con base en las densidades de *Aedes aegypti* y las observaciones sobre el terreno llevadas a cabo a partir del 14 de febrero.

En las *Guías operativas para las actividades del sector salud en función de la emergencia del sismo del 2001* se planteó que “se debía evitar el estancamiento de aguas y efectuar acciones de larvicimientos⁴ en quebradas y pantanos con larvicidas emulsificables”.

Se llevó a cabo una vigilancia especial para zoonosis, incluyendo la prevención de rabia y los accidentes por mordedura de perros o gatos.

Control de enfermedades en albergues y refugios

Desde su constitución, La Comisión Coordinadora de Salud acordó que el principal objetivo era evitar la aparición de brotes epidémicos en los albergues, para lo que se consideró que las medidas de promoción y prevención de la salud eran fundamentales.

Al principio, en los albergues y en los refugios los pacientes



Foto: OPS/OMIS, J. Jenkins

Campaña contra el cólera en Comasagua, en el departamento de La Libertad.

⁴ Eliminación de las larvas del *Aedes*.



Foto: OPS/OMS, J. Jenkins

Acciones de educación en salud preventiva en instalaciones provisionales en el Hospital de Zacatecoluca, en el departamento de La Paz.

acudían desordenadamente, no sólo a los puestos de salud del MSPAS, sino a las delegaciones de médicos de países amigos como México y Guatemala. Se daba el caso de personas que acudían a hacer consultas por la misma causa a los diferentes puestos de salud y retiraban los mismos medicamentos en cada uno de ellos. En cuanto se detectó esta situación se cambió de política para poder llevar un control y los médicos del MSPAS comenzaron a ir a cada uno de los lugares. Se hacía una visita matutina a los albergues, refugios y zonas afectadas, se indagaba por el estado de salud de los habitantes y, si había alguien que necesitaba de los servicios de salud, se le atendía y se le entregaba su medicación. Estas acciones pusieron orden en cuanto a la atención a los damnificados, no sólo en los albergues y en los refugios sino que en todas las zonas afectadas.

El MSPAS llevó a cabo acciones de educación en salud preventiva, especialmente en los aspectos de higiene, la manipulación adecuada de alimentos, del agua de consumo, la eliminación de aguas residuales, la disposición de

excretas y de basura y el control de vectores. Se repartieron grandes cantidades de Puriagua⁵ con indicaciones exactas sobre cómo diluir el agua.

Igualmente, el personal del MSPAS puso en práctica el control y vigilancia del dengue en los albergues, refugios y zonas afectadas con fumigaciones y con el reparto de abate para que se realizara el abatimiento⁶. Se llevaron a cabo nebulizaciones en la periferia de los albergues y fumigaciones en los contenedores de basura para reducir la presencia de mosquitos y moscas; también se realizó el control de animales domésticos. Dentro de las acciones de educación en salud preventiva del MSPAS, se explicaba a la población sobre el peligro existente por la proliferación del *Aedes* en los lugares donde se deposita agua, tales como recipientes, pozos de aguas estancadas, floreros, chatarra y otros a los que había que prestarles atención.

En cuanto al programa de salud reproductiva y sexual, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) asesoró al Ministerio de Salud Pública para la puesta en práctica en los albergues y en los refugios temporales de las *Guías de salud reproductiva en situaciones de emergencia*. El UNFPA suministró equipo y medicinas al grupo de profesionales responsables de la salud reproductiva y sexual y además envió tres especialistas en ginecología y tres expertos en información, educación y entrenamiento en salud reproductiva y sexual.⁷

El MSPAS realizó, junto con la Clínica Periférica de San Vicente, la estrategia de botiquines básicos para refugios, los cuales permitían abordar patologías simples tales como cefaleas, dolores abdominales, raspones, dermatitis y diarreas.

⁵ Producto para clorar el agua.

⁶ Procedimiento para evitar la reproducción de los insectos.

⁷ Reportes de situación de OCHA-ONU. [página web en línea www.terremotoelsalvador.org.sv/smicentral2/www2/reportes_ocha.htm].

SALUD MENTAL¹

La salud mental se ha convertido en uno de los aspectos más importantes en el proceso de recuperación de las poblaciones después de un desastre. Sin embargo, no es fácil convencer a los responsables de establecer programas de prevención y preparación para que incluyan planes de atención de salud mental en los organismos encargados de la salud pública.

Las situaciones de desastre afectan desde el punto de vista psicológico a la mayor parte de la población, sea en forma directa o indirecta. Aquellos cuya vivienda es destruida o pierden a algún ser querido son afectados directos, mientras que los que sufren los efectos inmediatos del fenómeno, pero no tienen esas pérdidas, son afectados indirectos. Todos ellos pueden manifestar desde síntomas psicósomáticos, tales como problemas digestivos, exceso o falta de apetito, palpitaciones y erupciones en la piel, hasta síntomas de índole emocional, tales como dificultades para dormir, estrés, conflictos en su vida de relación familiar, irritabilidad en el trabajo, necesidad de beber alcohol en exceso o tomar psicofármacos. Los niños pueden retomar conductas superadas, como mojarse en la cama, no querer separarse de los padres, tener pesadillas y otros. Los síntomas son tan variados como las personas que los padecen. La experiencia de cada uno es singular y reaccionará de una manera propia. Son conductas normales ante una situación inesperada de gran impacto producida por una amenaza natural.

La primera intervención protectora de la salud mental de las personas afectadas directamente por los efectos del desastre es proporcionarles comida, vestimenta y abrigo para que sus necesidades básicas sean satisfechas. Es

¹ La mayoría de la información que se incluye en esta sección fue tomada del informe sobre Salud Mental presentado por el Dr. Hugo Cohen, OPS-OMS El Salvador, enero-febrero, 2001 (Ver la bibliografía)

importante que las personas afectadas recuperen su organización familiar y laboral habitual y que retomen la vida cotidiana lo antes posible.

La mayoría de los damnificados pueden sentir alivio a sus síntomas hablando con otros sobre lo que están sintiendo, expresando el miedo, pudiendo compartir con otros sus temores, su duelo, su impotencia ante lo ocurrido, su incertidumbre de lo que se puede presentar en el futuro y otros sentimientos. Sólo algunos requerirán la atención de especialistas, pudiendo ser ayudados por el personal de salud o por trabajadores comunitarios capacitados en técnicas como las de intervención en crisis.

Efectos de los terremotos de enero y febrero en la salud mental

En el caso de los sismos de enero y febrero en El Salvador, se estimó² que un 20% de la población afectada indirectamente requerirá de algún tipo de apoyo de psicólogos o psiquiatras. El 80% restante irá recuperando su estado habitual, aunque puede producirse la reaparición de los síntomas ante cada nueva réplica. Los afectados en forma directa necesitarán una atención más intensa y prolongada. Es fundamental intervenir en ambos grupos lo antes posible para evitar así la aparición de problemas posteriores como, por ejemplo, depresiones, reacciones violentas o estrés post trauma. Si la salud mental de la población no es atendida y tratada apropiadamente, los procesos de recuperación y reconstrucción posteriores al desastre se verán seriamente obstaculizados y producirán un impacto negativo en la calidad de vida de estas personas.

El sistema sanitario de El Salvador carecía de capacidad de respuesta para atender eficazmente los aspectos de salud mental en la fase de impacto provocada por el sismo del 13 de enero y sus constantes réplicas.

Entre las reacciones emocionales más frecuentes se encontraron la tristeza, la depresión, intentos de suicidio, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, desorganización personal y conductas violentas, todas ellas consecuencia del impacto del evento, las pérdidas sufridas y la impotencia generada.

Gran parte de los afectados sufrieron la desorganización de sus núcleos familiares por pérdida total o parcial de los miembros de la familia, lo cual produjo un número importante de menores de edad huérfanos, personas viudas y desamparados de la tercera edad.

² Cohen, Hugo. 2001. *Salud Mental*. [Informe técnico]. OPS/OMS El Salvador.

Otro factor que contribuyó al deterioro o desmejoramiento de las condiciones emocionales fueron las sucesivas réplicas y la inseguridad estructural de sus viviendas.

La situación psicosocial de la población se agravó debido al sismo del 13 de febrero y a los dos sismos de menor magnitud del 17 de febrero y del 28 de marzo, y sus correspondientes réplicas, que reavivaron las reacciones de angustia y de pánico y los casos de ansiedad, depresión, insomnio, erupciones cutáneas, diarrea y dolores de estómago causados por el estrés.

Al producirse el segundo sismo, la población perdió su confianza en las explicaciones de los técnicos y de los científicos, quienes en diversas entrevistas a través de los medios de comunicación intentaban calmar a la población explicando que era normal que ocurrieran réplicas por el acomodo de la corteza terrestre después de un sismo. Las predicciones que se transmitían a la población a través de los medios de comunicación, anunciando que los temblores de tierra cesarían al estabilizarse la corteza terrestre, se vinieron abajo y se incrementó el escepticismo y la angustia en la población.

Debido a esta pérdida de confianza, un alto porcentaje de los ciudadanos retomó posiciones superadas, basadas en creencias religiosas arcaicas, tales como que lo ocurrido era un castigo de Dios. Por otra parte, salieron a flote explicaciones basadas en creencias de culturas ancestrales.³

De acuerdo con la información suministrada por el Director del ISSS, como consecuencia de los sismos se registró en este Instituto un aumento de más de un 50% en la demanda de la consulta ambulatoria de salud mental comparado con el mismo período del año 2000. Según los datos oficiales suministrados en el mes de marzo de 2001 por el MSPAS, durante el primer bimestre del año se atendieron más casos en salud mental que durante todo el año 2000.

Respuesta del sector de la salud

La salud mental fue uno de los temas a los que se les brindó especial atención en las *Guías operativas para las actividades del sector salud en función de la emergencia del sismo del 13 de enero de 2001*⁴. En el anexo No. 3 de dichas guías se incluyó la *Guía práctica para el manejo de salud mental*, en la

³ Una encuesta realizada por una firma muy conocida de los EUA concluyó que el 36% de la población creía que esta serie de sismos era un "designio divino". Publicado en el periódico *The Washington Post*, Pág. A13, 22-02-01.

que se incorporaron lineamientos para la puesta en marcha del plan de salud mental de emergencia por el MSPAS, en coordinación con el COEN, las escuelas, los gobiernos locales, las defensorías municipales y las universidades locales, entre otros.

En ese anexo quedó establecido oficialmente el Equipo de Trabajo para la Emergencia en Salud Mental (ETESAM) con el apoyo del Consejo Asesor de Salud Mental del MSPAS, en el cual participaron también el Instituto Salvadoreño de Seguro Social ISSS, el Hospital Militar y la OPS/OMS conjuntamente con el PNUD, la UNICEF y otras organizaciones.

El objetivo general de las guías sería “minimizar los daños psicosociales de las víctimas directas o indirectas del desastre, a través de la promoción y atención en salud mental”. Este equipo proporcionaría asistencia técnica y coordinaría el trabajo durante la fase de emergencia, fases inmediatamente posteriores y de medio plazo, a través de un trabajo de prevención de trastornos de salud mental, que incluiría una campaña de sensibilización, información y educación, dirigida a la población en general, y de apoyo a las instituciones de servicio.

Para dar continuidad al Plan de trabajo establecido en las Guías se reforzarían los equipos de salud mental de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) en los lugares en los que ya habían iniciado su desarrollo antes de la emergencia, es decir, en los departamentos de San Salvador, La Libertad, Santa Ana y San Miguel.

Se constituyó el equipo de salud mental del MSPAS y se avanzó en la identificación de personal sanitario de las diversas zonas para ser incorporado a los equipos locales de salud mental que se formaron en los departamentos más afectados. El proceso de capacitación fue coordinado con el MSPAS, el PNUD, UNICEF y el ISSS. Desde el 14 de enero, día siguiente al primer sismo, se constituyó con estas organizaciones el Equipo de Trabajo en Salud Mental para la Emergencia (ETESAM). Posteriormente se permitió la participación a diversas instituciones de la comunidad como la Junta de Vigilancia de Psicología, las universidades nacionales, la Alcaldía de San Salvador, las ONGs, la Policía Nacional Civil (PNC), las diferentes iglesias y otros.

Se acordó que se mantuviera la continuidad de la estrategia de trabajo en tres ejes: (a) elaboración y puesta en marcha del plan de comunicación; (b)

⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 2001. Guías operativas para las actividades del sector salud en función de la emergencia del sismo del 13 de enero de 2001. El Salvador.

conclusión del plan operativo que incluía las acciones para la emergencia y el plan de atención psicosocial; y (c) coordinación entre el MSPAS y el ISSS.

Control de la salud mental en los albergues y en las zonas afectadas

Se constituyeron en los albergues de la periferia de San Salvador siete equipos integrados por psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales y educadores del MSPAS y del ISSS, que fueron capacitados para la labor ante la emergencia. Su tarea sería la de asistir a los albergues de San Salvador y zonas aledañas para el desarrollo de las acciones de prevención, asistencia y capacitación.

Se propuso que los miembros de los equipos profesionales de salud mental no esperaran a que las personas en crisis que permanecieron en sus casas o cerca de ellas se movilizaran a los consultorios, sino que visitaran casa por casa para tratarlas y ver qué necesidades tenían. También se recomendó la atención de estas personas en las unidades médicas locales para descentrali-



Foto: OPS/OMS, J. Jenkins

Centro provisional de atención de salud mental en Santa Cruz Analquito en el departamento de Cuscatlán.

zar los hospitales que brindaban atención psiquiátrica. Se integraron equipos con personal de la Cruz Roja Salvadoreña; Cruz Roja Italiana; la cooperación alemana (GTZ) y de Médicos Sin Fronteras y se coordinó con las instituciones que en cada lugar realizaban tareas de salud mental, como el Instituto Salvadoreño de la Mujer (ISDEMU) y diversas ONGs. Asimismo, se establecieron consultorios de atención en construcciones transitorias.

También estos profesionales efectuaron actividades recreativas con niños. Una vez por semana se hicieron reuniones de seguimiento con los equipos para ver no sólo los aspectos logísticos, sino también los aspectos técnicos; se pidió que después de transcurrir tres semanas pasaran por escrito una autoevaluación que dejara constancia de los principales aprendizajes y logros, las necesidades y las sugerencias para futuras tareas. Concluida esta labor, los equipos se retiraron de los albergues y efectuaron una visita semanal a éstos.

Se elaboraron y difundieron mensajes por los medios de comunicación para tranquilizar y orientar a la población. Se prepararon cartillas y se publicaron guías para la atención de las necesidades psicosociales en desastres, editadas por el Ministerio de Educación (MINED) y todos los organismos miembros del Consejo Nacional de Salud Mental que preside la primera dama.

Se constituyó un equipo de psicólogos para proporcionar apoyo emocional al personal sanitario que lo solicitara y se impartieron charlas con igual fin al personal de varios organismos nacionales e internacionales, como la Secretaría Nacional de la Familia (SNF), el PNUD, la FAO y otros.

Se tuvo como base el enfoque de salud mental comunitaria para el entrenamiento del personal sanitario, miembros de instituciones y voluntarios de la comunidad, que propone rescatar los recursos presentes en las personas a través de la capacitación para intervención en crisis.

En las escuelas se le dio prioridad a la capacitación de los maestros para la atención a niños individualmente, y en los hospitales y centros de salud se entrenó al personal médico, enfermeras y promotores de los departamentos más afectados para que pudiesen prestar los primeros cuidados.

El total de personas capacitadas alcanzó a unos 800 participantes que pertenecían a los siguientes organismos e instituciones: el Sistema Nacional de Salud, las ONGs, las iglesias, los scouts, las universidades, la Procuraduría de los Derechos Humanos, la Policía Nacional Civil, las alcaldías, la Procuraduría de la República y el Poder Judicial, entre otras. La mitad de ellas fueron entre-

nadas en el área de niños y adolescentes.

El Instituto Salvadoreño de la Mujer (ISDEMU) colaboró en los albergues y en las poblaciones donde había profesionales formados en violencia intrafamiliar. Esta colaboración fue muy útil para apoyar a los hospitales y a las unidades de salud, sobre todo en la capacitación en intervención en crisis.

En los albergues, algunos psiquiatras solicitaron antidepresivos para la atención de los pacientes y se utilizaron ansiolíticos en casos excepcionales. Como ninguna de las entidades que atendía la salud mental en los albergues disponía de psicofármacos, la OPS los compró. Para utilizarlos, dado que en El Salvador sólo el Hospital Nacional General y de Psiquiatría tenía autorización para el uso de estos medicamentos, hubo que pedir a los máximos responsables de salud un permiso excepcional para su prescripción.

COORDINACION DE LA RESPUESTA NACIONAL E INTERNACIONAL ANTE EL DESASTRE

El 14 de enero, después de una evaluación preliminar de los efectos producidos en todo el país por el sismo ocurrido el día anterior, la Asamblea Legislativa declaró el *estado de calamidad pública y desastre nacional* y decretó tres días de duelo nacional. Asimismo, el presidente de la República solicitó el apoyo de la comunidad internacional.

Las instituciones del Estado, la sociedad civil en general y la comunidad internacional respondieron inmediatamente para asegurar, en el menor tiempo posible, las condiciones básicas de salud y saneamiento que permitieran proteger a la población de consecuencias mayores en el ámbito sanitario.

Respuesta nacional

Ámbito gubernamental

Nada más producirse el sismo del 13 de enero, el gobierno activó el Comité de Emergencia Nacional (COEN) para realizar una evaluación preliminar de la situación del país e iniciar las acciones para atender la emergencia. Como el edificio sede del COEN sufrió daños, el personal se tuvo que trasladar con sus equipos a la Feria Internacional, en San Salvador, desde donde se organizaron las diferentes fases de atención y recuperación. El mismo 13 de enero se realizaron evaluaciones sectoriales y la información obtenida se centralizó y consolidó en el COEN para coordinar las acciones correspondientes con las instituciones estatales, las autoridades locales, las entidades autónomas, las instituciones de socorro y de servicios y las ONGs que conforman el Sistema Nacional de Emergencia (SISNAE). Durante la primera semana el

COEN fue designado por la Presidencia de la República como fuente única de información oficial.

El 14 de enero, La Presidencia de la República creó la Comisión Nacional de Solidaridad (CONASOL) con el objetivo *de recibir y canalizar la ayuda de donantes nacionales e internacionales, así como de gobiernos y ONGs internacionales, a favor de aquellos que resultaron directamente afectados por el sismo del 13 de enero de 2001*,¹ teniendo como base las necesidades detectadas por el COEN y SISNAE. Esta Comisión estaba coordinada por el Primer Designado a la Presidencia de la República, la Ministra de Relaciones Exteriores (canciller) y el Presidente de la Asociación Nacional de la Empresa Privada (ANEP).

El 16 de enero, el Presidente de la República nombró a un representante de la Fuerza Armada como jefe de operaciones para la emergencia. El COEN trabajó conjuntamente con la Fuerza Armada. Al día siguiente, el presidente asignó al Ministro de Hacienda la responsabilidad de coordinar todas las actividades de las fases de rehabilitación y reconstrucción.

El Gobierno salvadoreño estableció tres etapas en el manejo del desastre: *la atención de la emergencia* de enero a octubre del 2001, cuyo objetivo fundamental era salvar vidas y reubicar y mantener a los damnificados en albergues temporales; *la rehabilitación*, de enero a mayo del 2001, cuyo objetivo era mitigar los efectos del sismo y devolver la normalidad a la población; y *la reconstrucción* de abril de 2001 a 2005, con el propósito de ejecutar proyectos prioritarios y de impacto inmediato para permitir la pronta recuperación de la economía nacional y la local.²

Las acciones inmediatas de la primera fase fueron: la atención médica de urgencia, el rescate de los sobrevivientes que estaban atrapados o sepultados por los derrumbes de las laderas o por las estructuras que habían colapsado, la recuperación de los cadáveres y la remoción de los escombros de las estructuras colapsadas y del material arrastrado por los derrumbes.

Cuando ocurrieron los sismos de febrero de 2001 las instituciones del Estado estaban actuando en las diferentes zonas y en muchas de ellas se aplicaron acciones que ya habían sido revisadas y mejoradas después de las evaluaciones realizadas tras el primer sismo.

¹ Comisión Nacional de Solidaridad (CONASOL). Ayuda recibida. Boletín de CONASOL. El Salvador.

² Desastre de El Salvador (página Web en línea www.cepredenac.org). 2001.

El sector de la salud

A las dos horas de ocurrir el primer sismo, el MSPAS, ente rector de la salud en El Salvador, se puso en contacto inmediato con el COEN. Las instancias del MSPAS que participaron activamente en las labores de atención después de los dos sismos fueron: las direcciones departamentales de salud, las unidades de salud y los hospitales. De las dependencias del nivel central participaron, principalmente: las unidades de Comunicaciones, Epidemiología, Saneamiento Ambiental, Medicamentos e Insumos Médicos (UTMIN) y Desastres, las Direcciones de Planificación, Regulación y Aseguramiento de la Calidad y la Gerencia de Programa de Atención a las Personas, entre otras.

Durante los tres días posteriores al sismo del 13 de enero los representantes de las Direcciones de Planificación, Regulación y Aseguramiento de la Calidad y de la Unidad de Epidemiología del MSPAS—con el apoyo de la OPS/OMS y de la Secretaría de Salud de México, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, la Cruz Roja Americana, la Cruz Roja Salvadoreña, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y el Batallón de Sanidad Militar de la Fuerza Armada de El Salvador—elaboraron las *Guías operativas para las actividades del sector salud en función de la emergencia del sismo del 13 de enero de 2001*.³

El objetivo era organizar, regular, coordinar y orientar las acciones del sector de la salud en las diferentes fases posteriores al desastre para evitar la duplicidad de esfuerzos y hacer que los recursos resultasen eficientes. Estas guías se basaron en el Plan de atención de emergencia del sismo establecido por el MSPAS, en el cual se definían las líneas generales de acción inmediata en la etapa de rescate y evacuación de víctimas y, durante la segunda fase, la prevención y control de enfermedades en la población afectada. Se describieron los componentes generales: vigilancia epidemiológica, evaluación de la infraestructura de salud, atención de la salud integral de las personas y promoción y recuperación de la salud mental, saneamiento básico, insumos y medicamentos y fortalecimiento de la participación comunitaria a través de la promoción en salud y la comunicación social. En el desarrollo de estas guías se tuvieron en cuenta los planteamientos de reorganización y descentralización de los sistemas programáticos y administrativos contenidos en el Plan Global de

³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). *Guías operativas para las actividades del sector salud en función de la emergencia del sismo del 13 de enero de 2001*. El Salvador. 2001.

Desarrollo del sector público para el quinquenio 1994-99.⁴ Se incluyeron en la guía, asimismo, anexos de cuadros de orientación en diagnóstico, tratamiento de problemas de salud más frecuentes y recomendaciones del programa ampliado de inmunizaciones.

Las Guías fueron publicadas el 16 de enero y en ellas se establecieron las funciones del *Comité responsable* de cada uno de los albergues y refugios, además de definirse los componentes prioritarios del plan, que incluían, junto con los antes mencionados para todas las zonas afectadas, cuestiones relativas a: organización, desarrollo habitacional, manipulación de alimentos y de dieta y seguridad pública. Se describían también conceptos relacionados con las situaciones de desastre.

La atención médica de la emergencia fue brindada por el MSPAS y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), con la asesoría de la OPS/OMS y el apoyo de la sociedad civil salvadoreña, las ONGs, las diferentes organizaciones religiosas, el sector privado de la salud nacional y extranjero, la cooperación exterior, tanto de los organismos internacionales e instituciones humanitarias como de los gobiernos de países amigos y los voluntarios internacionales.

El MSPAS organizó en los diferentes hospitales metropolitanos las brigadas médicas, compuestas por un médico, un cirujano, un pediatra, una enfermera, un técnico y un anestesista. Se trasladaron a las áreas más afectadas, especialmente para dar apoyo a los hospitales grandes. Se estableció también un puente aéreo para transportar hasta los hospitales de El Salvador a los pacientes graves que necesitaban ser intervenidos o que no podían atenderse en los hospitales del interior. Los pacientes eran trasladados hasta el Hospital Militar y de allí se les desplazaba por vía terrestre a los diferentes hospitales metropolitanos, como el San Camilo, el Rosales, la Maternidad y el Neumológico.⁵

La atención sanitaria en las zonas afectadas estuvo a cargo del MSPAS y la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillado (ANDA), con la asesoría técnica de la OPS/OMS. Se realizaron las evaluaciones de daños en los sistemas de abastecimiento de agua potable y alcantarillado. En las áreas rurales se evaluaron los daños en las letrinas y pozos. ANDA tuvo bajo su respon-

⁴ Ver el capítulo 1, Contexto.

⁵ Datos tomados de la entrevista realizada por Elizabeth Rodríguez al Dr. José F. López B., Ministro de Salud Pública y Asistencia Social. Marzo, 2001.

sabilidad el suministro de agua potable a través de camiones cisterna. El MSPAS, con la asesoría de OPS/OMS y otros organismos internacionales, controló la potabilización del agua para consumo personal y las condiciones sanitarias en los albergues, refugios, dormitorios y zonas afectadas, en las que muchos permanecieron cerca de sus viviendas dañadas.

La Cruz Roja Salvadoreña asumió las labores de salvamento inmediato y para ello movilizó a un gran número de voluntarios nacionales e internacionales de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. Además de otra serie de acciones descritas en la sección de la *Respuesta internacional*, esta sociedad brindó asistencia médica a través de brigadas compuestas por un médico general y una licenciada materno infantil. La Cruz Roja Salvadoreña, conjuntamente con la Cruz Roja Americana, colaboró en el proyecto de salud mental para atender a las poblaciones más afectadas que el MSPAS, con el apoyo de la OPS/OMS, puso en práctica.

Además de realizar las labores de rescate, traslado y evacuación de víctimas en las primeras horas del desastre, los bomberos de El Salvador instalaron puestos avanzados para la atención médica, en coordinación con el MSPAS. Destacó también su activa participación, posteriormente, en la distribución de agua potabilizada a los albergues y en las labores de preparación y prevención en las escuelas y empresas privadas e instituciones públicas a través de charlas y simulacros.

Albergues y refugios

Los sismos del 13 de enero y del 13 de febrero dejaron 1.582.428 damnificados en todo el país. Muchos de ellos se instalaron en diferentes tipos de albergues y refugios, unos establecidos por el gobierno nacional, las municipalidades y ONGs, y otros que se organizaron espontáneamente. Unos, los llamados permanentes, estaban abiertos durante las 24 horas, otros sólo eran dormitorios. Fueron localizados en centros educativos, zonas deportivas y en terrenos baldíos. Donde no existían refugios establecidos la gente colocó tiendas y toldos. En algunos casos, la población afectada decidió quedarse cerca de lo que habían sido sus hogares para cuidar sus pertenencias utilizando cualquier tipo de material para cobijarse.

Según el COEN, se alojaron 4.047 personas en albergues *permanentes* y *dormitorios* que se instalaron en centros educativos de los departamentos de

Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonate, La Libertad, San Salvador, San Vicente, Usulután y San Miguel. Los albergues más importantes y de mayores dimensiones fueron montados por las municipalidades en grandes espacios abiertos, tales como centros deportivos o terrenos municipales, en los que levantaron las tiendas de campaña que llegaron al país como parte de la asistencia humanitaria internacional.

Las guías operativas del MSPAS

La concentración de un gran número de personas en condiciones sanitarias inapropiadas repre-

senta un riesgo de transmisión de enfermedades. Con el propósito de controlar y garantizar las condiciones sanitarias adecuadas en los albergues y refugios se desarrollaron las *Guías operativas para la atención integral de los albergues*, que se incluyeron en las *Guías operativas para las actividades del sector salud en función de la emergencia del sismo del 2001*, ya mencionadas. En ellas figuraban medidas dirigidas a la atención médica y a la prevención y control de



Familias en viviendas temporales improvisadas por ellos mismos con los materiales que encontraron.

Fotos: OPS/OMS, J. Jenkins

enfermedades en los albergues situados en las áreas afectadas por los sismos.

Estas guías definían como albergue un “lugar de alojamiento temporal para las personas afectadas por un desastre que debe cumplir con las condiciones básicas de salud y seguridad.” De acuerdo con el número de personas alojadas, se establecieron tres categorías: Tipo A, de 1000 a 3000 o más personas alojadas; Tipo B, de 100 a 1000 alojadas; Tipo C: de menos de 100 alojadas. Tomando en cuenta la permanencia de los usuarios se consideraron tres tipos de alojamiento temporal:

Albergues: Lugares acondicionados para alojar durante las 24 horas del día a la población que había perdido sus viviendas.

Refugios: Lugares acondicionados para recibir a los damnificados después de realizar sus actividades diarias; la permanencia era a medio tiempo.

Dormitorios: Lugares acondicionados para recibir a los damnificados sólo para dormir. Generalmente la población que utilizaba estos lugares no había perdido sus viviendas pero, debido a los múltiples sismos y sus réplicas, se consideraba que no ofrecían suficiente seguridad.

Se describieron en las guías las características del comité responsable del albergue y del equipo de salud permanente, que estaría integrado por un promotor, un inspector de saneamiento y un auxiliar de enfermería. Se definieron los componentes básicos, organización, vigilancia epidemiológica, evaluación de infraestructura, atención integral de la salud, promoción y recuperación de la salud mental, promoción de la salud y comunicación y salud ambiental, incluyendo en este ámbito el saneamiento, la manipulación de alimentos y la seguridad pública.

Los albergues del departamento de La Libertad

Como consecuencia del sismo del 13 de enero, 14.558 viviendas de este departamento sufrieron daños, 15.723 fueron destruidas y 687 quedaron soterradas por el alud de lodo, elevándose la cifra total de damnificados a 147.708.⁶ El departamento de La Libertad, conjuntamente con el de Santa Ana y el de Sonsonate, fueron los que registraron el mayor número de damnificados. De los nueve albergues que se establecieron en este departamento, los de mayor dimensión e importancia fueron: Las Delicias, Pinares de Suiza y Mercado Pirata y, especialmente, El Cafetalón, que se describe a continuación con más detalle.

⁶ COEN, Consolidado final del terremoto registrado el 13 de enero de 2001. San Salvador. 2001.

El Cafetalón

Los amplios terrenos que rodean el complejo deportivo *El Cafetalón*, de Santa Tecla (Nueva San Salvador), permitieron la instalación de la mayor concentración de población damnificada, ya que albergaron más de 8.000⁷ personas en tiendas de campaña y toldos. La coordinación de este albergue estuvo bajo la responsabilidad de la Alcaldía Municipal de Nueva San Salvador, con la colaboración de múltiples organismos e instituciones nacionales e internacionales y de la comunidad local.

Durante la primera semana hubo poca coordinación y se hizo difícil la organización de las numerosas personas que allí se alojaron. Inicialmente hubo un gran desorden con la ubicación de los damnificados y sus tiendas provisionales, pues no se habían establecido lineamientos para su distribución en los terrenos disponibles. También fue difícil organizar a la gran cantidad de personas y organizaciones que trabajaban sin coordinación.

Debido a esta situación, para la atención de la salud se constituyó la *Comisión Coordinadora de Salud del Albergue El Cafetalón*, integrada por representantes de la Alcaldía Municipal, el MSPAS, el Batallón de Sanidad Militar, la Universidad de El Salvador (UES), el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), el Ejército y la Secretaría de la Salud de México, Médicos Sin Fronteras, la Delegación del Ministerio de Salud del Perú, Plan Internacional y la Cooperación Alemana. En dicha Comisión se estructuraron las subcomisiones de saneamiento básico, atención médica, salud mental, vigilancia epidemiológica y alimentación y nutrición. De esta manera se logró reconocer la competencia de cada organismo y aprovechar sus capacidades.

Para atender el saneamiento básico y el abastecimiento de agua potable se construyeron, con madera y láminas de asbesto, letrinas portátiles y de foso, duchas, así como fosas por módulos de 5 letrinas. Se instalaron bateas comunes para el lavado de ropa o de utensilios de cocina y para el aseo personal. Para la disposición de desechos sólidos se ubicaron recipientes de basura en toda el área del albergue y fue recogida diariamente por el grupo de aseo. El manejo de desechos médicos se realizó por recolección diferenciada y para la eliminación de aguas grises se usaron las canaletas de las canchas, que fueron derivadas al alcantarillado público.

7 Ayala, Gilberto. *Atención a población damnificada en Albergues: Experiencia del albergue "El Cafetalón"*, [informe], OPS/OMS-ELS, San Salvador. 2001.



Foto: OPS/OIMS, A. Waak

Tiendas de campaña erigidas en el complejo deportivo El Cafetalón.

El abastecimiento de agua segura para consumo humano fue provisto por la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA) mediante plantas potabilizadoras. Para el control de vectores se realizaron nebulizaciones periódicamente en la periferia del albergue y fumigaciones en contenedores de basura para reducir la presencia de mosquitos y moscas; también se llevó a cabo un control de animales domésticos.

Las acciones de promoción y prevención de la salud se efectuaron con la participación de inspectores sanitarios del MSPAS, estudiantes de medicina y ecotecnología de la UES y voluntarios del albergue, coordinados por una educadora en salud de Médicos Sin Fronteras. Sus actividades se orientaron al saneamiento básico, vacunación y detección y control de enfermedades transmisibles. Las medidas adoptadas en cuanto a salud mental fueron importantes. Se realizaron actividades lúdicas con la población infantil, se establecieron dinámicas grupales, visitas por grupo familiar, terapia de apoyo e intervención en crisis y se contó con la participación del MSPAS, la UES, la Universidad Centroamericana (UCA), Médicos Sin Fronteras y el Instituto de Protección al Menor.

La atención médica se suministró en consultorios de campaña durante las 24 horas en los primeros 15 días y, posteriormente, durante 12 horas. Se establecieron otros servicios, tales como sala para la asistencia de pacientes con síndrome diarreico, terapia respiratoria, atención odontológica, tratamiento quiropráctico y servicios de salud reproductiva. Con relación al suministro de medicamentos se instaló una farmacia en una carpa, a cargo de profesionales farmacéuticos del MSPAS y de la Facultad de Farmacia de la UES, quienes se encargaron del despacho, clasificación y ubicación de medicamentos.

La alimentación estuvo a cargo del ejército mexicano durante las primeras tres semanas, después de la iglesia bautista y, finalmente, de la Alcaldía de Nueva San Salvador y de los voluntarios que trabajaban en el albergue. Estudiantes y profesionales de nutrición de la Universidad de El Salvador (UES) colaboraron en la preparación de alimentos.

Los aspectos de seguridad fueron coordinados por la Alcaldía, la Policía Nacional Civil (PNC), las Fuerzas Armadas y los líderes de la comunidad. Se estableció un lugar de registro y censo, recepción y acopio de abastecimientos, cocinas y preparación de alimentos y el área de atención en salud. Se promovieron reuniones diarias con los representantes de los albergados, fortaleciendo la organización y control por sectores.

Las Delicias

Este albergue fue instalado en la colonia Las Delicias, en Nueva San Salvador. Lo coordinó la Alcaldía Municipal de Nueva San Salvador y el 17 de enero se habían censado 925 personas, que se alojaron en tiendas de campaña y toldos. La organización del albergue estuvo a cargo de dos concejales de la Alcaldía.

Para la atención de la salud se constituyó la *Comisión Coordinadora de Salud y Saneamiento Básico del Albergue Las Delicias*, conformada a su vez por las comisiones de: seguridad, alimentación-abastos, salud y logística. Las responsabilidades que se atribuyeron a los diferentes colaboradores fueron las siguientes: la atención médica a cargo de médicos voluntarios y el MSPAS; el saneamiento básico por parte del MSPAS y ANDA; educación en salud por personal de la Escuela Técnica de la Salud; salud mental bajo responsabilidad de la Universidad Dr. José Matías Delgado y finalmente, nutrición e higiene de alimentos a cargo del Ejército de Salvación de México.

Para atender el saneamiento básico y el abastecimiento de agua potable se

Foto: OPS/CMS, J. Jenkins



Lavandería y baños en el albergue de Las Delicias, Departamento de La Libertad.

construyeron, con láminas de asbesto o de aluminio, letrinas portátiles y duchas. Para la disposición de desechos sólidos se ubicaron recipientes de basura en toda el área del albergue y fue retirada diariamente por el grupo de aseo formado por las mismas personas del albergue. El abastecimiento de agua potable para

consumo humano fue resuelto a través de burbujas de agua. Los medicamentos de este albergue fueron gestionados por los médicos voluntarios, los laboratorios y el MSPAS.

Al igual que en El Cafetalón, se instaló una bodega de farmacia, a cargo de un profesional médico, quien también realizaba acciones de prevención, como desparasitación de la población.

Este albergue se consideró como un modelo de funcionamiento por su orden, armonía y limpieza.⁸

Mercado pirata

Este albergue surgió de forma espontánea en Nueva San Salvador y estaba constituido por los vecinos que vivían en las cercanías y se habían quedado sin vivienda. La población atendida fue de 100 familias, aproximadamente 500 personas, con un alto porcentaje de niños. Este albergue tardó demasiado tiempo en organizarse y comenzó a recibir ayuda tardíamente. Muchos de los damnificados se mantuvieron durante tiempo prolongado como población flotante, que se movilizaba entre el refugio y sus viviendas. Posteriormente, el MSPAS le dio apoyo para la constitución de su directiva y les orientó para que manejaran la ayuda humanitaria.

⁸ La Prensa Gráfica, 20/01/01, pág.9, en Mora, Sergio. Nota técnica: El Salvador, la crisis sísmica de enero y febrero de 2001, BID-COF/CDR-CHA, República Dominicana. 2001.

Pinares de Suiza

Lo coordinó la Alcaldía Municipal de Nueva San Salvador con la participación del MSPAS, los voluntarios de la Universidad Dr. José Matías Delgado y el Ejército de Salvación; atendió a una población de aproximadamente 1.000 personas.

En este albergue se compartieron algunas de las experiencias y observaciones del albergue El Cafetalón.

Polideportivo de Ciudad Merliot

Lo coordinó la Alcaldía Municipal de Nueva San Salvador con la participación del MSPAS. Se caracterizó por tener una buena organización en la atención a los refugiados, recibiendo los alimentos de la empresa privada, bajo la inspección de técnicos del MSPAS y del Batallón de Sanidad Militar. Los refugiados, aproximadamente 800, recibieron atención oportuna en los aspectos básicos de salud.⁹

Club Banco Central de Reserva

Este albergue fue coordinado por el Ejército Salvadoreño. Atendió una población de aproximadamente 1.000 personas, que procedían principalmente de Comasagua, de las colonias Las Colinas y Las Delicias de Nueva San Salvador y cortadores de otras zonas del país, a quienes se trasladó desde sus lugares de origen. Hubo una coordinación efectiva entre el ejército salvadoreño, la Fundación para la Salud y el Desarrollo Humano (FUSAL), el MSPAS, el Batallón de Sanidad Militar y el ejército de Honduras. La alimentación—raciones completas—la proporcionó FUSAL. El Ejército preparó un paquete básico de alimentación para los damnificados una vez que desalojaron el albergue.

La sociedad civil

Unidos a las instituciones del Estado y a las brigadas internacionales, los voluntarios de la sociedad civil de El Salvador colaboraron en las labores de rescate y en la atención y movilización de los damnificados. La participación de las distintas iglesias y de las ONGs, tanto nacionales como internacionales, fue muy importante en la atención a la población en general y el sector privado colaboró con donaciones en efectivo y con maquinarias, equipo, personal técnico

⁹ Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Rehabilitación y reconstrucción de los servicios de agua potable y saneamiento de poblaciones rurales de El Salvador*. Unidad de Salud Ambiental de la Representación de OPS/OMS en El Salvador. San Salvador. 2001.

co y obreros en las labores de rescate. La comunidad universitaria, profesores y alumnos de las universidades nacionales, principalmente de la Universidad de El Salvador (UES) y algunas privadas, participaron en diversas labores durante la fase de atención de la emergencia.

Las donaciones que llegaron al país procedente de los salvadoreños que viven en el extranjero, particularmente en los Estados Unidos, fueron muy importantes. Sus aportaciones fueron tanto en efectivo como en productos necesarios para la atención de la emergencia.

Respuesta internacional

Ante la solicitud de ayuda a la comunidad internacional que hizo el Gobierno de El Salvador a través de su Cancillería, organismos internacionales y gobiernos amigos pusieron en marcha una gran variedad de acciones de asistencia humanitaria.

Los gobiernos y las sociedades civiles de la comunidad internacional respondieron inmediatamente a la solicitud de ayuda a través de las instituciones y empresas nacionales, los organismos internacionales y las ONGs. Durante la primera semana después de los sismos del 13 de enero y 13 de febrero llegaron cargamentos de diferentes países que incluían medicamentos, ropa, comida, bebida, equipos y maquinarias para ser distribuidos a la población. Las

Principales países que contribuyeron a la asistencia humanitaria por los sismos de enero y febrero de 2001 en El Salvador

Alemania	Argentina	Bélgica
Belice	Bolivia	Brasil
Canadá	Chile	China
Colombia	Costa Rica	Cuba
Dinamarca	Ecuador	Estados Árabes Unidos
Estados Unidos de América	España	Francia
Guatemala	Holanda	Honduras
Irlanda	Israel	Jamaica
Japón	México	Nicaragua
ONU	Panamá	Perú
Portugal	Reino Unido	República Dominicana
Suecia	Suiza	Turquía

cuentas abiertas por los bancos recibieron el dinero en efectivo de donantes particulares en el exterior, que fue distribuido para la ayuda humanitaria y la atención de la población afectada. Llegaron brigadas de técnicos y profesionales del exterior y se enviaron maquinarias y equipos para apoyar las labores de atención de la emergencia en las zonas más afectadas.

Numerosas asociaciones y organizaciones no gubernamentales internacionales de socorristas, de médicos y de ayuda humanitaria estuvieron presentes y contribuyeron en la fase de atención de la emergencia.

Sistema de las Naciones Unidas

El Gobierno solicitó oficialmente el apoyo del Sistema de las Naciones Unidas, cuya respuesta para asistir al país fue inmediata. A través del coordinador residente del sistema de la ONU en El Salvador se movilizaron y viajaron a este país especialistas en desastres, epidemiólogos, ingenieros sanitarios, ingenieros estructurales, profesionales de la salud mental, expertos en salud pública y otros especialistas de las diferentes agencias del sistema.

El equipo de Manejo de Desastres de las Naciones Unidas, conformado por representantes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se reunía diariamente, con la participación del Equipo de las Naciones Unidas para la Evaluación y Coordinación en Casos de Desastre (UNDAC), bajo la dirección del coordinador residente de las Naciones Unidas en El Salvador.

La ONU, a través del PNUD y de OCHA (la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios), puso en marcha la página web www.terremotoelsalvador.org.sv, cuyo objetivo era: brindar “información clara, concisa y puntual sobre los aportes de multitud de entidades internacionales para concentrar los recursos en las áreas más necesitadas. También establece las necesidades existentes, de acuerdo con las prioridades expresadas por los organismos oficiales, de tal forma que El Gobierno de El Salvador, las diferentes ONG, los donantes bilaterales y multilaterales, así como las agencias del sistema de las Naciones Unidas pudieran ser más efectivos en su apoyo al país. Esta página

recoge y consolida la información sobre los aportes y los esfuerzos, tanto en dinero como en especie que llegan a El Salvador con motivo de la emergencia. Es un centro de recursos que se actualiza día a día y que apoyará las subsiguientes etapas de reconstrucción y de rehabilitación...”.

OCHA actualizaba diariamente la página con los *Informes de Situación* preparados en la sede en Ginebra, usando la información generada por el equipo de la ONU en el país y complementada con la que enviaban países donantes y organismos internacionales. El sistema de información geográfica SIGCO se puso a la disposición del público para que pudieran obtener información actualizada, consolidada, detallada, validada y fácilmente accesible sobre la cooperación internacional (recursos humanos, materiales y financieros). OCHA



www.terremotoelsalvador.org.sv.

manejó donaciones de los gobiernos de países europeos para la compra de productos y medicamentos para la atención de la emergencia. La página Web de OCHA www.reliefweb.int también quedó disponible para facilitar las donaciones.

El PNUD apoyó y financió las actividades de coordinación y logística para el manejo del desastre y puso al servicio de la comunidad nacional e internacional el Centro de Información de Emergencia. Asimismo, presentó una propuesta para la construcción de módulos básicos de vivienda, que podrían irse amplian-

do a lo largo del tiempo con el concepto de vivienda progresiva para diez mil familias. El PNUD, en colaboración con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), se planteó atender a cuatro mil familias en albergues temporales, en los casos en que no se pudiera iniciar inmediatamente la construcción de los módulos básicos.

El Equipo de UNDAC brindó asesoría en evaluación de daños y necesidades, junto con los representantes de las agencias de las Naciones Unidas en el país. El equipo, además, ayudó a la Oficina del Coordinador Residente de las Naciones Unidas con información sobre la respuesta de la comunidad internacional a este desastre.

Un equipo de los Cascos Blancos (voluntarios de las Naciones Unidas) de Argentina colaboró brindando asesoría para la instalación del Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (SUMA).¹⁰

La FAO apoyó la realización de una evaluación exhaustiva de daños y pérdidas en el sector agropecuario y del medio ambiente, así como programas de asistencia de la emergencia para pequeños agricultores afectados por los sismos. El UNFPA llevó a cabo una misión rápida de análisis y valoración de las necesidades en salud reproductiva, asesoró al MSPAS en la puesta en práctica de las *Guías de Salud Reproductiva* en situaciones de Emergencia, a través del suministro de equipo y medicinas al servicio local responsable de salud reproductiva y sexual, e igualmente aportó—a través de dos servicios móviles—personal médico y de educación para la atención de las personas afectadas.

UNICEF llevó a cabo actividades de evaluación de daños. Puso en marcha el programa de potabilización de agua y estableció una comisión para verificar y controlar la calidad del agua que se estaba entregando, conjuntamente con ANDA, la Fuerza Armada, la Cruz Roja, Misión de Rescate Sueca y OXFAM. Se impulsó un plan de producción, transporte, almacenamiento y distribución de agua potable para las zonas afectadas, utilizando sistemas de equipo de agua proporcionados por Noruega. UNICEF hizo una aportación de jeringas para la campaña de erradicación del sarampión y proporcionó medicamentos pediátricos a las familias de las zonas más afectadas. También distribuyó utensilios de cocina y herramientas para la remoción de escombros y la reconstrucción de viviendas. Conjuntamente con el MSPAS, el PNUD, la OPS y el ISSS, UNICEF constituyó el Equipo de Trabajo en Salud Mental para la Emergencia (ETESAM)

¹⁰ Ver capítulo 8, sección SUMA y la organización de los suministros.

con el fin de capacitar a los maestros en temas de atención de la salud mental de los niños en las escuelas, en los hospitales y centros de salud, además de entrenar al personal sanitario de los departamentos más afectados para que se pudiesen prestar los primeros cuidados de salud mental.

El PMA, a través de sus programas de emergencia, y con el apoyo de la Cruz Roja Salvadoreña, adquirió y distribuyó raciones alimentarias familiares en las comunidades más afectadas. Equipos de logística de PMA de Honduras y Guatemala se movilizaron hacia El Salvador con el objeto de fortalecer sus actividades de socorro.

El Programa de la Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) participó en el equipo que realizó la evaluación de daños, coordinado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) realizó estudios sobre el impacto producido por los sismos en el empleo de trabajadores, especialmente en la industria de la maquila y en el ingreso de la población en todo el país.

El coordinador residente del Sistema de la ONU mantuvo también estrechos contactos de colaboración con los organismos financieros nacionales e internacionales y la banca multilateral de desarrollo, como fueron el Fondo Salvadoreño para Estudios de Preinversión (FOSEP), el Fondo de Inversión Social y Desarrollo Local (FISDL), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE).

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)¹¹

La OPS/OMS comenzó a colaborar con el gobierno de El Salvador inmediatamente después del primer sismo a través de las distintas áreas de cooperación técnica establecidas previamente con el MSPAS, con ANDA y con el COEN. Se conformó el grupo de *Gerencia para manejo de desastres* a cargo del representante, la administradora y los coordinadores de cada una de las áreas de trabajo en la Representación de El Salvador.

Se organizaron seis grupos para repartirse las tareas:

- El primero, *servicios de salud*, para evaluar el estado de los hospitales y unidades de salud y apoyar el reestablecimiento de los servicios. La OPS movilizó equipos de consultores nacionales e internacionales constituidos

¹¹ La mayor parte de la información de esta sección fue tomada del Informe *Terremoto físico y social: La cooperación técnica en salud de la OPS-OMS durante los terremotos de principios de 2001 en El Salvador* realizado por la Representación de la OPS-OMS en El Salvador (Organización Panamericana de la Salud. 2001).

por ingenieros, arquitectos y otros profesionales que se dirigieron hacia los hospitales y unidades de salud afectados para apoyar su rápido reestablecimiento.

- El segundo, *vigilancia epidemiológica*, apoyó el reforzamiento de la vigilancia epidemiológica de 20 enfermedades, especialmente dengue y cólera. Se realizaron acciones de capacitación (talleres y reuniones de trabajo, entre otros) orientadas al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, así como a la sistematización y análisis de la información.
- El tercero, *alimentación y nutrición*, contribuyó a vigilar la seguridad alimentaria nutricional en los albergues.
- El cuarto, *medio ambiente y saneamiento básico*, apoyó el control de desechos sólidos y la instalación de letrinas dentro de los albergues. En el ámbito comunitario, apoyó la evaluación y rehabilitación del sistema de abastecimiento de agua en las poblaciones afectadas y la asesoría para la dotación de viviendas saludables a los damnificados. La OPS diseñó un módulo sanitario para las nuevas casas que se iban a construir en coordinación con el vice-ministerio de vivienda. Se realizó una compra conjunta por parte de UNICEF, OPS/OMS, PNUD/OCHA y la Cruz Roja Salvadoreña de 1.000 letrinas.
- El quinto, *salud mental*, intensificó el programa nacional de salud mental que el MSPAS había iniciado unos meses antes y dio su apoyo a otras instituciones para dar atención psicológica a los afectados y a los equipos de rescate y atención.
- El sexto grupo, *gerencia*, apoyó al COEN en la activación del Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (SUMA)¹² con la ayuda de las Fuerzas Armadas, las autoridades de salud y la unidad de desastres del MSPAS, para el manejo ordenado y transparente de las donaciones. El COEN, dada la cantidad de donaciones que llegaban a sus depósitos, no pudo absorber todo el trabajo con el personal que había preparado conjuntamente con la OPS en los últimos dos años y solicitó el apoyo de la OPS y de la ONG FUNDESUMA, quienes de forma inmediata movilizaron un equipo de apoyo internacional de voluntarios de SUMA procedentes de diferentes países.

¹² Para mayores detalles sobre las acciones de SUMA y FUNDESUMA después de los sismos de El Salvador durante enero y febrero 2001, ver el capítulo 8.

La OPS/OMS, a través de su Programa Regional de Preparativos para Desastres y la Representación de El Salvador, hizo un llamado internacional para solicitar recursos financieros para la asistencia humanitaria, y movilizó un gran dispositivo de apoyo técnico al país. En las dos semanas siguientes al terremoto, además de todo el personal de la oficina local, había 42 expertos internacionales apoyando en la emergencia (especialistas en vigilancia epidemiológica, rehabilitación de infraestructura hospitalaria y laboratorios clínicos, control de calidad de agua, salud ambiental, control de vectores, salud mental y preparación para desastres).

La Representación instaló en su sede de San Salvador una *sala de situación* de la emergencia para hacer un seguimiento de la situación que se vivía en el país a través de la recopilación, análisis y difusión de la información producida por las diversas instituciones nacionales e internacionales que estaban trabajando activamente en las fases de atención y recuperación de las zonas afectadas por los sismos, especialmente en lo concerniente a la salud. Así, cuando ocurre el segundo terremoto, el sector salud y la OPS están en mejor posición para responder la embestida.

Aparte de los daños provocados a las personas, las viviendas y las estructuras, los expertos de la sala de situación actualizaban diariamente los datos sobre las enfermedades que debían vigilarse, como el dengue y el cólera, y la situación en los albergues. Desde la sala de situación se generan mapas, cuadros, gráficos, fotos, documentos e informes que fueron la principal fuente de información para el sector de la salud. Los informes diarios permitían brindar información permanente a los medios de comunicación y a los organismos de cooperación internacional y a los países donantes. La OPS/OMS también ayudó al MSPAS a montar una sala de situación en sus oficinas.

La OPS/OMS (junto a otros organismos internacionales y nacionales) apoyó al MSPAS en la elaboración de las *Guías operativas para las actividades del sector salud en función de la emergencia del sismo del 13 de enero de 2001* con el objeto de coordinar y orientar las acciones del sector de la salud en las diferentes fases posteriores al desastre.

Un equipo de OPS formó parte del grupo de profesionales convocados y coordinados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para realizar la valoración de daños y conocer la dimensión de los efectos económicos de los sismos, y así solicitar la ayuda internacional para la rehabilitación y recuperación del país.



Foto: OPS/OMS, J. Jenkins

Funcionarios de la OPS se reunieron con expertos de otros organismos para evaluar los daños y las necesidades después de los terremotos.

En la etapa de reconstrucción, una de las áreas críticas fue (y es) la construcción de viviendas con los mejores criterios de calidad posibles. La OPS, junto al Ministerio de Salud, promovió el concepto de vivienda saludable—el VIVISAL—aceptado y adoptado por el ministerio de vivienda como modelo en las áreas rurales. En el anexo 7-1 de este capítulo se explica la interesante experiencia llevada a cabo en la Villa Centenario, una complejo de viviendas construido con el modelo VIVISAL.

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja

Un gran número de voluntarios nacionales e internacionales de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (FIRC) colaboró en la distribución de alimentos, kits de higiene, agua, medicamentos, botiquines médicos y equipos de sutura, camas de campaña, colchonetas, tiendas de campaña, toldos de plástico, camillas plegables, sábanas, toallas y