

# ATENCIÓN EN CATÁSTROFES

## La intervención chilena en el terremoto de Haití: reflexiones de voluntarios MINSAL

**Carlos Becerra**<sup>1</sup>

**Yuri Carvajal**<sup>2</sup>

**Sofía Cortés**<sup>3</sup>

**Sebastián Eulufi**<sup>4</sup>

**Heriberto Pérez**<sup>5</sup>

**Mario Soto**<sup>6</sup>

Cuadernos agradece esta colaboración a los autores, quienes la han preparado rápidamente después de su regreso de las misiones respectivas, con la loable intención de dar a conocer sus experiencias con la menor tardanza posible. El manuscrito estuvo en nuestras manos el 1º de marzo, un día después del terremoto de Chile. Presentamos el trabajo con un grado de revisión editorial que se ha querido respetuoso de la espontaneidad de los autores.

*"El territorio Chileno es hábitat de terremotos, maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, aludes de nieve, avalanchas de barro, temporales y riadas" (1)*

*"Me refiero, por cierto, a la serie de calamidades que han sacudido este vapuleado territorio desde que se inició la constancia de ellas en las crónicas. Ni me cuadra caer en el masoquista defecto de tantos comunicadores de solazarme con sus descripciones. Me mueve simplemente el deseo, derivado tal vez de mi deformación profesional en cuanto historiador, de comparar las consecuencias de aquellas tembladeras con la que justifica en buena parte la razón de ser de este libro" (2)*

### Resumen

Tras el terremoto en Haití el 13 de enero pasado, MINSAL organizó una misión de voluntarios de salud. El primer equipo de 16 personas, exclusivamente médico, viajó el 13 mismo. El día 21 arribó el segundo relevo, compuesto por 18 médicos, enfermeros y técnicos paramédicos. El 6 de febrero arribó el tercer relevo, formado por 5 personas.

Este trabajo reúne actividades y reflexiones narradas por cuatro miembros de los dos primeros equipos. Intenta a su vez resumir conclusiones y sugerencias para la respuesta inmediata en salud en emergencias y catástrofes, tanto a nivel nacional como en llamados de solidaridad internacional.

*Palabras Clave: Haití, terremoto, intervención de salud en desastres y emergencia.*

### Abstract

As soon as news of the earthquake in Haiti reached Chile, our Health Ministry organized a health volunteer's mission. The first team, based exclusively in medical doctors, traveled in February 13. On February 21 the second team, composed by 18 MD, nurses and medical assistants arrived to Haiti. On February 6, the third team composed by 5 professionals was arrived.

Activities and reflections from four members both teams are presented. We intend to summarize and propose suggest about emergency and catastrophe immediate health response, both national and international level.

*Key Words: Haiti, earthquake, health assistance in emergency and catastrophe.*

*Recibido el 1 de marzo de 2010. Aceptado el 11 de marzo de 2010.*

1 Médico cirujano, controlador SAMU región Metropolitana y VI región. Becado en Salud Pública.

2 Médico cirujano, Servicio de Salud Reloncaví, Doctorante en Salud Pública. Correspondencia a: ycarvajal61@hotmail.com

3 Enfermera, SAMU región Metropolitana.

4 Médico cirujano, Hospital J J Aguirre, San Juan de Dios, Becado en Anestesia.

5 Médico cirujano, Traumatólogo, coordinador SAMU V región.

6 Kinesiólogo, reanimador SAMU región Metropolitana.

## I. INTRODUCCIÓN

### El país

Haití es un país ubicado en las Antillas Mayores, en el Mar Caribe, a 18 grados 32 minutos norte y 72 grados 20 minutos oeste. Como límites tiene al norte el Océano Atlántico, al sur y este con el Mar Caribe, al oeste con República Dominicana. Su superficie es de 27.750 km<sup>2</sup>. (1)

Está conformada por una población en su 95% de raza negra de procedencia del África Subhariana, que tiene una proyección para el 2009 de 10.033.000 habitantes (4). El 58.5% está entre los 15 y 65 años, tiene una media de edad de 20.1 años.

Su clima es tropical, y ubicada en zonas de tormentas tropicales y huracanes, su temperatura es cálida en las costas y regiones bajas, y fría, en la altura.

Haití en la actualidad y desde la constitución de 1987 tiene un régimen semipresidencialista, de tal manera que se elige un presidente por elección popular, el actual es René Préval electo en el 2006 y en el 2009 la Asamblea Constituyente eligió como Primer Ministro a Jean Max Bellerive.

A pesar de ser una república y contar con una constitución, Haití se ha caracterizado por mantener regímenes autoritarios, con líderes caudillistas como Jean Bertrand Aristide, quien fue derrocado en el 2004 luego de ganar en el 2001 las elecciones de forma muy criticada por la comunidad internacional.

Haití actual no surge de la periferia ni de su marginalidad respecto al comercio mundial, por el contrario es su ubicación precoz en la extracción de oro y luego en el comercio mundial de azúcar, lo que constituye la matriz generadora de su actual pobreza, desigualdades, fragilidad política y maltrato del ecosistema. Su economía se basa fundamentalmente en la agricultura incipiente y la pesca organizada pero frágil, su PIB para el año 2009 fue de 6.908 millones de dólares con un per cápita anual de 772 dólares, el más pobre de América. El 80% de su población vive por debajo del índice de pobreza. Sus idiomas oficiales son el francés y el creole o criollo francés propio de la zona, sin embargo se habla inglés y español. Su población es 80% cristiana, la gran mayoría

católico romano, sin embargo se mantiene costumbres y rituales del Vudú Haitiano herencia de sus antecesores africanos.

### La salud

El sistema de salud de Haití y sus resultados son un buen indicio de lo que es un país con estado mínimo. De acuerdo con los Basic indicators 2009 de la PAHO (OPS) la esperanza de vida en Haití es de 61 años y la mortalidad infantil 57 por mil, la mortalidad materna 630 por 100.000 nacidos. Cifras, por supuesto estimadas, ya que el sistema de registro se inició en 1997 tomando las capitales departamentales (5). Con este método se logró alcanzar un 10% de las certificaciones. A partir del 2004 se produjo un descenso brusco de la certificación. Aún así en el 2002 las causas mal definidas representaban un 26% de todas las certificaciones (6).

A partir de esta precariedad de los datos y de una estimación de la debilidad de la institucionalidad de salud, podemos inferir una situación epidemiológica pre transicional: enfermedades infecto contagiosas, nutricionales y vinculadas al saneamiento básico: parasitosis (helminthiasis), diarreas, tuberculosis, anemia, déficit de vitamina A. Pero en Haití las personas padecen también otras enfermedades como malaria, anemia drepanocítica, filariasis, SIDA y aún lepra y rabia. Sin embargo, las cifras de enfermedades crónicas propias de una postransición no pueden ser olvidadas. Según datos del 2002, la prevalencia de diabetes representó un 4.8% en hombres y 8.9% en mujeres. Hipertensión por su parte, fue de 48,7% en hombres y 46,5% en mujeres. Las enfermedades cerebrovasculares representaron un tercio de las causas de muerte entre el 2000 y el 2003.

Haití dedica un 1% de su modesto PIB a salud, para mantener una estructura constituida en un tercio por el sector público, otro tercio los privados y el restante tercio, privados sin fines de lucros. En el informe OPS del 2007 se mencionan 63 hospitales, 54 centros con camas, 198 centros de salud y 402 dispensarios.

La formación de profesionales tiene un ritmo insuficiente para las necesidades del país y la fuga de cerebros la debilita aún más.

Haití no posee camas complejas ni en neonatología ni en adultos. Tampoco posee una red de atención primaria

establecida. La cooperación extranjera es un componente relevante de salud, y dentro de ella destaca la presencia cubana que tiene alrededor de 800 trabajadores de salud desplegados en el país.

## II. EL TERREMOTO Y LA MISIÓN CHILENA

A las 16.00 horas 52 minutos del 12 de Enero de 2010, un terremoto de intensidad 7.2 en la escala de Richter azotó a la capital de Haití, Puerto Príncipe, provocando 200.000 muertos, 250.000 heridos y un millón de familias sin hogar.

A poco más de 12 horas de ocurrida la tragedia, ya se habla en Chile de una misión de ayuda humanitaria y de rescate en el contexto de la desaparición de 2 chilenas en sendos derrumbes tanto del Hotel Montana, como en el Edificio de la Fuerza de Paz de Naciones Unidas, Minustah. Se produce entonces la llamada desde el Ministro de Salud, hacia el SAMU (Sistema de Atención Médica Urgente) repartición pública encargada de la atención pre-hospitalaria del país, pidiendo un contingente de profesionales listo para subirse a un avión de la Fuerza Aérea de Chile (FACH), que debiera salir en las próximas horas rumbo al país más pobre de América, devastado terriblemente por el movimiento telúrico.

El gremio médico SAMU reacciona rápidamente, y a través de su Directiva personificada en el Dr. Heriberto Pérez, Jefe SAMU Quinta Región, a las 15:00 horas del miércoles 13 de enero entrega un listado de médicos con disponibilidad inmediata, provenientes de los SAMU de todo el país.

El lugar de convocatoria es común: grupo N°10 de la FACH; la hora de la convocatoria: 0:00 del jueves 14 de enero; líder de la Misión Salud: Dr. Jorge Lastra, actual Director del Servicio de Salud Metropolitano Central.

Ya en el aeropuerto, comienza a conformarse el grupo y se suman al contingente SAMU, otros médicos que completarán la delegación, provenientes principalmente de América Solidaria, ONG que trabaja desde hace varios años en Haití con médicos chilenos que prestan servicios en el nivel primario de atención por 6 meses; y del Minsal que recurre a un listado de médicos voluntarios que paralelamente había generado el Colegio Médico de Chile A.G.

El equipo médico de trabajo queda conformado de la siguiente manera:

- 9 médicos SAMU: Región Metropolitana, Sexta Región y Quinta Región
- 2 médicos del Colegio Médico
- 3 médicos del Ministerio de Salud
- 5 médicos de América Solidaria
- 1 enfermera del Ministerio de Salud

Los objetivos de la misión son:

Prestar ayuda médica inmediata a los numerosos heridos y levantar un diagnóstico situacional respecto de los requerimientos médicos y sanitarios para organizar las ayudas posteriores.

La Jefatura de la misión correspondió al Dr. Jorge Lastra y la jefatura del equipo médico SAMU al Dr. Heriberto Pérez A de la V Región.

La incertidumbre crece, pero a su vez, el entusiasmo se hace patente, el grupo desea llegar a trabajar donde de seguro, habrá tremendas necesidades sanitarias. El viaje comienza poco después de las 01:00 en un Boeing 767, nos acompañan chilenos de la Policía de Investigaciones, Carabineros, ONEMI y Servicio Médico Legal, en total 73 pasajeros, que son atendidos diligentemente por militares de la FACH.

## III. EXPERIENCIA DE LOS EQUIPOS

Después de casi 20 horas, con escala de 4 horas en República Dominicana, por dificultades en el aterrizaje en Puerto Príncipe, a las 18:00 hora local, y 48 horas después de la catástrofe arribamos a la Base de Helicópteros de la FACH en Haití, donde somos recibidos con una cuota de escepticismo.

Se nos brinda una primera contextualización del lugar donde empezaremos nuestro trabajo; se nos hace hincapié en la seguridad, que debe ser provista por las fuerzas Minustah, así como el transporte; y se nos indica que la logística es precaria, pero que inicialmente será provista por esta Base diseñada para un grupo cuya función es hacer operar la flota de helicópteros Minustah, que en ese momento están por una parte, haciendo aero-evacuación médica de funcionarios heridos graves de Naciones Unidas, hacia Hospitales de República Dominicana; y por otra, sobrevolando el país para valorar

la magnitud del sismo, en cuanto a los efectos en la población y las necesidades que se están generando.

El alojamiento, alimentación y protección fue provisto por el Grupo de Helicópteros de la Fuerza Aérea de Chile, que se encuentra desplegado en Haití hace varios años y se ubica en el complejo de la Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití (MINUSTAH), contiguo al aeropuerto de Puerto Príncipe.

A partir del día 15 de enero se trabajó en base a dos grupos:

Un primer equipo de 10 médicos -“primer protagonista”- que tomaron a cargo el Hospital Universitario de la Paz y un segundo equipo -“segundo protagonista”- que tomó a cargo las atenciones prehospitalarias en las cercanías de la Embajada de Chile.

### **Primer protagonista**

El Hospital Universitario tenía capacidad en tiempos normales de 90 camas, tres pabellones quirúrgicos, un laboratorio básico y rayos también muy básico. No consideraba instalaciones para manejo de pacientes críticos.

El viernes 15 al momento de llegar al hospital no se contaba con personal local en dichas instalaciones: Administrativos, médicos, paramédicos ni enfermeras, los que habían abandonado sus funciones.

Una cantidad aproximada de 600 heridos se encontraban tanto fuera del hospital como en interior del mismo ocupando todos los espacios disponibles, no contando con ningún tipo de asistencia médica ni de enfermería. No había provisión de agua ni comida para ninguno de los lesionados. El hospital no contaba con ningún suministro básico: energía eléctrica, agua, alimentación, manejo de residuos, etc.

No existía ningún procedimiento administrativo ni personal del hospital para cumplir dicha misión. Los suministros médicos para dar atención a las víctimas eran mínimos y absolutamente insuficientes y no se contaba con oxígeno.

Un equipo de médicos cubanos, que se encontraban en Puerto Príncipe en una misión de seis meses, se encontraban trabajando en el hospital desde poco

después del terremoto, los que efectuaban intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, su personal no daba abasto para satisfacer la gran demanda del momento.

### **La planificación**

Los equipos cubanos y chileno discuten cuál será el modelo de atención que se implementaría en el hospital con los recursos disponibles, llegando a la siguiente propuesta:

El hospital contaría con las siguientes áreas de trabajo:

- Área de Triage de ingreso al hospital. Donde los pacientes deberían ser categorizados permitiendo el ingreso de los graves rescatables.

El criterio de triage estaba en relación al número abrumador de lesionados, falta de suministros básicos y suministros médicos y ninguna posibilidad de evacuar paciente a algún nivel de mayor resolución sin posibilidad de cirugía definitiva ni cuidados intensivos

- Área de urgencias. Donde los pacientes eran reclasificados separando a los con indicación de cirugía inmediata, los postergados, los muertos y los moribundos o sin posibilidad de reanimación.
- Área de preoperatorio. Donde se priorizaba a los pacientes para su ingreso a pabellones y se aplicaban las medidas de estabilización mínimas que las condiciones permitían: accesos vasculares, aporte de volumen, antibióticos, inmovilizaciones, aseo de heridas y alivio del dolor.
- Área de pabellones. Donde un equipo de médicos cubanos y chilenos efectuaba los procedimientos quirúrgicos factibles de ejecutar: amputaciones de fracturas expuestas con supuraciones severas y con compromiso vascular irreversible, fasciotomías, laparotomías y toracotomías. Se estableció una comunicación permanente entre el equipo médico del preoperatorio y los cirujanos para dar un flujo adecuado de pacientes que ingresaban a pabellones.
- Área postoperatorio. A cargo de médicos chilenos, esta área recibía los postoperatorios inmediatos y eran asistidos por médicos que efectuaban los accesos vasculares y definían y ejecutaban los tratamientos: accesos vasculares, aporte de volumen, antibióticos,

alivio del dolor. Se implementó un sistema de registros artesanal e improvisado que permitía vigilar la continuidad de los tratamientos.

En esta área se habilitó además una central de enfermería, a cargo de un médico, y que suministraba los insumos y materiales que los médicos solicitaban.

- Área de los tratamientos paliativos. Donde se agruparon los pacientes que no eran rescatables o moribundos. La selección de estos pacientes estuvo a cargo de médicos chilenos y quedaban al cuidado de monjas voluntarias.
- Área de bodega de suministros médicos. A cargo de un médico chileno que tuvo como misión la recepción y clasificación y distribución de la ayuda médica estableciendo un procedimiento administrativo de entrega de insumos y materiales a las distintas áreas que lo requerían. Se definió desde un primer momento que todo el personal médico tendría acceso a todo el material, independientemente de su país de origen; esta medida se logró mantener durante el transcurso de toda la misión.
- Área de manejo de cadáveres. El hospital contaba con una morgue pequeña con cupo para cuatro cadáveres por lo que se tuvo que habilitar una zona especial para ello.

### **Evaluación de los eventos**

Se acordó que los jefes de cada uno de los equipos presentes en el hospital se reunirían diariamente al menos dos veces al día (a las 9:00 y 16:00) para definir la marcha de los eventos, los requerimientos y el estado de la situación. De esta manera se definirían los planes de trabajo y las situaciones más críticas dentro del hospital.

A medida que pasaban los días, a estas reuniones se fueron sumando los nuevos equipos que llegaron al hospital, además de la directora haitiana de ese recinto asistencial.

El segundo día de trabajo en el hospital arribó la jefatura de la misión sanitaria española, informando que contaban con importantes recursos humanos y materiales, por lo cual deseaban integrarse al equipo de trabajo. El equipo español era coordinado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y el equipo médico provenía de los sistemas de atención

prehospitalaria de las comunidades autónomas de Madrid (SAMUR y SUMMA), Cataluña (SEM) y Navarra (DYA).

Los españoles asumieron las siguientes funciones:

- Toman a cargo el Triage de "ingreso"
- Controlan la sala de emergencias y tratamientos
- Instalan un Puesto Médico Avanzado (PMA) en el patio anterior del hospital donde se da atención a los pacientes pediátricos.
- Entregan ayuda de suministros médicos

En la madrugada del tercer día (17/1/2010) ocurrió una réplica del terremoto que hace que casi la totalidad de los pacientes hospitalizados salgan del hospital y se queden en los alrededores de éste.

Este hecho nos permitió organizar mejor las áreas del hospital, aunque también significó que se descontinuaran los tratamientos de muchos pacientes y continuaran su recuperación en la calle sin supervisión médica.

Además, ese día ingresa la ayuda colombiana que asumen las siguientes misiones:

- Instalan un PMA en el patio anterior al hospital y reciben los pacientes postoperados tardíos.
- Instalan una planta purificadora de agua que permite abastecer con agua potable.
- Se hacen cargo de la atención médica en el área "no quirúrgica", donde existían pacientes con patología médica o patología quirúrgica que no requería cirugía de urgencia.

Al cuarto día algunos miembros de nuestro equipo comenzaron a manifestar sentimientos de desesperanza, negativismo y frustración al observar la crítica situación de nuestros pacientes. Esta situación se fue haciendo más compleja a lo largo del día, ya que cada vez una mayor proporción de nosotros se comenzaba a sentir de igual manera, haciéndonos perder la capacidad para efectuar nuestra labor sanitaria.

Al no contar con personal especializado en salud mental en nuestro grupo decidimos efectuar rápidamente algunas intervenciones: dar un día de descanso a cada médico (privilegiando a los más afectados), intercambiar médicos entre los dos grupos (el del hospital y el de la

embajada) y cambiar los puestos de trabajo al interior del hospital.

El cuarto y quinto día de trabajo (18/1/2010 y 19/1/2010) se caracterizó por una consolidación del modelo que previamente habíamos planteado. Se fueron definiendo mejor las tareas y las diferentes áreas del hospital comenzaron a funcionar de manera más autónoma.

El séptimo día de trabajo (21/1/2010) la organización del hospital ya estaba definida de manera sólida. Desde el punto de vista asistencial, a esas alturas nuestros principales problemas eran la falta de personal de enfermería y la gran cantidad de pacientes operados que requerían mantener su tratamiento.

Ese día recibimos un ofrecimiento de cooperación por parte de un grupo de médicos belgas que tenían montado un hospital de campaña al lado del nuestro, aunque sin la capacidad de realizar cirugías ni procedimientos muy complejos. Fue así como llegamos al acuerdo de que ellos se harían cargo del postoperatorio de nuestros pacientes que no requerían nuevas cirugías y ellos nos enviarían los casos complejos que no pudiesen resolver. Esta coordinación significó un gran alivio para nuestro hospital.

Este sería nuestro último día de trabajo en el Hospital Universitario, ya que otro equipo de chilenos nos vendría a relevar en nuestra misión.

A las 16h00 del día 21 se nos comunica que nuestra misión termina ese día que llegan las nuevas brigadas de recambio. Salimos a las 22h00 con dirección a República Dominicana arribamos a las 12h30 hora local en espera del vuelo del que nos traería a Chile que salió el día 23 a las 01h00 arribando a Santiago a las 10h00 hora local.

### **Análisis de la experiencia hospitalaria**

El manejo médico en situaciones de desastres es un problema que implica diferentes aspectos que deben ser tomados en cuenta. La situación se torna mucho más crítica cuanto más básica y precaria sea la respuesta local. El grado de desarticulación política y administrativa que se produce en una comunidad afectada por un desastre y el tiempo en que dicha comunidad es capaz de articular sus sistemas de respuesta local, podría ser un buen

indicador de la capacidad que dicha comunidad tiene para enfrentar estas situaciones.

En este caso en particular, nos enfrentamos a un escenario absolutamente adverso, sin ninguna organización formal tanto política como administrativa y en una situación sociopolítica y económica muy precaria que hacía inviable cualquiera respuesta local organizada. Sumado a lo anterior está la barrera cultural y del idioma que hacía más difícil la comunicación adecuada.

La precariedad de la situación se hizo notar en la falta absoluta de suministros básicos y de asistencia sanitaria y medio ambiental en el ámbito de la población en general y en los hospitales en particular.

Conjuntamente está el hecho que hubo necesidad de atender a una cantidad abrumadora de heridos que llevaban más de 48 horas sin asistencia médica y además la situación de por sí complicada en el sentido de no tener ningún centro de derivación donde efectuar procedimientos quirúrgicos reparativos o de salvataje ni tampoco un nivel de referencia de cuidados intensivos.

El bajo estándar de las construcciones fue el factor más determinante en la cantidad de muertos y heridos que se produjo en esta situación. Los datos exactos del número de muertos se desconocen, pero se estima en 200.000 y no hay datos seguros del número de lesionados y muertes secundarias tardías.

El manejo de la ayuda en situaciones de desastres es también un problema que debe ser abordado sistemáticamente y no debe obedecer a decisiones sin análisis ni criterios técnicos.

El formarse un diagnóstico exacto de la situación en su globalidad era extremadamente complejo y superaba los aspectos puramente médicos y sanitarios.

En este sentido, creemos entender a la luz de esta experiencia, que hay diferentes aspectos que deben ser tomados en cuenta al momento de definir el tipo de ayuda y la priorización de la misma, aspecto que vienen de diferentes áreas de competencia, ninguna de las cuales debe tomar supremacía sobre la otra, de modo que resolver en el momento qué se enviará y cuándo, debe ser producto de la decisión de un equipo multidisciplinario con una visión amplia del problema.

Hay aspectos de rescate de atrapados que deben estar a cargo de equipos especializados; aspectos de equipos médicos pre hospitalarios que deben estar adecuadamente equipados; requerimientos médicos inmediatos que pasan por soporte traumatológico y quirúrgico en los primeros días, soporte médico para manejo postoperatorio más avanzado, de modo de asegurar la sobrevivencia de los ya operados y no perderlos por infecciones no controladas; aspectos sanitarios de saneamiento ambiental que son requeridos desde los primeros momentos pero que siguen otra dinámica diferentes a los aspectos de asistencia médica.

Es importante señalar que se debe enviar al equipo de salud tal como habitualmente trabaja en condiciones normales, no sólo médicos, sino además con los miembros regulares de reanimadores, enfermería y técnicos paramédicos

En la situación de desastre vivida podemos afirmar que el perfil de la situación de salud va cambiando en forma muy dinámica en el tiempo.

Pudimos observar que en orden de prioridad, deben ser reestablecidos en el tiempo más corto posible, los suministros básicos del hospital y el manejo de basuras y residuos.

Desde el punto de vista médico un equipo prehospitalario debidamente equipado es esencial para tomar el control de la dinámica de categorización de víctimas que llegan en forma masiva al hospital. Este equipo prehospitalario debe estar dotado de un puesto medico avanzado (PMA) con autonomía suficiente para no depender de la ayuda local al menos durante 72 horas. Definir una metodología de trabajo y llevar el orden al caos es esencial. No se trata sólo de atender víctimas, sino que debe constituirse en una estructura organizada y coherente que le de una nueva dinámica al hospital.

Establecido el orden o el método con el que se enfrentará la situación, el equipo médico que en primera instancia se requiere corresponde a traumatología y cirugía, conformando un equipo completo de trabajo (no sólo médicos).

Un equipo de manejo postoperatorio debe estar asegurado desde muy temprano ya que a medida que los pacientes van saliendo de pabellón y las cirugías se

van completando será esta unidad la que adquiere mayor importancia. La dotación de médicos para esta unidad no debe ser sólo de cirujanos, sino también de médicos que permitan manejar aspectos no-quirúrgicos.

Desde el inicio de las acciones médicas en situaciones de desastre debe existir una instancia de coordinación centralizada de operaciones de emergencia y gestión de crisis, en comunicación permanente con los equipos que intervienen. Es el modo de garantizar que se gestionen en el más alto nivel los recursos necesarios para enfrentar cada una de las situaciones.

Un aspecto fundamental es la gestión de centros de referencia nacionales o internacionales para cirugías definitivas y cuidados intensivos y los medios correspondientes de transporte ya sean terrestres o aéreos.

Un aspecto muy importante que debe ser considerado en intervenciones futuras son los aspectos psicológicos y logísticos de los equipos que intervienen

## **Segundo protagonista**

Poco rato después de arribar a Puerto Príncipe, nos llega información de que existe un Hospital de Campaña improvisado en dos dependencias del territorio Minustah, con alrededor de 100 pacientes, que están siendo atendidos por unos pocos Médicos de la Universidad de Miami. Acudimos al lugar que está a no más de 30 metros de la base chilena. Dos o tres horas después de nuestra llegada a Haití, ya estamos trabajando dando soporte vital básico a varias decenas de moribundos, que nos impactan por la gravedad de sus lesiones y por la imposibilidad de ofrecerles resolución a sus severos traumas, que requieren cirugía inmediata y cuidados de paciente crítico. Luego de 6 horas de arduo trabajo, nos enfrentamos a la cruda realidad de que en Haití prácticamente no hay Hospitales. De los pocos que hay, varios están en el suelo, otros pocos sin personal de salud, y uno que otro funcionando, pero desbordado por la situación, que es de total caos. A pesar de todo esto, intentamos hacer lo humanamente posible, con insumos provenientes de la misión norteamericana, aportamos volumen y analgesia paliativa, y al poco caminar, de nuestra misión empezamos a entender que al menos, por estas personas, es muy poco lo que podemos hacer, y de seguro al día siguiente ya no estarán con vida.

Poco antes, un grupo de 4 médicos se dirige a la Embajada Chilena, con la misión de evaluar un sitio llamado “Le Premature”, donde según nos informan hay alrededor de 1200 haitianos acampando en el patio de la mansión del Primer Ministro, existiendo muchos heridos de distinta gravedad. Dicho puesto se constituiría entonces, en el primer sitio de atención por médicos chilenos que muy temprano inician una larga jornada de trabajo a la que luego se sumarán otros dos médicos más, otorgando atención a centenares de heridos de las más diversas índoles: fracturas cerradas y expuestas, luxaciones, heridas de diversa profundidad, quemaduras, y contusiones; todas ellas con las más variadas ubicaciones, extensiones y gravedades. La infraestructura del “local” es mínima, y se reduce a un par de mesas y unas pocas sillas, que junto a las escalinatas y jardineras de una plazoleta situada en la parte alta de este patio, y en compañía de un grupo de voluntarios haitianos, cuya función es organizar la demanda y prestar atención también, se constituyen en un puesto médico polivalente que atenderá a diario hasta el fin de la primera misión de salud, con suministros traídos desde Chile, que en forma diaria son movilizados a pie, por los mismo médicos que atenderán a los haitianos en su propio espacio, y resguardados por ellos mismos.

Este grupo pernocta casi todos los días en la Embajada con una logística de suministro irregular, pero que permite sobrevivir y salir a trabajar todos los días sin grandes contratiempos. Las funciones en el puesto médico son compartidas e incluyen: preparación de insumos y fármacos; curaciones tanto básicas como avanzadas, tratamientos de analgesia y antibioterapia, tanto oral como endovenosa; reducción e inmovilización de esguinces, luxaciones y fracturas abiertas o cerradas. La atención es organizada por los voluntarios haitianos quienes además sirven de intérpretes, dado que muchos de ellos hablan inglés e incluso español. Gracias a ellos, y a la labor de los Médicos de América Solidaria que hablan el “creole”, la barrera lingüística se derriba y comienza de a poco, un diálogo con el pueblo que nos permite conocerlos y borrar una serie de prejuicios que traemos desde Chile, sobre su supuesta violencia, sus hábitos higiénicos o su actitud ganancial respecto de la ayuda que reciben. Nos damos cuenta de que son un pueblo resiliente, hijo del rigor, que sufre en silencio tanto el dolor físico como el espiritual; un pueblo que a pesar de las tragedias que los han asolado por siglos, es capaz aún de reír, de mostrar afecto, de dar las gracias con una sonrisa

a este grupo de “blancos” que pretenden ayudarlos. Seres humanos que nacen sobrevivientes, pero que no pierden la fe en una deidad que los puede ayudar, y que por tanto, es digna de plegarias y oraciones, que a diario expresan colectivamente. Finalmente empezamos a conocer, al Haití de verdad, al del ciudadano común, que no está en los medios, al que recibe su comida y su agua, con paciencia y sin violencia, al que ve las fuerzas de paz como una invasión y rechaza a los “cascos azules” con sus armamentos y tanquetas, que los vigilan sin una razón sensata, desde la mirada de ellos.

Este trabajo no pasa desapercibido, y recibimos prensa de varios países que nos entrevista y graba imágenes de nuestro trabajo, incluidos medios chilenos. Asimismo al segundo día se nos acerca la secretaria personal del Primer Ministro, que nos alienta a seguir trabajando y nos entrega los parabienes “de la autoridad”, que a esas alturas era una figura ausente en este país casi sin instituciones. Por otro lado, miembros de algunas ONG, nos consultan sobre la posibilidad de extender este trabajo a otras zonas cercanas, con tantas o mayores necesidades que “Le Premature”. Analizamos esta opción y decidimos acceder con la única condición de que nos provean de un local y transporte hacia esos lugares que serían elegidos por ellos, pero evaluados por nosotros, respecto de su factibilidad.

De este grupo de trabajo, nace entonces un segundo puesto médico, que es móvil y que a través de la logística de una ONG española llamada “Ananda Marga”, con dos décadas en Haití, y que tiene a su cargo varios colegios en Puerto Príncipe, donde entrega educación y alimentación (7), inicia al tercer día una serie de operativos que llevan la atención a sectores alejados, que según los reportes tienen heridos de gravedad que aun no han sido atendidos, un día es un colegio, otro día una iglesia, otro es simplemente la calle en una carpa improvisada que utiliza la estructura de la camioneta como camilla y que continua la incansable labor de ayudar a este pueblo acercándose a donde ellos viven.

El otro grupo de médicos (Primer Protagonista) parte al día siguiente, su trabajo en el Hospital Universitario de la Paz, donde un grupo de médicos cubanos intenta organizar la atención de poco más de 150 pacientes hospitalizados en catres, camillas, puertas de casas, pasillos, veredas y patios aledaños al centro asistencial. Con gran esfuerzo

los médicos chilenos, junto a la ayuda de otros equipos que comienzan a llegar de España, Venezuela, y Colombia, se establece un centro hospitalario que poco a poco, logra controlar su propia situación de desborde y empieza a resolver los casos viables y ayuda a bien morir, a los que están fuera de alcance. El trabajo es agotador, ya que muy pocos pacientes logran sobrevivir al principio, pero no se pierde el entusiasmo y trabajando como un equipo multinacional, se logra atender y resolver problemas a mucha gente, incluso algunos derivados desde los otros equipos médicos chilenos, es decir comenzamos a esbozar lo que podría llamarse una RED de atención, concepto que en un lugar como este, aparece como tan lejano. Chile levanta una Unidad de Post-operados y día a día lucha por dar soporte adecuado a pacientes que quieren vivir, pero que cuentan con muy pocas herramientas para hacerlo.

Transcurren los días y los 2 puestos fijos de atención, así como el móvil, están funcionando a full, los médicos están cansados pero siguen adelante, la necesidad es abrumadora, y producen momentos difíciles, en que dudamos del real impacto que pudiéramos lograr con el trabajo, mirando la macro-situación. Aun así, continuamos hasta el jueves 21 de enero, en que se nos indica que viajaremos de vuelta a Chile, nos enteramos además que viene un relevo, conformado esta vez, por un equipo de salud y no sólo por médicos, lo que nos tranquiliza, porque a estas alturas, la continuidad en el funcionamiento de los puestos médicos consolidados, ya es primera prioridad para nosotros. El retorno es duro, hay sensaciones encontradas, por una parte la incertidumbre de que lo que hicimos persista en el tiempo, pero por otro, hay cansancio y se extraña el país y los seres queridos que se dejaron.

Finalmente entre el viernes 22 y sábado 23 viajamos de vuelta a Chile, contentos con el esfuerzo que se hizo, entusiasmados con las potencialidades que tiene el grupo para el futuro, felices de poder volver con los nuestros, la tarea recién empieza, pero creemos haber hecho lo que nos correspondía y nos traemos de vuelta la tremenda riqueza y el agradecimiento de un pueblo admirable que a pesar de todo, sigue de pie con la vista al frente y nos despide con una sonrisa y un apretón de manos.

## Análisis

La planificación antes de iniciar la misión por parte del Ministerio de Salud, fue casi nula, porque en Chile no existían experiencias previas, y enviar misiones de salud internacionales no formaban parte de ninguna política pública siquiera esbozada por el Departamento de Emergencias y Desastres. Por la misma razón, no existieron definiciones de equipamiento e insumos de primera intervención, y el equipo partió sólo con efectos personales, agua y comida para 24 horas, según las escuetas instrucciones del Minsal.

Fármacos e insumos enviados desde Chile no responden en forma óptima a las necesidades de la Misión, primero porque no se planificaron y segundo porque fueron una respuesta a una instrucción general sobre enviar ayuda, sin ningún tipo de especificación. Los fármacos e insumos no llegan rotulados y no siguen ningún patrón sobre el tipo de atención que pretenden apoyar, ya que en general el país no tiene desarrollos sobre stock necesario para equipos de intervención en desastres y catástrofes.

La primera impresión del trabajo en Hospital de Campaña en territorio Minustah, es que los factores clave en situación de caos son: existencia de una resolutiveidad muy limitada, insumos son escasos, y posibilidad de traslado a centros de mayor complejidad es igual a cero, en un sistema de salud muy precario en condiciones basales y por lo tanto, absolutamente incapaz de responder frente a la presión asistencial que genera el sismo.

Como primera brecha en la preparación de los recursos humanos, esta la falta de capacitación del equipo en medicina de guerra, que supone experticia en soporte vital básico con insumos y fármacos reducidos, y manejo del bien morir a través de la sedo-analgesia e intervenciones quirúrgicas de salvataje, tales como amputaciones y similares.

La segunda brecha es la evaluación y preparación psicológica previa de los equipos que busque identificar un perfil de profesional que pueda desenvolverse en una situación extrema, y a través de soporte antes y durante la crisis, asegure la estabilidad emocional mínima que se requiere para un trabajo altamente estresante.

Dificultades en la obtención de logística básica (alojamiento, comida y agua), así como de seguridad y

transporte, hacen patente la necesidad de considerar el apoyo de este tipo como parte de las condiciones básicas con que el equipo de intervención debe contar desde la salida en Chile, y/o tener los recursos económicos para obtenerla en el lugar de la misión, y así asegurar la operatividad del grupo a través de un alto nivel de autonomía.

En un contexto de Hospital siniestrado, colapsado y abandonado por los equipos humanos que habitualmente lo operan, el Equipo que labora en ese lugar se enfrenta a factores clave tales como: la disponibilidad de cuidados críticos, la ausencia de logística hospitalaria (suministro de electricidad, gases clínicos, insumos, fármacos, etc.) y de servicios de apoyo como lavandería, esterilización, alimentación, aseo general y específico de las distintas dependencias, manejo de desechos biológicos y cadáveres, laboratorio, imagenología. Las consecuencias: elevada mortalidad por infecciones, frustración en el equipo, y agotamiento temprano en el RRHH.

Para el equipo que trabaja en terreno los factores claves son los logísticos ya citados, y la capacidad de entregar capacitación a actores locales como en este caso, voluntarios haitianos organizados (ONG) o no organizados, para dar continuidad en la asistencia y multiplicar las prestaciones. Para ello se requiere una adecuada provisión de insumos y fármacos para potenciar estos nuevos equipos que surgen del trabajo de la misión.

Misión de salud comienza su historia como un GRUPO (“conjunto de persona que se unen porque comparten algo en común”), sin embargo lo que se requiere para una intervención de este tipo es un EQUIPO (“grupo de personas que comparten un nombre, una misión, una historia, un conjunto de metas u objetivos, y de expectativas en común”)

La preparación del equipo debe incluir conocimientos teóricos sobre lo que significa un DESASTRE (“Situación o proceso social que se desencadena como resultado de la manifestación de un fenómeno de origen natural, tecnológico o provocado por el hombre que, al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en una población, causa alteraciones intensas, graves y extendidas en las condiciones normales de funcionamiento de la comunidad; representadas de forma diversa y diferenciada por, entre otras cosas, la pérdida de vida y salud de la

población; la destrucción, pérdida o inutilización total o parcial de bienes de la colectividad y de los individuos así como daños severos en el ambiente, requiriendo de una respuesta inmediata de las autoridades y de la población para atender los afectados y restablecer umbrales aceptables de bienestar y oportunidades de vida”) y una CATÁSTROFE (“Fenómeno que destruye a la mayor parte de una comunidad. Impide a los servicios locales hacer sus deberes y provoca un cese en la mayoría de las funciones de la comunidad, impidiendo a las comunidades adyacentes el envío de ayuda”).

Habida cuenta de estas definiciones este terremoto configura claramente una CATÁSTROFE, por lo que la precaria institucionalidad haitiana, sumada a la crisis que produce en la Minustah el derrumbe del edificio principal de Naciones Unidas, se ve largamente sobrepasada por la situación y en general, aunque existen otros equipos con mayor preparación, el factor común, son las serias dificultades de operación para las misiones humanitarias. Las condiciones sanitarias basales son deficitarias, por tanto, con el terremoto y gran parte de la ciudad en el suelo, se hacen dantescas.

## IV. EXPERIENCIA DEL SEGUNDO EQUIPO

### Tercer protagonista

Desde el día 14 de enero tuve conocimiento del grupo de profesionales médicos, que habían aceptado el reto de partir a ayudar a las víctimas del terremoto en Haití. A los pocos días se me solicita reclutar a profesionales del área SAMU, para realizar un eventual relevo de estos, que estaban en labores de asistencia en Puerto Príncipe. Muy pocas noticias se conocían del trabajo y condiciones en que estaban los voluntarios; sólo se sabía que los pacientes se morían o se infectaba lo que se operaba y que había caos en la ciudad, acompañado de una prensa sensacionalista que mostraba el vandalismo en la ciudad. A pesar de este contexto, conversé con mi familia y entendieron mi decisión. Me inscribí al igual que 34 personas voluntarias del SAMU Metropolitano. El 20 de enero a las 6:00 PM, recibí la llamada desde el Ministerio; la Dra. Brito me cuenta que está reclutando gente voluntaria y que mi nombre estaba en la lista, que la partida no sería sino el 23 y que me preparara para el viaje. Esto cambia bruscamente a las 22:00 horas porque se adelanta la partida para el día 21 a las 12:30 horas.

Alisté rápidamente los últimos detalles. Llegué a mi trabajo, di algunas indicaciones, traspasé el mando de la coordinación y le anuncié a mis jefes que partía.

En el aeropuerto llegué al grupo 10, de la FACH, junto a 17 voluntarios que partíamos a una aventura. Aun nada claro de nuestra labor específica, si bien el grupo lo conformaba mayoritariamente gente vinculada al SAMU, también había un tecnólogo médico, y médicos de la atención primaria. El viaje fue agradable, la llegada se volvió incierta, era de noche con una ciudad a oscuras, sólo algunas luces se vislumbraban desde el avión Hércules. Dimos varias vueltas esperando aterrizar ya que el aeropuerto estaba en manos de EEUU. Al llegar intercambiamos sólo unas breves palabras con el grupo que partía ya que no nos dejaban acercarnos. Sin embargo al llegar al grupo de helicópteros de la FACH (MINUSTAH), fue aliviador, ya que me sentí que íbamos a estar bien, porque estábamos en territorio chileno a pesar de esta llegada extraña.

Nos organizamos en dos grupos, uno de 6 voluntarios que partió a la Embajada de Chile en Haití a apoyar el trabajo en los campamentos PA y el segundo grupo al Hospital Universitario de la Paz.

El primer día fue impresionante: el viaje por la ciudad con mucho movimiento, las casas en el suelo, era una ciudad gris, el polvo, la basura y el desorden reinaba en las calles. Al llegar al hospital sólo caos, un campamento montado sobre las camas del hospital, biombos, sillas y muebles esparcidos por el antejardín por doquier y un mar humano deambulaba de un lugar a otro. A la entrada un puesto de la Cruz Roja Colombiana con sus carpas dando las primeras atenciones. En el pórtico, 4 banderas flameaban junto al luto de la bandera de Haitiana, Cuba, Chile, Colombia y España.

Al avanzar por el pasillo central del hospital habían cientos de camas improvisadas (maderas, plásticos, colchones, sillas), basura y miles de moscas llamaban la atención, la gente se paseaba por el pasillo y en ese lugar recibimos la bienvenida de Carlos, médico cubano, que organizaba su grupo. En la primera reunión nos dimos cuenta que no sería fácil, estaba la barrera del idioma, el despliegue de equipos de varios países en terreno y cada uno tenía sus propios objetivos que había que aunar. Me llamó la atención el poco personal haitiano y la directora del establecimiento que sólo se preocupó de guardar la

ayuda que estaba llegando, sin tomar el control, ni capaz de organizar a los equipos extranjeros que llegaban a ayudar.

Nos asignaron tareas que el coordinador del grupo estimaba por su experiencia, en mi caso apoyé a Guido en la tarea de echar andar Rayos X. Recorrimos el lugar, había mucha basura y no era por el terremoto, había equipos dispersos y no había material. Nuestra labor fue limpiar, asegurar el lugar de objetos que pudieran provocarnos daño, despejar al menos dos salidas de emergencia a sitios más seguros. Buscamos los materiales para proveer de radiografías al hospital. Encontramos una bodega con los insumos necesarios y antes de la 13:00 horas de nuestro primer día logramos la primera radiografía de excelente calidad.

Anunciamos a nuestros compañeros que 3 días antes de lo previsto, el Hospital Universitario de la Paz, ya contaba con un equipo de Rayos Osteopulmonar. Pero la alegría nos duraría muy poco, ya que al poco andar el equipo generador presentaba problemas y no había energía eléctrica.

Mi segunda tarea fue comenzar con el censo del hospital, saber cuántos, y qué tenían nuestros pacientes. No existía nada organizado, las fichas clínicas e indicaciones estaban escritas sobre cartón, papel o lo que estuviera a mano, pegados a la cama, no duraban más de un día, para luego desaparecer, por que los pacientes se cambiaban evitando el sol y no querían entrar a las salas por miedo a las replicas. Tardamos un día en encontrar un sistema adecuado para el registro. El día 22 de enero el Hospital de la Paz contaba con 74 pacientes adultos en las salas improvisadas de medicina y cirugía pre y postoperatorio. La maternidad era un caos y pediatría aun atendía sólo urgencias. En el Triage y sala de emergencias, no había datos.

Nuestro primer gran cambio fue identificar a cada paciente por su nombre, nos costó al principio, porque el personal de salud quitaba los carteles. Esta acción nos permitió darnos cuenta de que le dábamos dignidad a cada paciente, era muy distinto llamarlos por su nombre, ya se esbozaban las primeras sonrisas, un "Kijan ou ye" (¿cómo está?), hacía más fácil la angustia por la que pasaban y se escuchaban menos quejas.

Hasta el día 27 de enero las patologías traumáticas eran las predominantes en la población hospitalaria de pacientes adultos. El día 27 comienza a llegar otra morbilidad como las diarreas, neumonías, cuadros febriles, malaria, patologías propias de la población más que por el terremoto.

Al visitarlos cada mañana comenzamos a conocerlos a cada uno de ellos y ya nos reconocían, pero nuestra capacidad como hospital dejaba mucho que desear:

Las falencias de los primeros días eran:

No contábamos con energía eléctrica. Sólo un pequeño sector contaba con energía eléctrica, alcanzaba para la morgue y una bodega. La luz de energía solar que se instaló solo dio alivio en el hall central, pero no solución al problema.

Agua potable se restableció lentamente, pero los lavamanos y baños estaban en malas condiciones higiénicas.

Sitios inseguros del hospital. Al menos tres puntos del hospital fueron declarados inseguros por los equipos de especialistas de España y Bélgica. En esos puntos existía daño estructural lo que impedía su uso.

Los trabajadores del hospital aparecieron a trabajar en forma masiva el día 26 de enero, lo que dificultó la puesta en marcha del hospital.

Muchas visitas protocolares sin ayuda concreta.

Sin movilización propia.

Sin comida en el hospital

Sin elementos y medidas de aseo o limpieza del hospital.

Sin guías clínicas claras, los tratamientos usados eran de diversa índole para una misma patología.

Al aumentar la capacidad diagnóstica y mejorar las posibilidades quirúrgicas, nos dimos cuenta de que muy poco podíamos hacer en el hospital, y de que era necesario buscar y conformar una red capaz de resolver los problemas médicos de nuestros pacientes. En ese escenario nace el gestor de Traslados y/o Camas, que le da un impulso jamás pensado a la vida del

hospital, tener los primeros egresos y los primeros éxitos médicos. Esta labor fue realizada por Sebastian Eulufi, que gracias al dominio de varios idiomas y su capacidad de organización cumplió con el objetivo planteado para cada paciente. Se logró ubicar al menos 50 pacientes en centros hospitalarios que resolverían su problema. Esta labor fue difícil, se debió resolver problemas políticos, intereses personales, problemas logísticos y de transporte para interrelacionarse con el hospital francés, belga, estadounidense y el Hospital General de Haití.

El hospital comenzaba tibiamente a caminar.

La urgencia por fin comenzó a resolver los problemas, con un buen equipo, médicos especialistas y capacidad diagnóstica (Rayos) se pudo tratar la gran cantidad de patología traumática que estaba llegando. En la urgencia no faltaban muchas cosas, sí faltaban manos y no era raro ver a los jefes y coordinadores de los equipos de respuesta español trasladando a los pacientes a Rayos.

Así nos pasábamos el día trabajando y luchando por mejorar el funcionamiento del hospital, y varias veces terminamos tarde en la noche, pero con ganas de seguir trabajando.

Nuestra sala de cirugía fue inaugurada a los pocos días; logramos convencer a los pacientes y organizar las primeras salas del hospital. Un sector para hombres y uno para mujeres, en sus respectivas camas o lo que tuvieran en ese momento. Se conservó la identidad de cada uno, así como también se organizaron las primeras fichas clínicas. Los tratamientos se estandarizaron y se logró trabajar coordinadamente con los equipos de salud de Cuba quienes se quedaban en la noche con los pacientes.

Las salas fueron de excelencia en limpieza, orden y una estructura de trabajo, que nos sorprendió ya que fue mantenida por los equipos de salud haitianos.

El retorno del personal haitiano, en un principio fue muy complejo. Cerraban todas las puertas y era muy difícil hablar con ellos; tenían instrucciones de parte de la directora de cerrar todo. No es difícil ponerse en su lugar, nos veían como invasores, estábamos en sus puestos de trabajo, si bien era cómodo en un principio ya que no trabajaban, después se acercaron a nosotros. Ahí nos dimos cuenta de que también eran víctimas del terremoto

y no era infrecuente encontrar que no tenían hogar y que más de algún familiar estaba entre los fallecidos o desaparecidos.

Les llamó mucho la atención que trabajáramos mucho, ya que la idiosincrasia del haitiano es muy distinta. Tienen un ritmo de trabajo más lento. Pero conseguimos que grupos específicos lograran trabajar palmo a palmo, esto se logró por comida. El hospital volvió a la normalidad cuando la Cruz Roja Colombiana entregó comida a los funcionarios y pacientes del hospital, ya que a pesar de tener el hospital las condiciones, la dirección del hospital no quería preparar alimentos. Sin estos elementos habría sido muy difícil avanzar a la normalidad.

Los equipos españoles comenzaron la partida, viendo que su función llegaba a su fin. Los equipos haitianos y cubanos comenzaron a tomar en sus manos la urgencia, una apuesta que nos sorprendería a los pocos días.

Un día de descanso después de 10 días de trabajo intenso sin parar, los signos de agotamiento del equipo se notaron; los conflictos personales, la intolerancia al compañero, el cansancio, falta de sueño y signos de agresividad entre nosotros, nos llevaron a decidir descansar un día en la base, un día de relajo, uno de libertad entre comillas ya que muchas alternativas no existían.

En este relato hay que considerar que nuestro trabajo no se hubiera realizado sin el apoyo de la Base Chilena, nos prestaron su apoyo y logística que nos permitió desplegar nuestra fuerza de tarea en forma adecuada. El cariño y amistad dado por los hombres y mujeres de la FACH, nos dieron la fortaleza anímica para salir adelante. Una comida caliente, un buen baño, el orden de las cosas y camaradería que existían en la base nos dieron el refugio necesario y esparcimiento que necesitábamos.

Como balance de esta etapa, el hospital caminaba. Los equipos de salud haitianos y cubanos predominaban en el hospital; los conflictos políticos y de manejo de recursos nos sobrepasaban. Nos enfocamos a dos áreas críticas para el hospital: Organizar una bodega de farmacia y erradicar al campamento del hospital recuperando las camas del hospital.

La organización de la farmacia fue compleja, había mucho material no clasificado y desorganizado. Esto nos

llevó cuatro días de intenso trabajo para obtener buenos resultados.

Al cabo de unos días logramos conseguir materiales en la Embajada de Chile y con la Cruz Roja Colombiana: Carpas, pañales, jabón, velas, linternas, papel higiénico y comida. Esto era entregado a cada familia a cambio de su traslado a un campamento aledaño, siendo este nuestro segundo objetivo. Pero la tarea no fue fácil.

En el desalojo fue necesario contar con Seguridad Interior, para esto se negoció con un grupo haitianos, con el fin de que nos ayudaran en esta tarea, a cambio de comida e insumos. No contábamos con recursos monetarios para contratar servicios indispensables para el desarrollo de las tareas y nuestra solución fue el trueque. No fue fácil ya que lo que entregábamos eran bienes muy cotizados en estas condiciones. Además se debía tener la entereza de soportar la presión de la gente, ya que en minutos, se vivieron momentos muy tensos y de peligro para el equipo de salud. Cuando las primeras familias salieron a la calle, comenzó un verdadero caos. Los robos a estas familias se concretaban frente a nuestros ojos. Una vez más contamos con buenos aliados y fueron los soldados cascos azules de Uruguay, quienes impusieron orden a la salida del hospital. Así logramos despachar al grupo familiar e inmediatamente rescatamos las camas, biombos, colchones y sillas del hospital.

Solo faltaban un par de familias cuando notamos a infiltrados simulando ser familias, se colaron y esto generó una abrupta salida de los equipos de salud de Cuba y Chile que estábamos desarrollando el traslado. Nos fuimos a medio día y no volveríamos sino hasta las 6 de la tarde, cuando con gran sorpresa nos encontramos con un hospital desalojado y solo dos familias a la espera de sus cosas para retirarse, cosa que se concretó a los pocos minutos. Dimos por finalizada nuestra tarea más heroica y compleja, dar la normalidad al Hospital Universitario de la Paix.

Esa noche terminamos muy agotados, ya que hasta muy tarde se estuvo entregando toda la ayuda mandada desde Chile en las oficinas de la OPS en Haití.

Al día siguiente continuamos con la entrega de la bodega de farmacia y nos dimos cuenta que el hospital marchaba en buenas condiciones. La gente prefería atenderse con profesionales haitianos y se respetaba la dinámica del

país, las aglomeraciones finalizaron y la gente comenzó a atenderse normalmente y gratis, cosa que no ocurría en ese país.

Los equipos de salud cubanos incorporaron una sala de Kinesiología y Rehabilitación y comenzaron a implementar una sala de Cuidados Intensivos. Pediatría aun carecía de especialistas, solo se realizaban consultas y no había hospitalización. La maternidad funcionaba como siempre al estilo haitiano. El hospital lucía más limpio, las salas con sus camas y el flujo de gente era normal, a pesar de persistir algunos problemas de luz y alimentación.

Frente a este escenario nos planteamos la idea de entregar nuestro último apoyo a los haitianos para que se hicieran cargo de esta misión. Era muy complejo, porque existían muchos intereses en esa bodega, debido a la gran cantidad de recursos almacenados. Había experiencias anteriores en que la ayuda fue vendida y/o desaparecida desde el hospital.

Una mañana vimos solo la bandera de EEUU, en el frontis del hospital; la pregunta hecha por todos nosotros fue ¿qué paso? La respuesta era que los trabajadores del hospital pensaron que si colocaban la bandera de EEUU, ellos les traerían comida, suministro que ya nosotros los iberoamericanos no les estábamos entregando, porque la cruz roja ya se había retirado. Esta acción nos indicó que nuestra misión había finalizado.

#### **Cuarta protagonista**

El día del terremoto en Haití mi marido me preguntó si yo iría a Haití si me llamaran, le dije: la verdad es que me gustaría ir pero no sabía si dejar a la Sofí, mi hija de 3 años, a él y a mi madre, pero Pedro me dijo que me apoyaría, luego el momento en que recibí un correo de Mario Soto, mi jefe, quien indicaba que el Ministerio estaba recibiendo postulaciones del personal de salud que quisiera ir a Haití. Llamé a Pedro y en familia decidimos postular, sin muchas esperanzas ya que existían varios colegas que ya habían formado parte de salidas al extranjero. Además estaba mi condición de ser mujer, por lo que fue grande la sorpresa cuando recibí la llamada de Gisela el miércoles 20 a las 18:30 para consultarme si tenía disponibilidad para viajar a Haití el 21 de Enero a las 10:00 am a lo cual obviamente respondí que sí; consulté por los turnos se me dijo que estaba listo y que solo tenía que preparar mis cosas, se me indicó llevar ropa liviana, cortaviento, frutos secos, saco

de dormir, repelente, 1½ litro de agua y lo demás estaba por mi cuenta, desperté a Pedro que también tenía turno de noche. De un salto salí de la cama, llamé a su jefe le pedí un permiso administrativo y salimos de compras al supermercado, una vez en casa y acostumbrada a salir de campamento a la cordillera, preparé el resto de las cosas: medicamentos de uso habitual, ropa, mucha ropa interior de recambio, bloqueador, útiles de aseo, toallitas húmedas y otras cosas. En la noche me enteré que iban algunos conocidos como Max, Benjamín y Mario, lo que me alegró mucho. Al día siguiente nos levantamos y luego de las despedidas de rigor nos fuimos al Grupo 10 de la FACH de donde partiríamos rumbo a Haití. Una vez allí nos encontramos con el resto del equipo; algunos eran reanimadores y técnicos paramédicos del SAMU metropolitano; otros, médicos y técnicos paramédicos del SAMU de otras regiones; un enfermero naval, un enfermero del servicio de urgencia de Quillota, también médicos de Atención Primaria y un tecnólogo médico de radiología del Hospital San José. La Dra. Brito y Angélica nos dieron las instrucciones para el viaje, nos indicaron que llamarían todos los días a nuestras familias y nos dieron la Cloroquina. Luego de la despedida no sin sentimientos encontrados, una vez en la lona y al sentir el llanto de mi hija, mi corazón tuvo ganas de devolverse, pero mis compañeros se encargaron de apoyarme.

Llegamos en el Boeing de la FACH a República Dominicana y de ahí embarcamos en un Hércules hasta Haití: un viaje que debía durar 45 minutos, pero sobrevolamos el aeropuerto de Haití una y media hora, el ruido era infernal. Entre tanta vuelta ocurrió lo predecible, algunos se marearon, entre ellos Tania, y uno de los agentes de la PDI que iban a realizar el peritaje al cuerpo de la esposa del General Toro, cuyos restos se encontraron entre los escombros del Hotel Montana en Haití.

Por fin aterrizamos en el aeropuerto de Haití, y vimos al grupo anterior. Se nos dijo que no nos mezcláramos, pero como somos “súper obedientes” al cabo de unos minutos estábamos abrazándonos e intentando en cinco minutos que nos transmitieran algo de su experiencia. Nos instalamos en el que sería dormitorio por los siguientes 20 días, un avión desmantelado que para los de la FACH sirve como lugar de esparcimiento; me instalé en un catre de campaña cerca de la cabina. Una de las doctoras me indica que dividamos el avión en dos, la parte delantera para los hombres y la cola del avión para las mujeres,

mi respuesta fue obvia que yo no tenía problemas en compartir ese lugar con varones y que además mi compañero de turno en el SAMU es un hombre así es que me quedé donde estaba, coloqué el osito rosado de mi hija en cabecera y descansé.

El Dr. Lastra, médico a cargo de la misión nos consultó acerca de nuestras experiencias previas y el manejo de idiomas, esto con el fin de dividirnos en los diferentes frentes de atención, el Hospital Universitario de la Paz y La Premature.

Dado que además de ser reanimadora del SAMU Metropolitano soy enfermera pediátrica, el Dr. Lastra me asignó al servicio de Pediatría y me indicó que escogiera un técnico. Escogí a Patricio Sigl con quien ya había trabajado en el SAMU del Sótero del Río. En el Servicio de Pediatría estaba trabajando el equipo español, al llegar al Hospital nos encontramos con el patio exterior lleno de carpas improvisadas con los biombos, sábanas, camas y sillas del hospital. El olor a orina y deposiciones impregnaba el ambiente. Nos hicieron un tour por el Hospital, los pacientes estaban en los pasillos en camas, catres, camillas o simplemente en el suelo. Luego el Dr. Lastra nos llevó a Pediatría, que se encontraba en una carpa de color amarillo en la parte lateral del Hospital, al lado de lo que se había habilitado como farmacia central.

La primera impresión fue el calor insoportable y los niños heridos en el patio en espera de curaciones. Algunos en brazos de sus padres y otros sentados en sillas. Existían tres camillas en donde se realizaban las curaciones y la evaluación por los cirujanos o traumatólogos. En la parte posterior se encontraban los menores hospitalizados en camillas de campaña en compañía de sus padres. Los menores eran o post operados inmediatos, tenían fracturas que requerían tracción o heridas muy infectadas que requerían tratamiento antibiótico endovenoso. El primer día me asignaron a hospitalizados principalmente curaciones y administración de tratamientos. Debí olvidarme del carro de curaciones, los equipo estériles y otras cosas que nos enseñan y nos recuerda día a día el comité de infecciones intrahospitalarias. Las curaciones se realizaban lo más limpias posible, tratando con sólo nuestra creatividad, de mantener la normas de IHH, el área limpia era la cama o la silla y el área sucia era el piso. Además de curar, administrar tratamiento, instalar vías

venosas, hacíamos aseo ya que los padres y los niños tiran todo al suelo envoltorios, papeles, pañales poco les importa. La brecha del idioma la superamos con los intérpretes y las religiosas españolas.

Creo que nunca había sudado tanto. Luego a eso de las 13:00 hrs. paramos para almorzar. Sentía que el tiempo no pasaba, habíamos realizado cientos de curaciones en pocos pacientes, ya que cada niño tenía múltiples heridas además de las amputaciones. El almuerzo más que comer fue descansar y compartir las experiencias e impresiones de la mañana. Luego de un rico tarro de sardinas y un tarro de pollo al curry volvimos al trabajo.

El segundo día el equipo español realizó el relevo por lo que nos quedamos en el sector de ambulatorio a cargo de las curaciones; una de las cosas fundamentales en la atención de los menores era el manejo del dolor en primera instancia esto se realizaba con midazolam intra-nasal pero rápidamente este preciado medicamento se terminó, por lo que la sedación se realizaba con Ketamina, un medicamento que no había utilizado nunca pero rápidamente nos familiarizamos con él; cada curación era más cruenta que la anterior, unas infectadas con pseudomonas y otras con miasis. A pesar de lo agotador, tanto en la parte física como emocional al final del día al subirnos al camión y de regreso a la Base sentíamos la satisfacción de la tarea cumplida; pero sabíamos que al otro día sería igual. Esperábamos que nuestras curaciones permitieran que al día siguiente la herida estuviera un poquito mejor. Los menores que se encontraban hospitalizados y que no tenían resolución en el Hospital Universitario los trasladamos a otros centros, algunos en camiones y otros en el furgón de las religiosas españolas.

Al pasar los días y luego que los bomberos realizaran una evaluación estructural del edificio y lo apuntalaran, nos trasladamos al segundo piso en donde habilitamos un sector de pediatría, uno de neonatología y otro de ambulatorio. Debo destacar que en Haití no existía ninguna Unidad de Neonatología y que los recién nacidos de pre-término o con sufrimiento fetal fallecen, por lo que fue un logro salvar a Esperanza, una recién nacida de 32 semanas, así como a otros dos menores de 36 semanas y dos con sufrimiento fetal. Otra cosa que no deja de impactar es la relación con la muerte cuando nace un niño muerto le dicen a la madre y esta no se inmuta; Esperanza

nació sin reflejo de succión, le pedí al intérprete que le dijera a la madre que si la niña no mamaba se iba a morir. Me miró como si no le importara, cambié la estrategia y le dije “si la niña se muere, tú te vas del Hospital y no te daremos comida ni agua”; luego de eso puso la niña al pecho hasta que mamó, pensé ¿y dónde quedó el apego?

Durante la siguiente semana seguimos realizando curaciones con buenos resultados, algo lentos, pero las heridas estaban mejorando, algunas habían empezado a cicatrizar y las infecciones estaban en retroceso. Lo que más llamaba la atención era que a pesar de las lesiones y que muchos de los menores habían perdido a sus padres, los niños no dejaban de sonreír. Finalmente y debido a que el Equipo Español retornaba a casa y que el personal pediátrico haitiano no había regresado, decidimos desocupar el Servicio. Se dieron altas, se trasladaron algunos niños y los que requerían curaciones se fueron con las Hermanas que habían habilitado un campamento para niños heridos. Las curaciones quedaron a cargo de los cubanos que se encontraban en el Hospital. En los días siguientes las salas de hospitalización de pediatría quedaron vacías ya que las patologías eran de morbilidad habitual como diarreas y patologías respiratorias, que no requerían hospitalización.

Sentimos que la tarea estaba cumplida...

## V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La experiencia de solidaridad del sector salud debe ser rescatada como una valiosa iniciativa. El sector público de salud, suficientemente criticado y pocas veces valorado en sus reales condiciones de trabajo, realizó un enorme esfuerzo al enviar a sus equipos. A partir de esa iniciativa, es imprescindible abrir un debate que ayude a obtener lecciones para intervenir en nuevos requerimientos tanto de países hermanos como de nuestro propio territorio. Estas conclusiones intentan contribuir a ese desarrollo y ofrecer planteamientos concretos para que las autoridades de salud puedan decidir prontamente sobre la implementación de un equipo de despliegue rápido para emergencias y desastres.

Es el Estado de Chile y, en materia de salud, el sector público de salud el que, a través de una institución especializada y dispuesta para un despliegue rápido, debe brindar el apoyo, los materiales y los equipos necesarios

para enfrentar una emergencia de esta envergadura en el país o en naciones amigas.

Esta institución debe proponerse:

Brindar una atención médica con los estándares de calidad que el sector tiene para sus usuarios, lo que significa en los hechos, poder montar un establecimiento de campaña, con autonomía clínica y de recursos para actuar en cualquier escenario. Una verdadera colaboración en situaciones de emergencia, debe poseer autonomía. Las colaboraciones individuales o colectivas que requieren soporte de la comunidad dañada pueden resultar contraproducentes.

La ayuda a los equipos locales de salud dependerá de lo solicitado por las autoridades locales. Es muy difícil insertarse en otro medio y apoyar la labor local de salud.

La asistencia de primeros auxilios es cubierta en forma adecuada por las instituciones que cumplen ese rol. Esta propuesta señala que el Ministerio debería enfocarse en los dos primeros puntos.

En cuanto al personal requerido, debe estar conformado por un equipo multiprofesional, en cualquier etapa en que se encuentre la emergencia.

Los miembros de estos equipos de salud deben conocerse previamente y tener un afiatamiento en condiciones normales y también en desastres.

Si bien el equipo requiere profesionales expertos en sus respectivas áreas, las personas seleccionadas deben ser capaces de desplegar totipotencialidad y cubrir las amplias necesidades que se presentan, considerando todo tipo de actividades extra profesionales, desde preparar comida hasta cargar cajas.

Las características psicológicas de los equipos de salud son cruciales. La selección y entrenamiento deben potenciar las mejores condiciones personales, es decir, estabilidad emocional, flexibilidad, empatía, respeto y valoración de sus compañeros, adecuada tolerancia a la frustración y condiciones de rigor y compromiso con los objetivos de la misión. La excesiva competitividad, el arrojo sin medida, la primacía de los intereses personales por sobre los del equipo, deben ser identificados previamente y considerarse incompatibles con responsabilidad tan delicada.

El personal antes de iniciar cualquier misión debe contar con un Seguro de Vida, saber cuánto va a ganar y tener el respaldo de la Institución para proteger su trabajo.

Los sistemas de comunicación entre los equipos y con el Ministerio deben ser capaces de funcionar en condiciones de emergencia. La telefonía celular no tiene estas características.

Debe existir un mecanismo formal para contactarse con los familiares de los voluntarios.

Los tiempos de la misión deben estar especificados previamente, con los debidos márgenes de autonomía.

El equipo en terreno tiene que resolver los problemas logísticos de transporte, compra de servicios, renovación de material, compra de insumos para desarrollar su labor. Sin una solvencia monetaria es muy difícil desarrollar la actividad. Un equipo especial debe apoyar y resolver cuestiones básicas como transporte, seguridad, descanso, comida, acceso a baños, energía eléctrica, climatización, profilaxis de enfermedades inmunoprevenibles y manejo de otros riesgos locales para la salud.

El perfil profesional requiere una experiencia regular en este tipo de emergencias. En el sector público, los profesionales del SAMU cumplen sobradamente con los requisitos para conformar el cuerpo principal de este equipo. Pero se debe incorporar a otros profesionales y experiencias, especialmente los provenientes de la clínica.

Es indispensable el entrenamiento del equipo al menos una vez al año para mantener las condiciones y conocimiento del material a trabajar. El equipo debe contar con guías clínicas de trabajo para cada evento o patología a tratar. Esta acción debe ser reconocida a los profesionales en forma nominal y monetaria.

Los voluntarios deberán manejar al menos dos idiomas, en caso de asistencia en el extranjero. La institución debe asegurar un sistema de traslado seguro hacia y desde el lugar de los acontecimientos.

Implementar estas propuestas no es sólo una tarea gubernamental, sino una decisión que involucra a todos los sujetos vulnerables, es decir, a todos.

Sin duda nuevas catástrofes y desastres tocarán a nuestras vidas. Que ellas tengan el impacto de la tragedia haitiana o puedan ser aminoradas y encaradas con presteza, sólo puede ser resuelto a través de un debate amplio de estas experiencias y de las decisiones que se tomen al respecto.

## REFERENCIAS

1. Quevedo F. *La Tristeza del Chileno*. Mosquito Comunicaciones, julio 2000.
2. Castedo L. *Hazaña del Riñihue. El terremoto de 1960 y la resurrección de Valdivia. Crónica de un episodio ejemplar de la historia de Chile*. Editorial Sudamericana, julio 2000.
3. *Enciclopedia Libre Wikipedia online*. <http://es.wikipedia.org/wiki/Hait%C3%AD>
4. Naciones Unidas. *Departamento de asuntos económicos y sociales. División de Población (2009)*. «World Population Prospects, Tabla A.1»
5. Moya J. Sanabria J. Maglorie R. y Hedvivert C. *Principales causas de mortalidad registradas en Haití durante el año 2000. El impacto del SIDA Rev Cubana Hig Epidemiol 2007; 45 (1)*.
6. OPS. *Salud en las Américas*. Washington, 2007. En: <http://www.paho.org/hia/home.html>. accedido el 11 de febrero del 2010.
7. <http://anandamarga.es/ananda.html>